

Fundación



SALUD
INNOVACIÓN
SOCIEDAD

A Novartis Foundation



Escenarios de Regeneración

Sistema Nacional de Salud: escenarios prospectivos de regeneración 2016 - 2021

Análisis Prospectivo Delphi

Escenarios de Regeneración

Sistema Nacional de Salud: escenarios prospectivos de regeneración 2016 - 2021

Análisis Prospectivo Delphi

Dirección

Joan Josep Artells i Herrero

Documentalismo y trabajo de campo

Fluvià Artells Campañá

Promovido por

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Patrocinado por

Novartis Farmacéutica S.A.

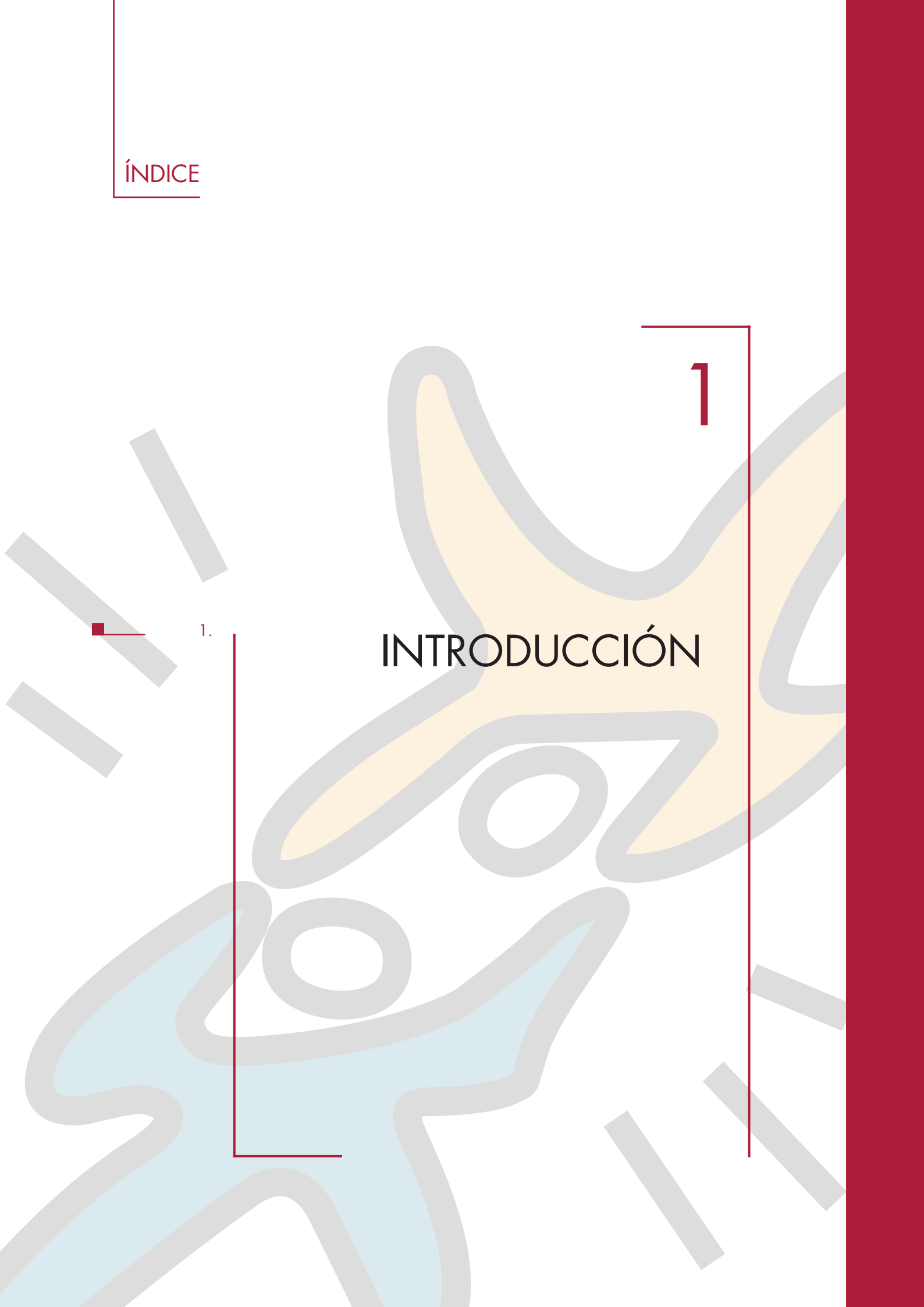
Agradecimientos

Dr. Rai Belenes, Dr. Guillem López-Casasnovas, Dr. Ildelfonso Hernández,
Dr. Rodrigo Gutiérrez, Dr. Rafael Peñalver, Dr. Carlos Campillo,
Sr. Aníbal García, Dr. Jordi Colomer, Dr. Jordi Varela y Dr. Andreu Segura.

1. Introducción	05
2. Procedimiento	09
2.1. Entrevistas y grupos nominales	11
2.2. Consulta Delphi	13
2.3. Obtención de respuestas y análisis	17
2.3.1. Cuestionario base	17
2.3.2. Captura de datos	17
2.3.3. Análisis	17
2.3.3.1. Convenciones para la lectura de los resultados	18
2.3.3.2. Comportamiento de subgrupos	19
3. Resumen	23
3.1. Ámbitos de la consulta	25
3.2. Escenarios macroeconómicos y solvencia de la sanidad pública	26
3.2.1. Expectativas de evolución de la crisis	26
3.3. Cobertura poblacional, cartera de servicios y financiación	26
3.3.1. Universalismo	26
3.3.2. Cartera de prestaciones y servicios	27
3.3.3. Financiación y nivelación territorial compensatoria	27
3.3.4. Financiación complementaria: aportación del usuario al coste de la prestación	27
3.4. Transparencia y gobierno abierto de la información sanitaria	28
3.4.1. Sistemas de información	28
3.4.2. Centralidad de las personas	28
3.5. Flexibilidad organizativa y gestión	29
3.5.1. Atención primaria y especializada: continuidad asistencial	29
3.5.2. Salud pública	29
3.5.3. Revisión de la función gestora	29
3.5.4. Colaboración público-privada	30
4. Resultados	31
4.1. Percepción de la evolución de la crisis económica	33
4.2. Financiación y cobertura pública	36
4.2.1. Cobertura poblacional y alcance	36
4.2.2. Cartera de prestaciones y servicios	37
4.2.3. Financiación	40
4.2.4. Aportación del usuario	43
4.3. Transparencia y buen gobierno	45
4.3.1. Liberación y acceso a datos de las administraciones sanitarias	45
4.3.2. Objetivos prioritarios de la apertura de datos sanitarios	46
4.3.3. Resistencias	48
4.3.4. Sistemas de información	50
4.3.5. Centralidad del usuario	52
4.4. Organización y gestión	54
4.4.1. Atención primaria y especializada	54
4.4.2. Salud pública	56
4.4.3. Farmacia	58
4.4.4. Profesionalización	62
4.4.5. Colaboración público-privada	67

5. Posicionamientos predictivos extremos	71
6. Algunas reflexiones finales	77
6.1. Escenarios dominantes	79
6.2. Inmovilismo	79
6.2.1. Nivelación del gasto sanitario interterritorial: ¿más de lo mismo?	80
6.2.2. Financiación selectiva de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud: ¿todo vale lo que cuesta?	80
6.3. Dilemas recurrentes	81
6.3.1. Función gestora: ¿ <i>business as usual</i> ?	81
6.3.2. Dilemas recurrentes. Colaboración público-privada: ¿sostenella y no enmendalla?	81
6.4. Transformaciones disruptivas	82
6.4.1. Gobierno abierto de datos sanitarios: ¿cuán abierto?	82
6.4.2. Centralidad de las personas: ¿eslogan o redistribución del poder?	83
6.4.3. Salud pública: imperativo multisectorial	83
6.4.4. Integración asistencial: ¿horizontes lejanos?	84
7. Bibliografía	85
8. Anexo. Cuestionario base de la consulta	91

INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

El informe *SNS: Escenarios de regeneración 2016-2021* constituye la contribución más reciente de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad del Grupo Novartis al análisis prospectivo de la política sanitaria y del Sistema Nacional de Salud.

En esta ocasión se presentan los resultados de una consulta predictiva acerca de las expectativas de transformación y respuesta del sistema público de salud ante los retos, consolidados y emergentes, del Sistema Nacional de Salud en el presente clima de incertidumbre, crisis económica y cambio acelerado de época en la política y la sociedad.¹⁻³

La consulta se realizó en el intervalo de excepcionalidad política de 2016 –Gobierno en funciones, control parlamentario y actividad legislativa restringidos, y reiteración de elecciones generales–, en cuyo transcurso se mantuvo la imprecisión de las propuestas electorales sobre la recuperación del declive de la sanidad pública y su capacidad para afrontar reformas y cambios reiteradamente argumentados y aplazados.⁴⁻⁸

La expresión, libre y desinteresada, de las expectativas y pronósticos de 124 panelistas sobre diversos escenarios, medidas, inhibiciones regulatorias y posibles reformas ha identificado consensos y discrepancias sobre factores de rehabilitación –o de estancamiento– de la función fundamental de la sanidad pública en la política social.

El informe ofrece predicciones normativas –de deseos y pronósticos– en un horizonte de cinco años, a partir de la utilización combinada de técnicas de análisis documental, entrevistas en profundidad y búsqueda de consensos: *brainstorming*, grupo nominal y adaptación predictiva del método Delphi.⁹⁻¹²

Las predicciones obtenidas se reflejan en términos de lo que el colectivo de panelistas desea que ocurra y de lo que cree realmente posible –sus diversas esperanzas, temores, conocimiento, experiencia e intereses– con relación a un conjunto de escenarios plausibles.

En el actual contexto de incertidumbre económica, crisis de la alternancia partitocrática, cambios largamente anunciados en el patrón de la salud poblacional y emergencia acelerada de cambios sociales, la reflexión estratégica sobre la solvencia y el estancamiento de la sanidad pública requiere visión anticipativa crítica para identificar objetivos de cambio plausibles, anticipar obstáculos evitables y orientar el impulso reformador.

El agregado de juicios, intereses, reservas y esperanzas que ofrece la perspectiva predictiva de la consulta invita a revisar las propias convicciones y a poner a prueba posibles hipótesis no probadas, apriorismos y sesgos inadvertidos sobre opciones de mejora y progreso.

Asumiendo las limitaciones de las herramientas exploratorias utilizadas, confiamos en que el informe contribuya modestamente a señalar áreas críticas de incertidumbre, encrucijadas estratégicas, y a sopesar la consistencia de propuestas y argumentos en el debate sobre la formulación sensata y sostenible de opciones de recuperación del sistema público de salud.

Deseamos, asimismo, compartir con los lectores de este informe el reconocimiento de la aportación de todos quienes han contribuido libre y generosamente a su realización con su conocimiento, experiencia, sentido común y enormes dosis de paciencia y generosidad.

La Dirección

PROCEDIMIENTO

2.1. Entrevistas y grupos nominales.....	11
2.2. Consulta Delphi	13
2.3. Obtención de respuestas y análisis.....	17
2.3.1. Cuestionario base	17
2.3.2. Captura de datos	17
2.3.3. Análisis	17
2.3.3.1. Convenciones para la lectura de los resultados	18
2.3.3.2. Comportamiento de subgrupos	19

2. PROCEDIMIENTO

2.1. ENTREVISTAS Y GRUPOS NOMINALES

La realización del proyecto requirió la utilización de diversas técnicas de consulta grupal al objeto de identificar escenarios relevantes.

Se realizaron búsquedas documentales y entrevistas en profundidad con informadores clave, y se contó con las aportaciones de varias sesiones de grupo nominal sobre medidas de mejora de la eficiencia y productividad del Sistema Nacional de Salud.

Las entrevistas en profundidad aportaron diversidad de enfoques acerca de la relevancia de áreas temáticas y escenarios de progreso, consolidación o regresión según la percepción experta consultada.

Las sesiones de grupo nominal¹³⁻¹⁵ contribuyeron a ponderar y categorizar la aportación de las anteriores entrevistas a partir de las opiniones de grupos de expertos, profesionales y líderes del asociacionismo de los usuarios.

Sobre esta base y el acervo de análisis prospectivos de la política sanitaria española de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad se utilizó una adaptación prospectiva de la técnica Delphi para la identificación de consensos y discrepancias en las predicciones de un panel de 124 panelistas.

Las tablas 1, 2 y 3 relacionan las personas consultadas en las fases anteriores al diseño de la consulta Delphi.

Tabla 1. Entrevistas semiestructuradas

- Dr. Ildefonso Hernández (MD, PhD).
Catedrático de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández.
- Dr. Rodrigo Gutiérrez.
Director de Calidad y Humanismo Asistencial.
Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha.
- Dr. Rafael Peñalver.
Gerente de Inspección.
Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha.
- Dr. Rai Belenes (MD).
Consultor especialista en Servicios Sanitarios.
- Dr. Carlos Campillo (MD, Mph, PhD).
Responsable de Evaluación Clínica y Servicios de Salud.
Servei de Salut de les Illes Balears.
- Sr. Aníbal García.
Health Services Research Specialist.
- Dr. Jordi Colomer (MD, máster en Dirección de Empresas).
Gerente del Institut de Diagnòstic per la Imatge. Cat Salut.
- Dr. Jordi Varela (MD).
Consultor especialista en Gestión Clínica. GCVarela.

- Dr. Andreu Segura (MD).
Director de Salud Pública. Generalitat de Catalunya.
- Dr. Guillem López-Casasnovas (licenciado en Ciencias Económicas y en Derecho, Universitat de Barcelona; PhD, Universidad de York, Reino Unido; catedrático de Economía, Universitat Pompeu Fabra).

Las consultas de grupo nominal aportaron criterios para seleccionar las áreas y escenarios sugeridos por las anteriores indagaciones, y contribuyeron a la confección del cuestionario base de la consulta Delphi.

Tabla 2. Participación en el grupo nominal sobre la priorización de posibles medidas de mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud

- Dr. Salvador Peiró.
Investigación en Servicios de Salud. Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).
- Dr. Raimon Belenes.
Consejero delegado del Hospital Clínic de Barcelona.
- Dr. Josep M^a Borràs.
Director del Plan Director de Oncología en el Hospital Duran i Reynals. ICS.
- Dr. Josep Casajuana.
Ámbito de Atención Primaria de Barcelona ciudad.
- Dr. Xavier Castells.
Director gerente del Hospital del Mar.
- Dr. Jordi Colomer.
Especialista en Cirugía General. Hospital de Viladecans.
- Dr. Joan Gené.
Médico de Atención Primaria.
- Dr. Mateu Huguet.
Director del Instituto de Estudios de la Salud (IES).
- Dr. Ricard Meneu.
Jefe de Servicio de Calidad Asistencial. *Conselleria* de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Tabla 3. Participantes en el grupo nominal sobre desafíos críticos del Sistema Nacional de Salud

- Sr. Francisco de Paula Rodríguez.
ESADE. Programas de Gestión Sanitaria.
- Dr. Rodrigo Gutiérrez.
Presidente de la Sociedad Española de Atención a los Usuarios de la Sanidad (SEAUS).
- Dr. Eduard Rius.
Director general de Acciona Servicios Sanitarios.
- Dr. José Soto.
Gerente del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
- Dr. Miguel Ángel Zamarrón.
Unión de Trabajadores y Cuadros. UGT.

- Dra. Paloma Alonso.
Globesalud.
- Dr. Javier Padilla.
Medicina familiar y comunitaria.
- Dr. Rafael Peñalver.
Inspector médico. SESCAM.
- Sra. Mar Lázaro.
Directora de Comunicación. Grupo Español de Pacientes con Cáncer.
- Dr. Gregorio Gómez Bolaños.
Responsable de Centros Residenciales.
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla-La Mancha.
- Sra. Reyes Navascués.
Analista de Política Sanitaria. Medtronic.

2.2. CONSULTA DELPHI

La consulta realizada se basó en la aplicación de una versión adaptada y digitalizada de la técnica Delphi de exploración prospectiva de consensos y discrepancias^{16,17} sobre un conjunto de escenarios –medidas, actuaciones o procesos en curso o emergentes– por parte de un colectivo de profesionales, investigadores, directivos y usuarios de la sanidad pública con diversa implicación en el objeto de estudio.

Tabla 4. Relación autorizada de la participación de los panelistas en la consulta Delphi

- Manel Peiró Posadas
- Carles Ahicart Mingote
- M. Carme Sabater Sánchez
- Santiago Alfonso Zamora
- Max Brosa Riestra
- Corinne Zara Yahni
- Jaume Capdevila Mas
- Ester Amado Guirado
- Arturo Álvarez Rosete
- José Luis Linaza Iglesias
- José Soto Bonel
- Patricia Barber Pérez
- Juan Oliva Moreno
- Benito Arruñada
- Álvaro Hidalgo Vega
- Guillem López Casasnovas
- Giovanna Gabriele

- Sergi Jiménez Martín
- José María Labeaga Azcona
- M. Dulce Fontanals de Nadal
- Joan Subirats Humet
- Eulàlia Dalmau Matarrodona
- Lluís Bohigas Bohigas
- Jaume Puig Junoy
- Aníbal García Sempere
- Àstrid Lindstrom Karlsson
- Lluís Viguera Espejo
- Roser Fernández Alegre
- Josep Fusté Sugrañes
- Enric Arqués Martí
- Oriol Illa García
- Anna García Altés
- Ester Sarquella Casellas
- Isabel Sierra Navarro
- Honorio Carlos Bando Casado
- Josep Boada Andreu
- Carmen Ferrer Arnedo
- Mercè Muñoz Gimeno
- Manuela Bonillo Caballero
- Albert Tort Sisó
- Íngrid Bullich Marín
- Yolanda Muñoz Alonso
- M. Mercè Estrem Cuesta
- Joaquim Erra Mas
- Assumpció González Mestre
- Alba Brugués Brugués
- José Luis Ibáñez Pardos
- Marc Soler Fàbregas
- Rodrigo Gutiérrez Fernández
- Carlos Campillo Artero
- Andreu Segura Benedicto
- Joan Guanyabens Calvet
- Josep Ballester Roselló

- Maria Dolors Navarro Rubio
- Eduard Rius Pey
- Helena Ris Romeu
- Marina Geli Fàbrega
- Jaume Sellarès Sallas
- Cristina Carod Pérez
- Carles Blay Pueyo
- Olga Pané Mena
- Pau Sánchez Ferrin
- Jordi Rello Condomines
- Joan Ramon Villalbí Hereter
- Jordi Colomer Mascaró
- Albert Ledesma Castelltort
- Manuel Algara López
- Eusebi Castaño Riera
- Felip Benavent Viladegut
- Xavier Castells Oliveres
- Josep Davins Miralles
- Ramon Piñol Llovera
- Antoni Sisó Almirall
- Juan E. del Llano
- Enrique de Porres Ortiz de Urbina
- José Ramón Luis-Yagüe Sánchez
- Mariano Guerrero Fernández
- Regina Muzquiz Vicente-Arche
- Raimundo Belenes Juárez
- Francisco de Paula Rodríguez Perera
- Jaime del Barrio Seoane
- Pere Vallribera Rodríguez
- Lluís Monset Castells
- Juan Antonio Abascal Ruiz
- Santiago Cervera Soto
- María Codesido López
- Josep Taberner Caturla
- Atanasio García Pineda
- Manuel Constenla Figueiras

- Rafael Peñalver Castellano
- Julio Mayol Martínez
- Roger Jesús Pla Farnós
- Jordi Gol Freixa
- Juan José Bestard Perelló
- Luis Ángel Oteo Ochoa
- Joan Gené Badia
- Ana Miquel Gómez
- Ildefonso Hernández Aguado
- Julián Ruiz Ferrán
- Javier Padilla Bernáldez
- José Manuel Freire Campo
- Teresa Millán Rusillo
- Eduardo Rodríguez Rovira
- José Manuel Baltar Trabazo
- Paloma Barja de Soroa
- Rafael Barba Boada
- Miguel Azpeitia Gamazo
- Carmen Aláez Usón
- José Luis Segú Tolsa
- Alberto Morell Baladrón
- Joan Barrubés Sol
- Enrique Bernal Delgado
- Sergi Rabaza Celades
- Eduard Gil Carbó
- Dolors Colom Masfret
- Juan Manuel Rivera Puerto
- Marga García Canela
- Maria Gil Amaya
- Montserrat Rossinés Bayó
- Arantza Rodríguez Juano

2.3. OBTENCIÓN DE RESPUESTAS Y ANÁLISIS

2.3.1. Cuestionario base

La información aportada por los procedimientos anteriormente mencionados permitió el diseño y validación de un cuestionario base –véase Anexo–, incluyendo como grandes ámbitos de la consulta:

- La percepción colectiva del impacto de la reciente y de la inminente reedición de la gestión de “austeridad” en la sanidad pública.
- La recuperación de la naturaleza universal del actual sistema público de salud, financiación y alcance de las prestaciones.
- La deseabilidad y pronósticos sobre la calidad regulatoria, transparencia y gobierno abierto de información de las administraciones sanitarias.
- La adaptación organizativa al cambio del modelo epidemiológico, el progreso de la tecnología de la información, la innovación biomédica y las expectativas sociales.

2.3.2. Captura de datos

La consulta Delphi propuso a los panelistas manifestar su posicionamiento predictivo frente a una serie de escenarios –medidas, decisiones, cambios o transformaciones plausibles– correspondientes a los ámbitos anteriormente referidos.

Se solicitaron sus respuestas tanto en términos de “deseos” como de “pronósticos” en un horizonte temporal de cinco años (2016-2021).

El “deseo” fue definido como la predicción favorable o de rechazo al escenario propuesto. Y el “pronóstico” se propuso como la predicción subjetiva de verosimilitud –máxima, incierta o mínima– de la efectiva realización del mismo escenario propuesto.

La valoración individual de cada panelista de la intensidad de deseos y pronósticos se puntuó en un rango de 1 a 9, interpretándose 1 como rechazo total, tanto para el deseo como para el pronóstico, y 9 como anhelo absoluto y pronóstico totalmente favorable a la ocurrencia del escenario propuesto.

La puntuación 5 expresó incertidumbre o escasa determinación en la respuesta.

2.3.3. Análisis

La aportación completa de la consulta se presenta de forma gráfica en el capítulo 4, “Resultados”, incluyendo la tabulación de valores centrales, el rango de variación de las puntuaciones de las distribuciones de deseo y pronóstico, así como una descripción narrativa de cada respuesta del panel a cada escenario propuesto.

Las distribuciones de frecuencia de las puntuaciones de los panelistas, correspondientes a la agregación de sus respuestas individuales –tanto de sus deseos como de sus pronósticos–, se expresó gráficamente utilizando valores centrales básicos: la mediana (P50) –valor con el mismo número de puntuaciones por encima que por debajo del mismo–, el primer cuartil (P25) –valor por debajo del cual se halla el 25% de las puntuaciones– y el cuartil (P75) –valor por debajo del que se encuentra el 75% de los valores de cada distribución–.

Este tratamiento facilita la visualización y la interpretación del conjunto de las predicciones de los panelistas a las cuestiones del cuestionario base, y permite referenciar sistemáticamente la interpretación y discusión de los resultados obtenidos.

Además, cada puntuación entre 1 y 9 de deseos y pronósticos de cada escenario propuesto incorpora los porcentajes correspondientes al número de panelistas que comparten posiciones de indeterminación (dígito 5), de quienes han puntuado en el intervalo 6 a 9 y de los que comparten puntuaciones entre el recorrido de 1 a 4.

Gráfico 1. Significado de las puntuaciones de deseo y pronóstico de los panelistas

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	En absoluto deseado. Completamente rechazado. Improbable. No cree que la propuesta suceda.			Incertidumbre, indeterminación, duda. Incertidumbre, indeterminación, duda.			En absoluto deseado. Completamente rechazado. Improbable. No cree que la propuesta suceda.		

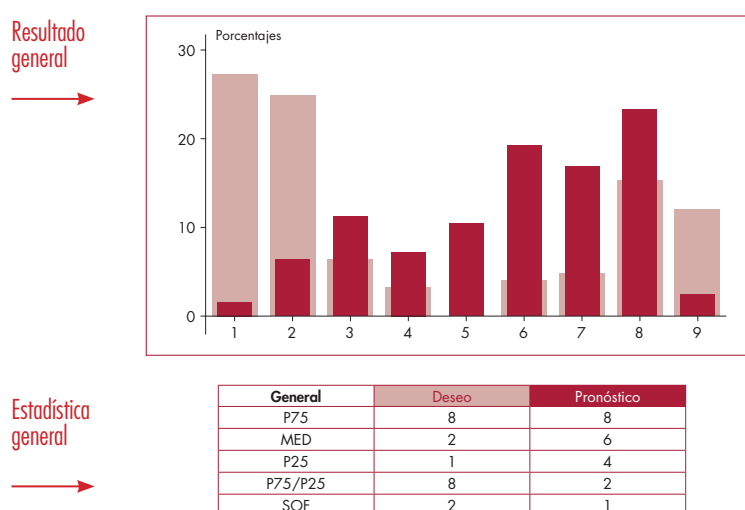
En cada gráfico ilustrativo de las respuestas de los consultados se indica, asimismo, el número de respuestas “sin opinión formada” (SOF), tanto para la expresión de deseo como pronóstico.

2.3.3.1. Convenciones para facilitar la lectura de los resultados

La intensidad del consenso o de la discrepancia de deseos y pronósticos se establece a partir de la concentración o de la dispersión de las puntuaciones correspondientes otorgadas por cada panelista.

La distancia entre los cuartiles P75 y P25 expresa la agrupación o la dispersión de cada distribución de puntuaciones a partir de la siguiente convención:

Gráfico 2. Gráfico de las distribuciones y valores centrales de las respuestas del panel



El margen de distancia entre los valores de los cuartiles P75 y P25 entre 2 y 3 se interpreta como dispersión intermedia. La distancia entre los valores de los cuartiles P75 y P25 igual o inferior a 2 puntos se interpreta como dispersión, de deseo o de pronóstico, baja.

La distancia entre los valores de los cuartiles P75 y P25 superior a 3 expresa dispersiones de la valoración de deseo/pronóstico progresivamente elevadas.

La proximidad o el alejamiento entre las medianas de las distribuciones de “deseo” y de “pronóstico”, permite interpretar el nivel de congruencia o antagonismo entre la deseabilidad del escenario propuesto y el pronóstico de su realización.

La diferencia entre el valor de las medianas inferior a 1 indica concordancia total en la predicción de deseo y de pronóstico; el valor de la diferencia entre 1 y 2 se interpreta como esperanza razonable de cumplimiento del deseo expresado por el panel; el intervalo entre 2 y 3 indica escasa congruencia entre deseo y pronóstico, y los valores superiores a 4 indican importante disparidad entre lo que los panelistas quieren que ocurra y la probabilidad de que su deseo se cumpla.

Gráfico 3. Perfiles de dispersión de las distribuciones de deseo y pronóstico



2.3.3.2. Comportamiento de subgrupos

Algunas respuestas del conjunto de los panelistas con distribuciones de alta dispersión incorporan información estadística y gráfica adicional a fin de facilitar la visualización comparativa del posicionamiento predictivo de determinados subgrupos de panelistas con la posición colectiva del panel.

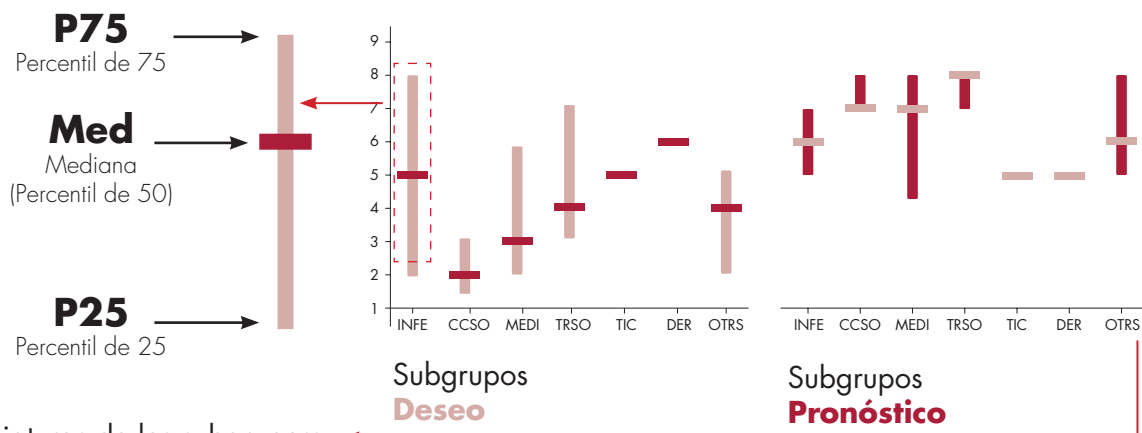
Los diagramas de caja utilizados¹⁸ permiten visualizar la proximidad o alejamiento de cada subgrupo en relación con las distribuciones de deseo y pronóstico manifestadas por el panel en su conjunto, en términos de la distancia de cada mediana y de los respectivos cuartiles 25 y 75.

Los subgrupos seleccionados para este análisis se basan en la profesión manifestada por cada consultado en el registro de acceso al cuestionario base: enfermería, profesionales de las ciencias sociales, medicina, trabajo social, profesionales de tecnología, información y comunicación, derecho y otros.

Gráfico 4. Gráfico explicativo de la comparación de las distribuciones de deseo y pronóstico de cada subgrupo en relación con las correspondientes del panel en su conjunto

La línea horizontal central es la mediana.

Los extremos de la línea vertical representan los percentiles P25 y P75.



Abreviaturas de los subgrupos:

- INFE Enfermería
- CCSO Ciencias sociales
- MEDI Medicina
- TRSO Trabajo social
- TIC Tecnología, información y comunicación
- DER Derecho
- OTRS Otros

Gráfico 5. Distribución de las profesiones manifestadas por los consultados

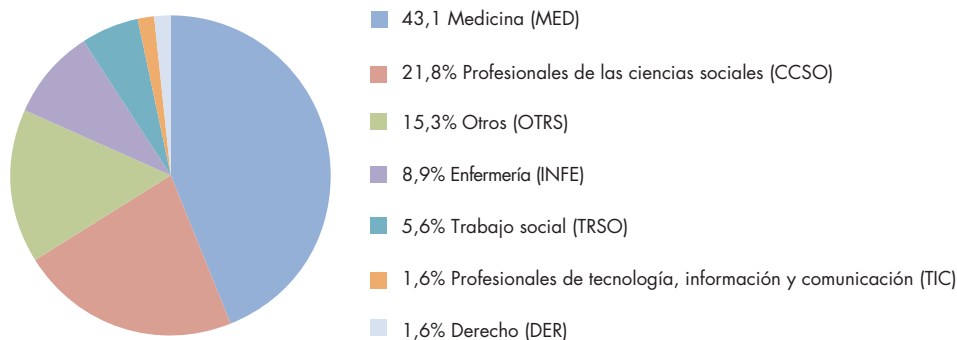
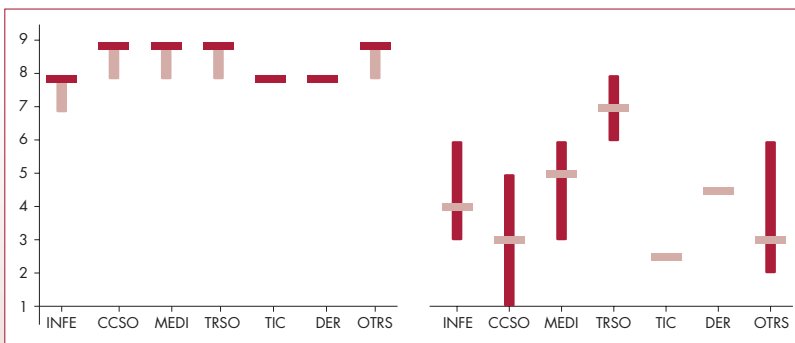
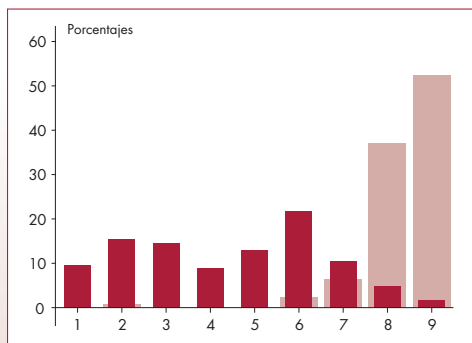


Gráfico 6. Ejemplo de gráfico con las distribuciones de deseos y pronósticos del panel en su conjunto y de las correspondientes a los subgrupos

P11. En la regulación de la cartera de servicios, tecnologías médicas y prestaciones sanitarias toda la información correspondiente a la aplicación de estos procesos regulatorios será accesible públicamente



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	9	5
P25	8	2,25
P75/P25	1,13	2,67
SOF	1	0

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	9	9	9	-	-	9
P50	8	9	9	9	8	8	9
P25	7	8	8	8	-	-	8
P75/P25	1,14	1,13	1,13	1,13	-	-	1,13

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	5	6	8	-	-	6
P50	4	3	5	7	2,5	4,5	3
P25	3	1	3	6	-	-	2
P75/P25	2	5	2	1,33	-	-	3

Deseo **Pronóstico**

Disparidad entre la unánime identificación favorable del panel (97,6%) con la apertura sin restricciones de la información planteada por el escenario y un pronóstico escindido entre un 39,2% favorable y un 47,7% contrario.

La dispersión del subgrupo de profesionales de las ciencias sociales supera la de los valores pronósticos de la enfermería y los médicos frente a la cohesión del pronóstico favorable de los trabajadores sociales.

RESUMEN

3.1. Ámbitos de la consulta.....	25
3.2. Escenarios macroeconómicos y solvencia de la sanidad pública.....	26
3.2.1. Expectativas de evolución de la crisis.....	26
3.3. Cobertura poblacional, cartera de servicios y financiación.....	26
3.3.1. Universalismo.....	26
3.3.2. Cartera de prestaciones y servicios.....	27
3.3.3. Financiación y nivelación territorial compensatoria	27
3.3.4. Financiación complementaria: aportación del usuario al coste de la prestación	27
3.4. Transparencia y gobierno abierto de la información sanitaria	28
3.4.1. Sistemas de información.....	28
3.4.2. Centralidad de las personas	28
3.5. Flexibilidad organizativa y gestión.....	29
3.5.1. Atención primaria y especializada: continuidad asistencial	29
3.5.2. Salud pública.....	29
3.5.3. Revisión de la función gestora.....	29
3.5.4. Colaboración público-privada.....	30

3. RESUMEN

El informe da cuenta de los deseos y pronósticos colectivos de realización de una serie de escenarios –decisiones, actuaciones o inhibiciones de política sanitaria– relevantes para la recuperación o la prolongación del deterioro del Sistema Nacional de Salud, en la perspectiva de los próximos cinco años. Los escenarios se refieren a medidas estructurales, reformas aplazadas, innovaciones organizativas, implantación de nuevos instrumentos de transparencia y control de las administraciones, o situaciones críticas de inmovilismo y consolidación del *statu quo*.

Los resultados obtenidos revelan la visión anticipativa de un panel de perfil plural y participación voluntaria, que reúne a profesionales de la salud y de los servicios sociales, analistas y expertos de la política social y sanitaria, directivos y gestores de la sanidad pública y privada, y líderes del asociacionismo de pacientes.

Los participantes expresaron tanto sus deseos como sus pronósticos en una escala valorativa de 1 a 9, entendiendo por deseo la aceptación o rechazo del escenario sugerido y por pronóstico la mayor o menor verosimilitud de ocurrencia del mismo escenario.

La configuración general de la consulta revela un sostenido contraste entre la mayoría de deseos ampliamente favorables a las transformaciones y escenarios propuestos frente a significativos pronósticos de duda y desconfianza en los que se puedan llevar a cabo.

La elección de las áreas temáticas y los escenarios correspondientes se ha basado, como se describe en el capítulo anterior, en la realización de análisis documental, entrevistas en profundidad y sesiones de grupo nominal como soporte a una adaptación prospectiva, de administración digital, de la técnica de búsqueda de consensos Delphi.

3.1. ÁMBITOS DE LA CONSULTA

Los escenarios planteados se refieren a los siguientes grandes ámbitos:

Percepción colectiva del impacto de la reciente y de la inminente gestión de “austeridad” en la sanidad pública.

- Mantenimiento o recuperación de la naturaleza universal del actual sistema público de salud, financiación y alcance de las prestaciones.
- Deseabilidad y pronósticos sobre la calidad regulatoria, transparencia y gobierno abierto de información de las administraciones sanitarias.
- Adaptación organizativa al cambio del modelo epidemiológico, el progreso de la tecnología de la información, la innovación biomédica y las expectativas sociales sobre la colaboración público-privada.

La tónica general de la consulta evidencia tensión entre el predominio de consensos favorables a la mayoría de las medidas sugeridas de rehabilitación y contención del menoscabo del sistema público de salud, y reservas, escepticismo o desconfianza en la adopción efectiva de una considerable proporción de las mismas. Lo que la mayoría de los panelistas considera deseable se juzga, al mismo tiempo, por una parte de los mismos, de incierta o dudosa realización en el horizonte de los próximos cinco años.

Destaca la excepcional dispersión –manifestación de opiniones extremas y contrapuestas por los panelistas– tanto en el deseo como en el pronóstico con relación a los siguientes escenarios:

- La eventual eliminación de la aportación del usuario al coste de las prestaciones de cobertura pública.
- Las posibles limitaciones a la garantía de la anonimización de los datos clínicos personales como obstáculo a la consolidación del gobierno abierto de datos sanitarios para la investigación biomédica.
- El establecimiento de libertad de precios de los medicamentos con financiación a cargo de las comunidades autónomas.
- La denominada “profesionalización” de la función gestora de la sanidad pública.
- La recuperación de la gestión pública de las actuales concesiones de gestión privada –indirecta– de centros asistenciales de titularidad pública.

A continuación se condensan los resultados aportados por la consulta cuya pormenorización gráfica y narrativa de cada escenario y de la respuesta del panel se presenta posteriormente en el capítulo 4.

3.2. ESCENARIOS MACROECONÓMICOS Y SOLVENCIA DE LA SANIDAD PÚBLICA

3.2.1. Expectativas de evolución de la crisis

La amenaza recurrente de recesión económica, asociada a la renovada vigilancia de Bruselas sobre el nuevo ajuste fiscal, debido al incumplimiento del objetivo de déficit de 2015, suscita en los panelistas desconfianza mayoritariamente compartida en las perspectivas de reversión del declive del Sistema Nacional de Salud y de su solvencia.¹⁹

En el anómalo contexto de la interinidad política de 2016 –encadenamiento de elecciones generales, Gobierno en funciones sin control parlamentario y ausencia de actividad legislativa–, el pronóstico del panel no vislumbra oportunidades significativas de mejora en las actuales cifras de desempleo.

El escepticismo se propaga a la hipótesis de erradicación de la interferencia del clientelismo político en el nombramiento de altos cargos de dirección y gestión del sistema sanitario público.

3.3. COBERTURA POBLACIONAL, CARTERA DE SERVICIOS Y FINANCIACIÓN

3.3.1. Universalismo

Perspectivas esperanzadas sobre la recuperación del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria de la condición de ciudadano en lugar de la cobertura restrictiva en vigor en las fechas de cumplimentación del cuestionario base.

A pesar de la destacada coincidencia en el deseo colectivo, la derogación del Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones,²⁰ se contempla con cautela, posiblemente a causa de la validación de una porción substancial de su contenido por el Tribunal Constitucional.²¹

3.3.2. Cartera de prestaciones y servicios

Ante una elevada coincidencia en el deseo, el pronóstico expresa desconfianza en la implantación de una agencia independiente, semejante al National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE),²² para fundamentar, sobre criterios explícitos de eficiencia, la priorización de cobertura y financiación pública de los tratamientos, prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud.

La consulta otorga mayor probabilidad de aplicación en la configuración de la cartera de prestaciones y servicios al criterio de impacto presupuestario y coste de oportunidad que a los criterios de eficacia, seguridad y coste-efectividad. Casi la mitad de los consultados manifiestan un pronóstico pesimista sobre la posibilidad de que se lleve a efecto el requerimiento, establecido normativamente, de aportación del balance coste-efectividad incremental para la toma de decisiones.

Los consultados otorgan poca verosimilitud a la apertura transparente y acceso ciudadano, a los criterios, argumentos documentados y decisiones justificativas de la composición, alcance y actualización de la cartera de servicios.

Incertidumbre y poca credibilidad en las perspectivas de actualización de la regulación de la prestación farmacéutica ante los retos de la menguante aportación de nuevos medicamentos de alto valor terapéutico añadido y la necesidad de nuevas herramientas de adaptación a la exigencia de obtención de evidencia suplementaria de eficacia y seguridad.²³

Más de la mitad de los panelistas no esperan que la inclusión de un fármaco con demostrada mayor aportación coste-efectividad incremental que sus alternativas suponga necesariamente la exclusión de la financiación pública de estas.

Frente a una expresión mayoritaria favorable se contempla con división de opiniones pronósticas la monitorización postautorización de los resultados de los tratamientos farmacológicos con datos reales mediante la adopción de procedimientos de actualización continua de la evidencia de eficacia, seguridad y coste-efectividad.²⁴

Los panelistas aspiran incuestionablemente a mejorar la alineación entre la función reguladora de la Administración central y los procedimientos de adquisición y financiación de los fármacos autorizados a cargo de las comunidades autónomas, aunque su pronóstico no corrobora la realización del deseo.

3.3.3. Financiación y nivelación territorial compensatoria

La regeneración del Sistema Nacional de Salud dependerá en gran medida de la revisión consensuada y transparente de la fórmula de financiación del gasto sanitario territorial.^{25,26}

La mejora del actual sistema de nivelación territorial del gasto sanitario –en la demorada revisión del modelo de financiación autonómica– se contempla con escepticismo: tanto el mayoritariamente deseado reconocimiento y aplicación del principio de ordinalidad –mantenimiento sin pérdida de las posiciones relativas asociadas a la capacidad fiscal de cada comunidad autónoma– como la transparencia en la utilización y resultados de los recursos compensatorios.

Deseos discrepantes –con llamativa dispersión de posiciones– ante un eventual traslado de responsabilidades ejecutivas sobre nivelación del gasto sanitario al Ministerio de Sanidad.

3.3.4. Financiación complementaria: aportación del usuario al coste de la prestación

Para los panelistas, el debate sobre el copago sigue abierto y con notorias discrepancias.^{27,28}

La visión predictiva sobre su hipotética supresión revela deseos contrapuestos entre la mitad de los panelistas que lo rechazan y el pronóstico de su permanencia por parte de la otra mitad.

No pasa desapercibida la escasa verosimilitud otorgada tanto a la posible implantación de copagos inversamente proporcionales a la efectividad de los medicamentos –mayor contribución para los menos efectivos– como a los que incorporan límites al desembolso anual acumulado, con exenciones para las rentas más bajas.

3.4. TRANSPARENCIA Y GOBIERNO ABIERTO DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

La reserva y la incertidumbre que transmiten buena parte de los pronósticos devalúan el rotundo consenso en la aspiración de los consultados a incorporar a la política sanitaria el potencial abierto por la legislación y especialmente los compromisos internacionales en transparencia, acceso y buen gobierno de los datos e información de las administraciones públicas.²⁹

El distanciamiento entre expectativas y pronósticos en las respuestas obtenidas explica el escaso convencimiento del panel en la priorización del acceso abierto a información sobre asignación de recursos y obtención de resultados, el conocimiento de la ejecutoria organizativa y profesional, la información comparada de la productividad y la eficiencia de los proveedores asistenciales con independencia de su titularidad jurídica y el conocimiento de la variabilidad de la práctica clínica inter- e intraterritorial.

Cabe llamar la atención sobre la discrepancia entre expectativas favorables y pronósticos adversos con relación a la posible resistencia de los profesionales de la salud a la exposición sobre su desempeño y resultados correspondientes.

No es menos preocupante la dispersión de opiniones predictivas sobre el desarrollo y consolidación del gobierno abierto de datos clínicos a causa de la controversia acerca de la propiedad digital de los datos personales del usuario y de los datos generados por la actuación clínica, así como a posibles limitaciones en la garantía técnica de anonimización y en la eficacia de los procedimientos de desidentificación.^{30,31}

3.4.1. Sistemas de información

La escasa confianza del pronóstico sobre el impulso de la conectividad e interoperabilidad entre los sistemas de información sanitaria de las comunidades autónomas compromete la creencia en el fortalecimiento de la coordinación descentralizada entre iguales –horizontalización– frente a la uniformización, la competencia por comparación y la difusión de innovaciones de valor probado en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Reclama también atención el distanciamiento entre la buena acogida de los panelistas en contraste con el pronóstico escéptico sobre el establecimiento de sistemas integradores de información multisectorial acerca de actividad asistencial, intervenciones de salud pública y prestaciones de bienestar social y atención comunitaria.

Los pronósticos presentan posiciones divididas sobre la posible concertación de un protocolo compartido de estándares de estructura, funcionalidades, transparencia y procedimientos de evaluación continua de la calidad y relevancia entre los diversos sistemas de información del Sistema Nacional de Salud.³²

3.4.2. Centralidad de las personas

Aunque los consultados respaldan el avance de la atención centrada en las personas y su derecho a decidir de manera autónoma e informada,³³ se registran notables reservas sobre la salvaguarda de la participación corresponsable de los pacientes en la toma de decisiones clínicas que les afectan basada en mejoras en la humanización de la atención e información solvente, comprensible y actualizada.

Tampoco se vislumbra como inmediata la implantación general y sistemática del reporte por los usuarios del sistema sanitario público de su experiencia asistencial y la valoración de los resultados como referentes habituales de evaluación, reconocimiento o corrección del comportamiento de los proveedores asistenciales.

El panel apoya, con pronósticos de cautelosa reserva, la participación de los ciudadanos usuarios de la sanidad pública en los órganos de gobierno de los centros asistenciales públicos y con financiación pública en sus procesos de decisión.

3.5. FLEXIBILIDAD ORGANIZATIVA Y GESTIÓN

3.5.1. Atención primaria y especializada: continuidad asistencial

La consulta aporta una visión positiva, aunque prudente, sobre la reorientación de la atención hospitalaria hacia la coordinación asistencial con la atención primaria y los servicios de base comunitaria al objeto de ofrecer una respuesta integrada a la cronicidad compleja, la fragilidad geriátrica y sus recaídas y exacerbaciones.

Se registra buena disposición del panel, no sin reservas, en el pronóstico del progreso en la reasignación de tareas y responsabilidades entre especialistas y generalistas, correspondiendo a estos últimos la responsabilidad de la continuidad de los itinerarios asistenciales entre niveles, dispositivos y recursos frente a su actual fragmentación.

La mitad de los consultados, no obstante, se muestran incrédulos ante la posibilidad de que se ponga freno a la apertura de hospitales de tamaño, cartera de servicios y localización disfuncionales.

3.5.2. Salud pública

La ausencia de priorización explícita de la salud pública y, especialmente, el precario abordaje de los determinantes sociales de la salud remite a la dudosa credibilidad de cualquier discurso reformista que mantenga esta situación de obturación.^{34,35}

El impulso de las intervenciones inhibitoras de la oferta y consumo de productos asociados a riesgos demostrados para la salud registra un acuerdo masivo, aunque matizado por un pronóstico dividido.

El panel otorga mejor perspectiva al escenario de proactividad en la vigilancia y difusión de información acerca de intervenciones desaconsejables y tratamientos potencialmente iatrogénicos (*do not do*).

Menos confianza suscita la deseable centralidad estratégica de la salud pública en la política social. Así lo sugiere el pronóstico escindido, desfavorable, y al mismo tiempo esperanzado, al estímulo y fomento de actuaciones transversales –multisectoriales– e intervenciones de respuesta integrada a los riesgos de exclusión social, fracaso escolar y de los trastornos asociados con el desempleo prolongado, la pobreza infantil y la persistencia de los desahucios sin alternativa y la exclusión residencial.

3.5.3. Revisión de la función gestora

La consulta transmite poca confianza en las perspectivas de reconocimiento de la relevancia de la función gestora como factor impulsor imprescindible en la regeneración del sistema público de salud, pese a algunas iniciativas de profesionalización y modernización.^{36,37}

Los consultados muestran escasa disposición a pronosticar con optimismo una mayor inclinación de los políticos a reducir su aversión a asumir riesgos innovadores y renunciar a su injustificable proximidad a los gestores. Siguen vigentes la mayoría de los obstáculos a su modernización diagnosticados desde hace más de 25 años, especialmente la ausencia de demarcación entre el dominio de la política y el de la gestión directiva.³⁸

Tampoco se registra un pronóstico favorable a la superación del inmovilismo por parte de algunos agentes sociales defensores de la consolidación del *statu quo*.

A pesar del escaso optimismo a que se lleven a cabo cambios imprescindibles en el impulso renovador de la gestión directiva, se constata un firme deseo en la ampliación de las responsabilidades y competencias profesionales. Cabe destacar la congruencia entre deseos y pronósticos sobre el establecimiento de modelos de práctica avanzada de enfermería y ampliación de sus competencias.^{39,40}

También se registra un firme consenso en el deseo de que se incentive la capacidad de establecer alianzas estratégicas entre centros. En cambio, se contempla con división de opiniones pronósticas la incentivación de las competencias gestoras para impulsar modelos de integración vertical.

Los panelistas no auguran cambios significativos en el avance de esquemas de retribución variable, en el progreso de la relación laboral frente a la estatutaria ni en la autonomía de los gestores en el ajuste de la cartera de servicios a las necesidades de la población asistida.

3.5.4. Colaboración público-privada

A lo largo del prolongado periodo de restricciones que experimenta el Sistema Nacional de Salud ha emergido de nuevo el recurrente cuestionamiento de la legitimación social de la colaboración público-privada, con propuestas de algunos partidos para la supresión de diversas fórmulas de colaboración en vigor.^{41,42}

El posicionamiento predictivo de los consultados revela un significativo nivel de incertidumbre, dispersión y discrepancia entre sus aspiraciones y su vaticinios, especialmente por lo que se refiere a la recuperación por el sector público de la concesión de la gestión indirecta privada y una reducción significativa en la mayoría de las actuales formas de colaboración público-privada.

La contraposición y dispersión de pronósticos favorables y adversos, así como la escasa evidencia de la aportación diferencial de valor de las alternativas de provisión y gestión con independencia de la titularidad jurídica del proveedor, auguran la prolongación de un debate anclado en el prejuicio y el apriorismo.

Sin evaluación comparativa solvente, el beneficio social potencial de la colaboración público-privada permanecerá sin ser dilucidado.⁴³⁻⁴⁵

RESULTADOS

4.1. Percepción de la evolución de la crisis económica ...	33
4.2. Financiación y cobertura pública	36
4.2.1. Cobertura poblacional y alcance	36
4.2.2. Cartera de prestaciones y servicios	37
4.2.3. Financiación.....	40
4.2.4. Aportación del usuario	43
4.3. Transparencia y buen gobierno	45
4.3.1. Liberación y acceso a datos de las administraciones sanitarias	45
4.3.2. Objetivos prioritarios de la apertura de datos sanitarios.....	46
4.3.3. Resistencias.....	48
4.3.4. Sistemas de información	50
4.3.5. Centralidad del usuario	52
4.4. Organización y gestión	54
4.4.1. Atención primaria y especializada.....	54
4.4.2. Salud pública	56
4.4.3. Farmacia	58
4.4.4. Profesionalización.....	62
4.4.5. Colaboración público-privada	67

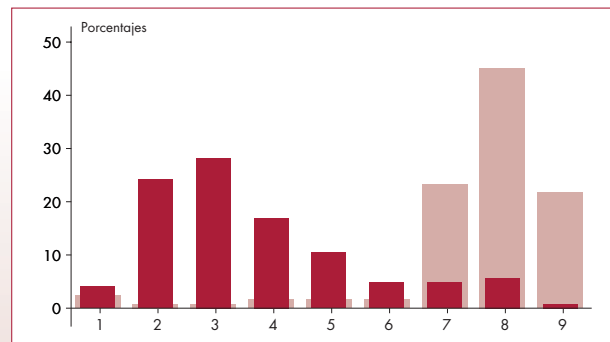
4. RESULTADOS

4.1. PERCEPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA CRISIS ECONÓMICA

La recesión económica recurrente y el mantenimiento de la “austeridad”, tutelado por la Unión Europea, con la aplicación del Programa de Estabilidad 2016-2019, en vísperas de nuevas elecciones tras medio año de interinidad, constituyen coordenadas clave para el análisis anticipativo de factores y procesos plausibles de transformación –progresiva o regresiva– del Sistema Nacional de Salud.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

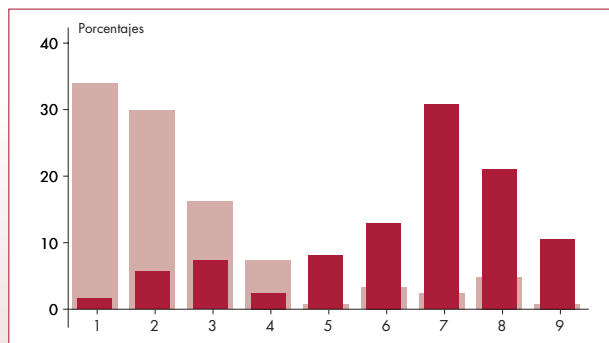
P01. A pesar de los sucesivos incumplimientos de España de la reducción del déficit, el anunciado control del nuevo ajuste fiscal no agravará el deterioro de la sostenibilidad y solvencia de la financiación pública de la sanidad



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	5
MED	8	3
P25	7	2
P75/P25	1,14	2,5
SOF	1	0

Una destacable proporción de panelistas, 71,5%, muestra un pronóstico contrario al cumplimiento del deseo del 91,5% de que la anunciada vigilancia y supervisión de la Unión Europea no agrave la solvencia de la sanidad pública.

P02. Se cumplirán las previsiones de la Organización Internacional del Trabajo sobre el mantenimiento durante una década de la tasa de paro en España por encima del 20%

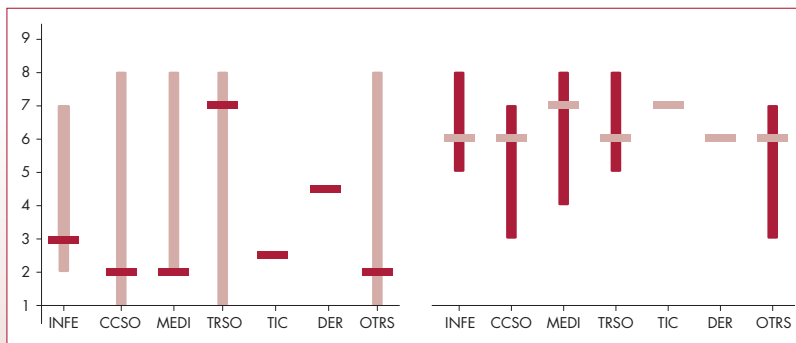
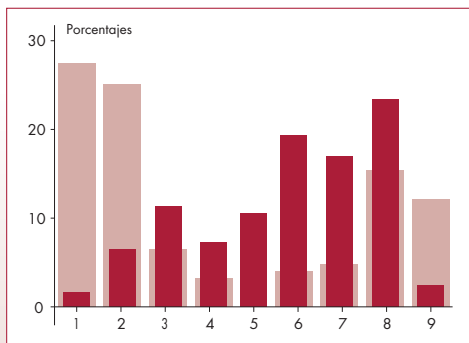


General	Deseo	Pronóstico
P75	3	8
MED	2	7
P25	1	5,25
P75/P25	3	1,52
SOF	1	0

Firme pronóstico de creencia en el cumplimiento de las predicciones de la Oficina Internacional del Trabajo.⁴⁶

El deseo del 85,3% de los panelistas de que el escenario no se cumpla contrasta con un 75,3% de quienes, por el contrario, pronostican su verosimilitud.

P03. El nivel de corrupción en España revelado por Transparencia Internacional no experimentará mejoras significativas



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	8
MED	2	6
P25	1	4
P75/P25	8	2
SOF	2	1

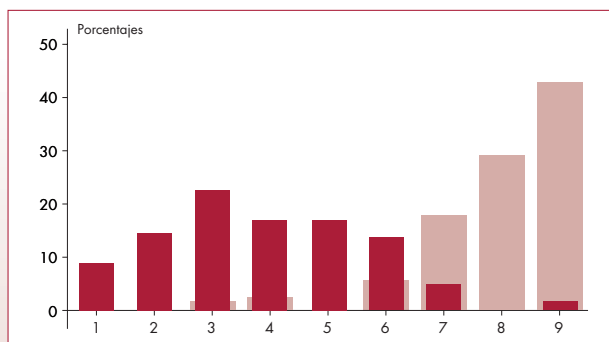
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	8	8	8	-	-	8
P50	3	2	2	7	2,5	4,5	2
P25	2	1	2	1	-	-	1
P75/P25	3,5	8	4	8	-	-	8

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	7	8	8	-	-	7
P50	6	6	7	6	7	6	6
P25	5	3	4	5	-	-	3
P75/P25	1,6	2,33	2	1,6	-	-	2,33

Un 61,8% de los panelistas repudia el mantenimiento del nivel de corrupción anunciado por Transparencia Internacional,⁴⁷ aunque un 63% pronostica que esa cota no disminuirá. Ambas distribuciones de deseo y pronóstico exhiben una destacada dispersión en las respectivas opiniones de los panelistas.

Los subgrupos reflejan una importante dispersión correspondiente a los deseos, especialmente los colectivos de profesionales de las ciencias sociales, del trabajo social y médicos. En los mismos grupos la dispersión en las distribuciones de pronóstico es relativamente menor.

P04. La exigencia de recurrir a la competencia técnica y a la independencia profesional facilitará el tránsito a la selección por méritos profesionales frente a la designación y endogamia clientelar de cargos directivos y gestores de las administraciones y centros sanitarios públicos



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	8	3
P75/P25	1,13	1,67
SOF	1	0

La práctica totalidad de los consultados (96,1%) desea acabar con el clientelismo político en la selección y nombramiento a dedo de altos directivos y gestores, frente a un pronóstico de desconfianza en que eso ocurra (55,6%) y una notable proporción de incertidumbre (21,5%).

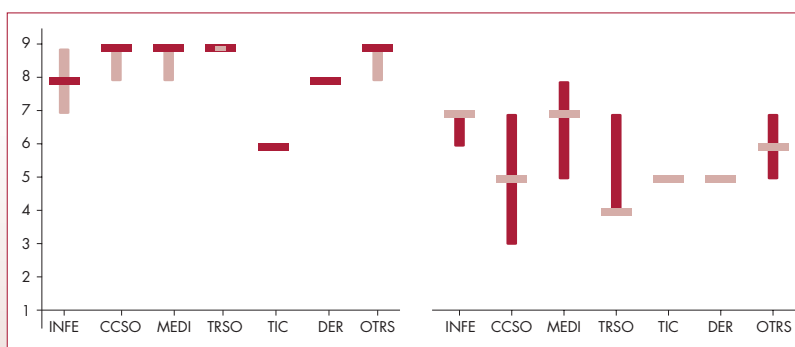
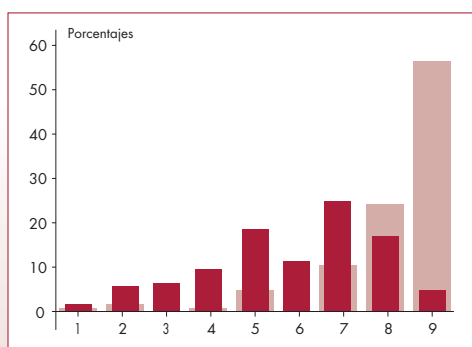
4.2. FINANCIACIÓN Y COBERTURA PÚBLICA

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones ha desvelado la raíz de un sistema de previsión social fundado en el acceso de asegurados y beneficiarios a la protección sanitaria, desligado de la cobertura "universal" como derecho de ciudadanía reconocido por la Ley General de Sanidad.

4.2.1. Cobertura poblacional y alcance

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P05. La universalización de la cobertura poblacional se basará en la condición inalienable de ciudadanía



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
MED	9	6
P25	8	5
P75/P25	1,13	1,4
SOF	1	0

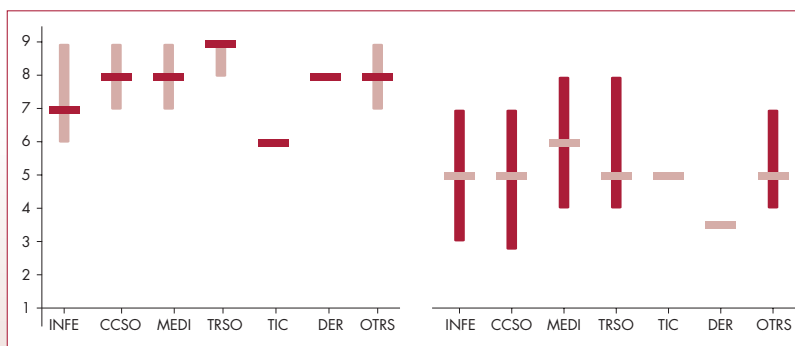
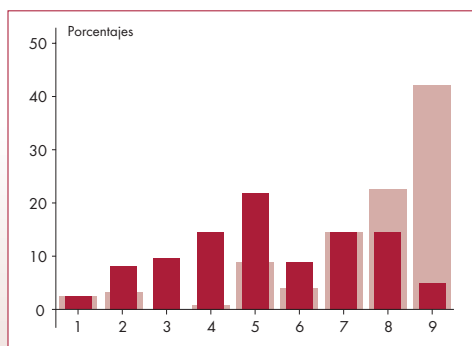
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	9	9	9	-	-	9
P50	8	9	9	9	6	8	9
P25	7	8	8	9	-	-	8
P75/P25	1,29	1,13	1,13	1	-	-	1,13

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	7	8	7	-	-	7
P50	7	5	7	4	5	5	6
P25	6	3	5	4	-	-	5
P75/P25	1,17	2,33	1,6	1,75	-	-	1,4

Posición colectiva congruente entre un deseo altamente compartido de acceso a la sanidad pública basado en la condición de ciudadano (90,7%) y una notable esperanza de realización del escenario planteado (59,2%).

La mayor dispersión –aunque discreta– de opiniones en las predicciones pronósticas de los miembros de los subgrupos corresponde al de profesionales de las ciencias sociales.

P06. Se revocará el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
MED	8	5
P25	7	4
P75/P25	1,29	1,75
SOF	2	1

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	9	9	9	-	-	9
P50	7	8	8	9	6	8	8
P25	6	7	7	8	-	-	7
P75/P25	1,5	1,29	1,29	1,13	-	-	1,29

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	7	8	8	-	-	7
P50	5	5	6	5	5	3,5	5
P25	3	2,75	4	4	-	-	4
P75/P25	2,33	2,55	2	2	-	-	1,75

Elevada identificación de los panelistas con la revocación del Decreto 16/2012 de 20 de abril (82,35%) ante un pronóstico fraccionado entre un 44,6% favorable al enunciado, un 33% de rechazo al mismo y un 20,7% de panelistas indecisos.

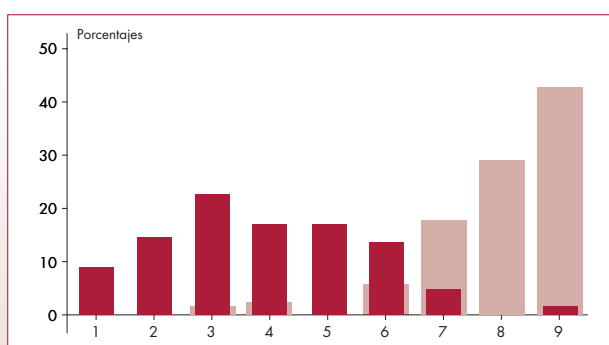
La fragmentación del pronóstico colectivo se refleja en la dispersión de las puntuaciones, de los subgrupos, con la de los profesionales de las ciencias sociales ligeramente mayor.

4.2.2. Cartera de prestaciones y servicios

En el contexto de la crisis económica y política el cumplimiento de la legislación vigente sobre incorporación y supresión de prestaciones a la cartera de servicios del SNS con arreglo a la mejor evidencia disponible de seguridad, coste-efectividad e impacto presupuestario constituirá una medida inaplazable de reducción del despilfarro.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

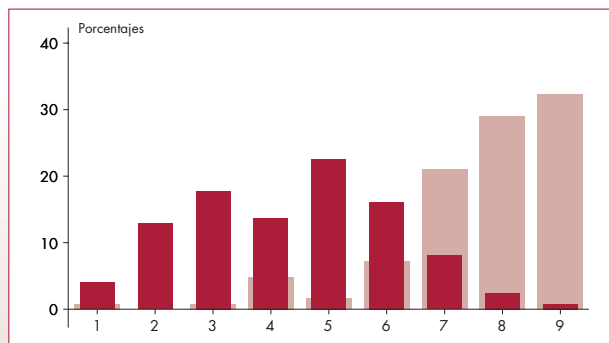
P07. La inclusión o exclusión de prestaciones y servicios en la cartera de servicios de financiación pública se basará explícitamente en los criterios e informes vinculantes de una agencia pública independiente, inspirada en el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), con el mejor conocimiento y competencia técnica actualizados en evaluación clínica y económica



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	7	3
P75/P25	1,29	1,67
SOF	1	0

Consenso firme favorable al escenario (94,2%) en contraste con una significativa desconfianza en el pronóstico de su realización (61,5%).

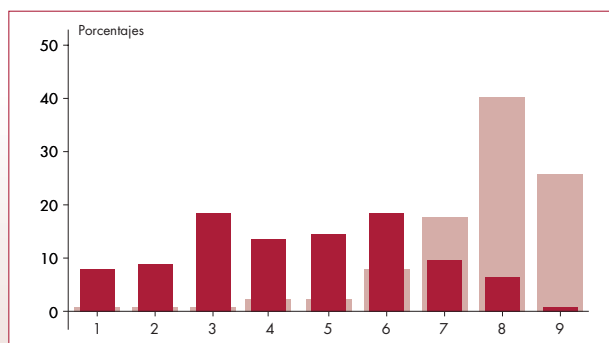
P08. Los criterios determinantes en la incorporación de nuevas alternativas serán los de la evaluación de la eficacia y la seguridad incrementales



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	7	3
P75/P25	1,29	2
SOF	3	2

Pronóstico de escasa confianza (46,2%) e indeterminación (21,5%) contrapuestos a un deseo propicio al escenario propuesto (89,33%).

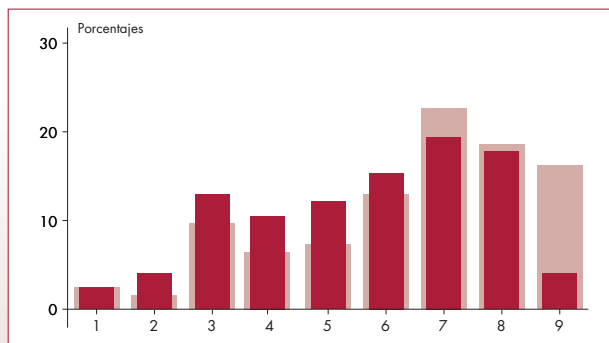
P09. Los criterios determinantes en la incorporación de nuevas alternativas serán los de la razón de coste-efectividad incremental



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	7	3
P75/P25	1,29	2
SOF	1	1

División en el pronóstico de aplicación del criterio sugerido –48% de pronósticos adversos frente a un 36,9% favorables– en oposición a la consistente mayoría de los deseos partidarios de la propuesta (91,5%).

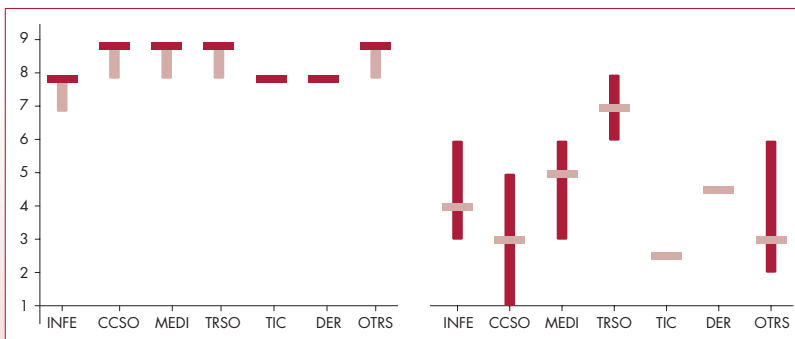
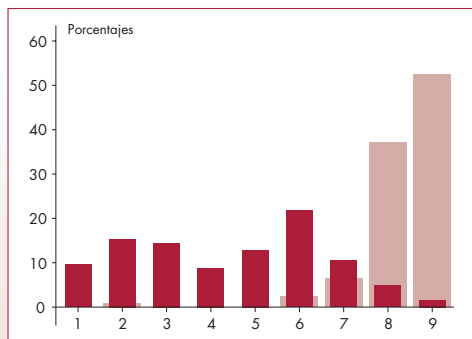
P10. Los criterios determinantes en la incorporación de nuevas alternativas serán los del análisis de impacto presupuestario y los costes de oportunidad



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	7
MED	7	6
P25	5	4
P75/P25	1,6	1,75
SOF	3	2

En contraste con los dos escenarios anteriores, deseos y pronósticos se alinean favorablemente aunque con distinta intensidad. El 70% de los panelistas se adhiere favorablemente en el deseo y el 56,5% sostiene un pronóstico de certidumbre sobre el enunciado del escenario propuesto.

P11. En la regulación de la cartera de servicios, tecnologías médicas y prestaciones sanitarias toda la información correspondiente a la aplicación de estos procesos regulatorios será accesible públicamente



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	9	5
P25	8	2,25
P75/P25	1,13	2,67
SOF	1	0

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	9	9	9	-	-	9
P50	8	9	9	9	8	8	9
P25	7	8	8	8	-	-	8
P75/P25	1,14	1,13	1,13	1,13	-	-	1,13

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	5	6	8	-	-	6
P50	4	3	5	7	2,5	4,5	3
P25	3	1	3	6	-	-	2
P75/P25	2	5	2	1,33	-	-	3

Disparidad entre la unánime identificación favorable del panel (97,6%) con la apertura sin restricciones de la información planteada por el escenario y un pronóstico escindido entre un 39,2% favorable y un 47,7% contrario.

La dispersión del subgrupo de profesionales de las ciencias sociales supera la de los valores pronósticos de la enfermería y los médicos frente a la cohesión del pronóstico favorable de los trabajadores sociales.

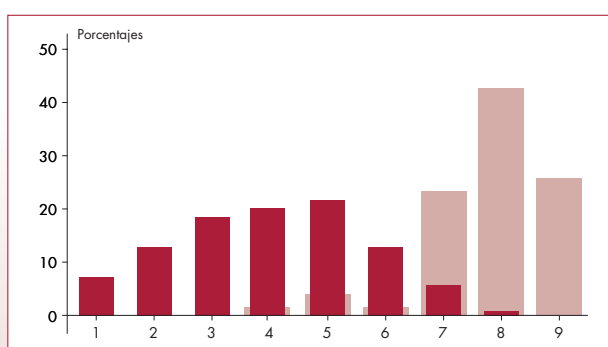
4.2.3. Financiación

La regeneración del Sistema Nacional de Salud –aún ante una hipotética recuperación de la solvencia financiera– dependerá en gran medida del mantenimiento o abandono del actual modelo de previsión social, la acentuación o flexibilización de la deriva uniformista y recentralizadora, el sistema de financiación del gasto sanitario territorial y la revisión de la financiación de la sanidad, así como de la capacidad de aumento sostenido de la eficiencia y la productividad.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años.

En el nuevo sistema de financiación autonómica, para determinar el gasto sanitario de las comunidades autónomas:

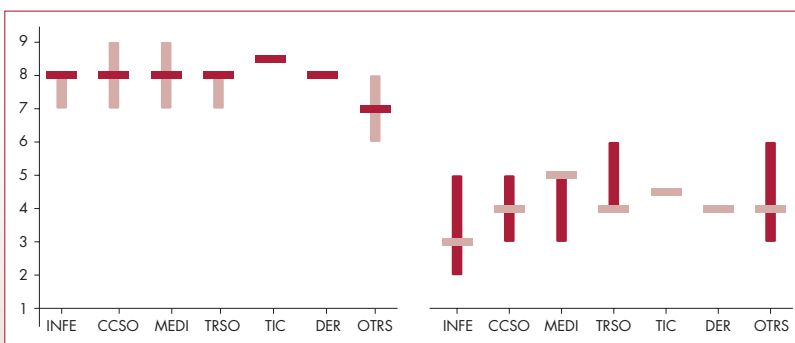
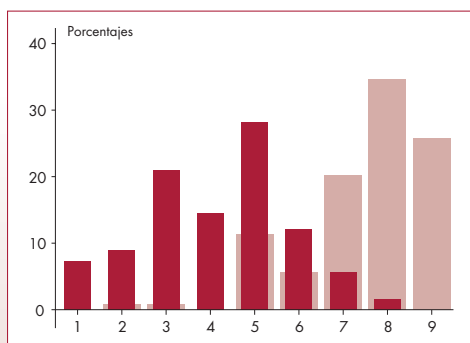
P12. Se reducirán los elementos de imprevisibilidad coyuntural de la actual fórmula de redistribución territorial



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	7	3
P75/P25	1,29	1,67
SOF	1	0

Pronóstico de escasa credibilidad en el cumplimiento del escenario planteado –un 56,9% de panelistas no cree que ocurra y un 21,5% se sitúa en la indeterminación– ante un elevado consenso en el deseo favorable al enunciado (93%).

P13. Se evitará la pérdida de posiciones relativas correspondiente a la capacidad fiscal de cada comunidad autónoma



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	7	3
P75/P25	1,29	1,67
SOF	1	1

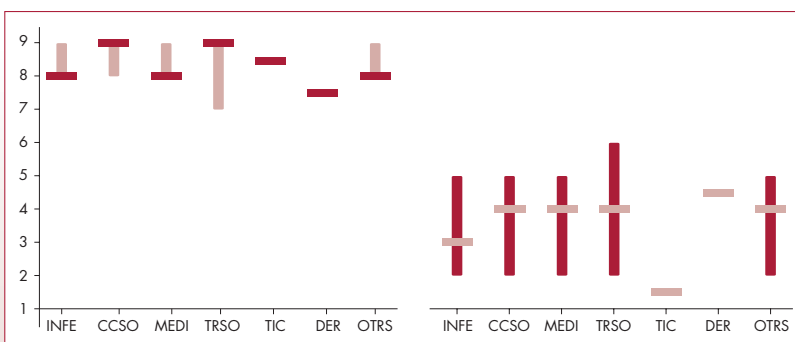
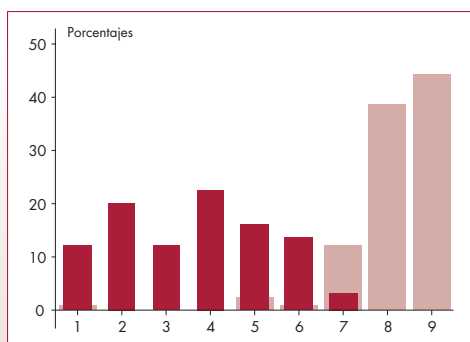
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	9	9	8	-	-	8
P50	8	8	8	8	8,5	8	7
P25	7	7	7	7	-	-	6
P75/P25	1,14	1,29	1,29	1,14	-	-	1,33

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	5	5	5	6	-	-	6
P50	3	4	5	4	4,5	4	4
P25	2	3	3	4	-	-	3
P75/P25	2,5	1,67	1,67	1,5	-	-	2

Ante un compacto deseo de ocurrencia (86%), la mitad de los consultados muestran desconfianza e incertidumbre (26,9%) en la aplicación del criterio de ordinalidad.

La dispersión y concentración de posiciones de los subgrupos corrobora el pronóstico general, siendo el de los profesionales de enfermería el que muestra menor confianza y relativamente mayor dispersión de opiniones entre sus miembros.

P14. Los límites y condiciones de acceso a la contribución de solidaridad interterritorial suprimirán la actual opacidad sobre los criterios de nivelación entre territorios y se publicitarán de acuerdo con la legislación de transparencia, acceso y buen gobierno de los datos de las administraciones públicas



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	8	2
P75/P25	1,13	2,5
SOF	1	0

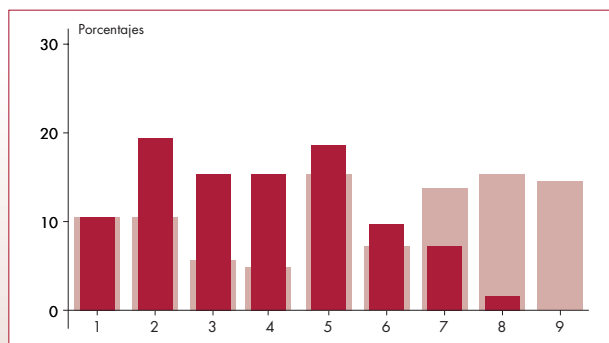
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	9	9	9	-	-	9
P50	8	9	8	9	8,5	7,5	8
P25	8	8	8	7	-	-	8
P75/P25	1,13	1,13	1,13	1,29	-	-	1,13

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	5	5	5	6	-	-	5
P50	3	4	4	4	1,5	4,5	4
P25	2	2	2	2	-	-	2
P75/P25	2,5	2,5	2,5	3	-	-	2,5

Pronóstico desfavorable (65,3%) con notable incertidumbre (22,1%) a la eliminación de la opacidad del criterio de solidaridad frente a un expresivo consenso (95,3%) en el deseo de la aplicación del enunciado propuesto.

Las dispersiones de rango medio de los pronósticos de los subgrupos, excepto la más elevada, correspondiente a los trabajadores sociales, corroboran el patrón de respuesta general.

P15. El Ministerio de Sanidad tendrá responsabilidades ejecutivas reales y responderá por el ejercicio de facultades asignativas de financiación sanitaria de las comunidades autónomas



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	5
MED	6	4
P25	3	2
P75/P25	2,67	2,5
SOF	3	3

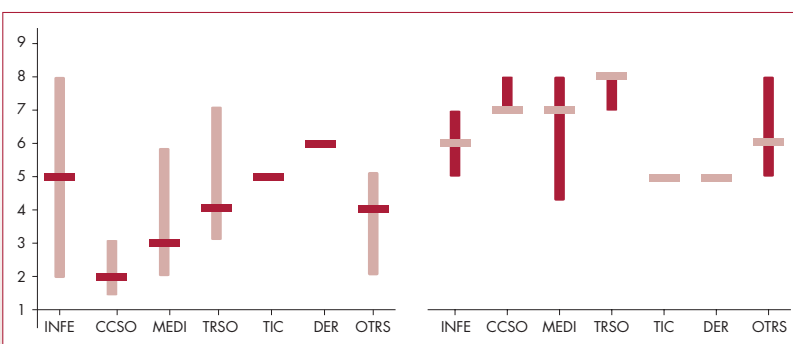
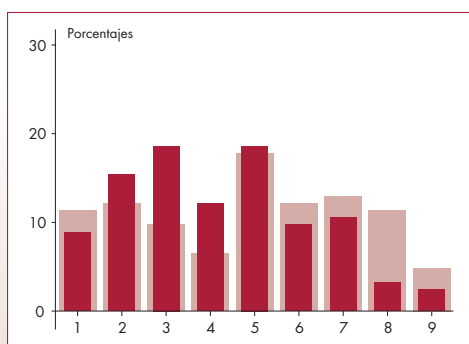
Reveladora discrepancia del panel en el deseo de realización de la propuesta: un 48,1% de los panelistas desea su cumplimiento, mientras que un 32,3% se opone. En cambio, un 60,2% de los pronósticos se manifiesta contrario al escenario, un escaso 18,4% emite un pronóstico favorable y un 18,4% corresponde a posicionamientos de incertidumbre.

4.2.4. Aportación del usuario

El debate sobre la financiación complementaria a la financiación fiscal de la sanidad pública ha orillado frecuentemente la diversidad de fórmulas de contribución del usuario al coste de las prestaciones y sus respectivos efectos redistributivos.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P16. Se eliminará a todos los efectos el copago como instrumento de financiación complementaria a la financiación fiscal de las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud



General	Deseo	Pronóstico
P75	7	6
MED	5	4
P25	3	3
P75/P25	2,33	3
SOF	2	1

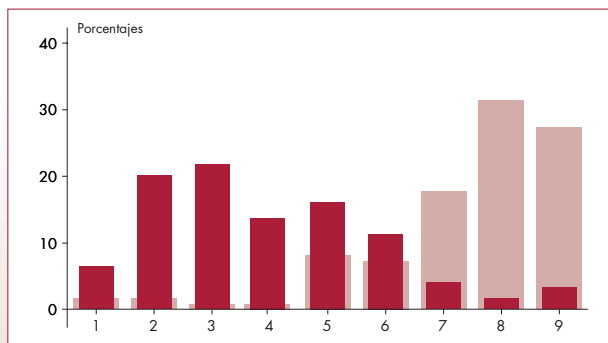
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	6,25	6	9	-	-	6
P50	7	5	5	8,5	2	7,5	5
P25	3	2	2	7	-	-	4
P75/P25	2,67	3,13	3	1,29	-	-	1,5

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	5	5	6,25	-	-	6
P50	5	3	4	4	6	4	4
P25	3	2	2	2,75	-	-	3
P75/P25	2	2,5	2,5	2,27	-	-	2

Significativa indeterminación en la respuesta global del panel con un marcado solapamiento de las frecuencias de deseo y de pronóstico. En la formulación del deseo por los panelistas se registra un 40,11% favorable a la eliminación y un 42,7% adverso. Más de la mitad (57,1%) muestran pronósticos contrarios a la eliminación y un 24,65% cree que se suprimirá.

Las distribuciones de deseos y pronósticos de los subgrupos corroboran la difusa configuración general con destacada variabilidad en la puntuación de deseos entre los miembros de los subgrupos de enfermería y de trabajo social.

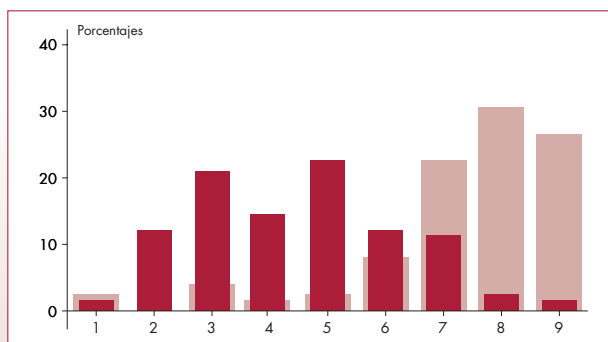
P17. El copago se modulará por criterios clínicos y de coste-efectividad para reducir la utilización de prestaciones innecesarias y evitables



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	7	2
P75/P25	1,29	2,5
SOF	4	2

En contraste con la dispersión anterior se registra un consenso en el deseo claramente favorable a la propuesta (82,6%), confrontado a un pronóstico de poca verosimilitud (61,5%) e incertidumbre (16,1%).

P18. El copago incluirá límites máximos basados en el desembolso acumulado y un porcentaje idéntico para todos los usuarios sobre la renta, con exención total para las rentas más bajas



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	7	3
P75/P25	1,29	2
SOF	2	1

Con un patrón de respuesta semejante al anterior, el panel formula un deseo mayoritario (86,9%) favorable al escenario propuesto frente a un pronóstico de escasa confianza (49,2%), y notablemente incierto (21,5%).

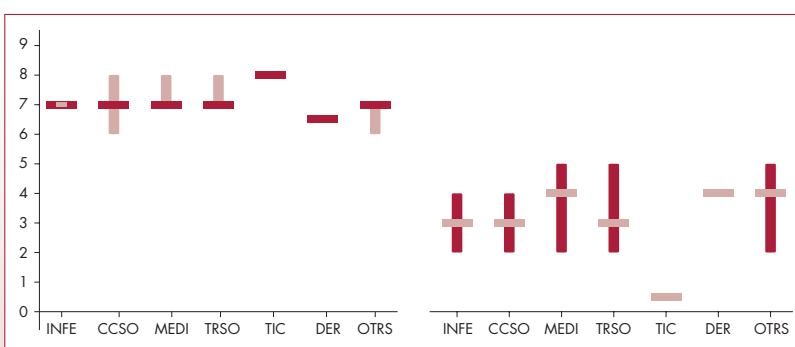
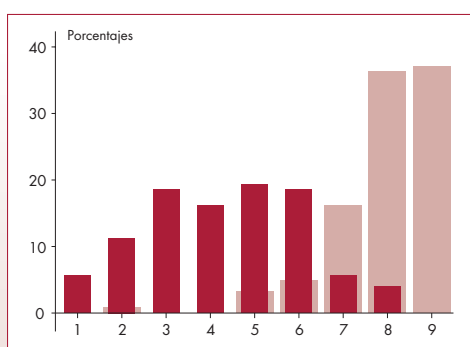
4.3. TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO

4.3.1. Liberación y acceso a datos de las administraciones sanitarias

Las resistencias y limitaciones de la legislación de transparencia y apertura de los datos de las administraciones públicas en la sanidad constituyen frenos de transformación progresiva evitables para una voluntad política congruente con los objetivos de buen gobierno que proclama la legislación en vigor.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con el siguiente escenario en los próximos cinco años:

P19. El Sistema Nacional de Salud tutelaré efectivamente, penalizando su incumplimiento, la implantación y desarrollo de la apertura de los datos sanitarios en administraciones, centros y dispositivos públicos y privados financiados públicamente con arreglo a la legislación vigente y la buena práctica sobre transparencia y reutilización



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	7	3
P75/P25	1,29	2
SOF	2	1

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	9	9	9	-	-	8
P50	8	8	8	8	9	7,5	8
P25	8	7	8	8	-	-	7
P75/P25	1	1,29	1,13	1,13	-	-	1,14

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	5	5	6	6	-	-	6
P50	4	4	5	4	1,5	5	5
P25	3	3	3	3	-	-	3
P75/P25	1,67	1,67	2	2	-	-	2

Distanciamiento entre un robusto consenso de deseo (93,8%) en la realización del escenario y la mitad de los panelistas manifestando un pronóstico contrario, con un 35% de panelistas moderadamente esperanzados.

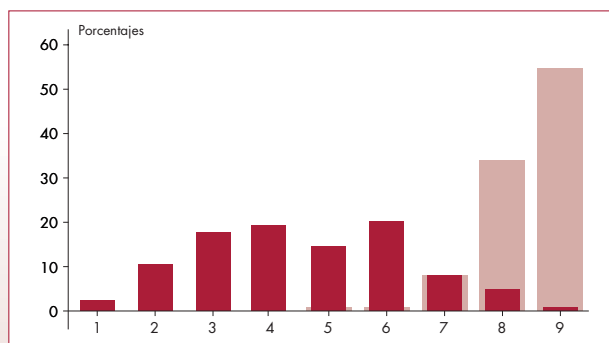
Los subgrupos confirman el distanciamiento entre los deseos y pronósticos de la predicción general del panel correspondiendo las mayores, de dispersiones de opinión, aunque discretas, a los subgrupos de médicos y trabajadores sociales.

4.3.2. Objetivos prioritarios de la apertura de datos sanitarios

Expresar su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años.

¿Cuáles serán en su opinión los objetivos prioritarios de la apertura de datos sanitarios?

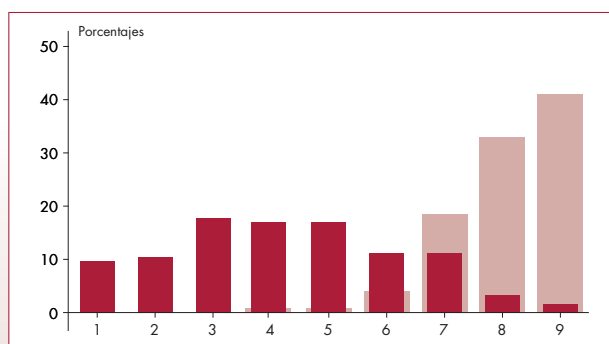
P20. Rendición de cuentas –utilización de recursos, financiación y resultados– a la sociedad



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	9	4
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	2	2

Acentuada divergencia entre un sólido deseo colectivo favorable al objetivo propuesto (96,9%) y un pronóstico bipolar: 35,3% a favor de la prioridad propuesta y un 48,4% adverso a la misma.

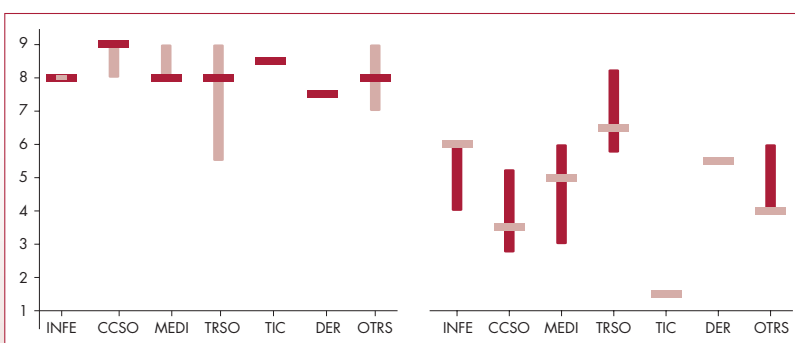
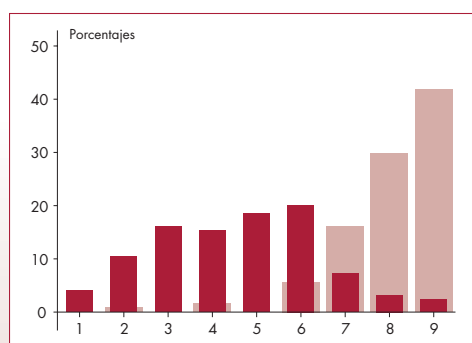
P21. Conocimiento del desempeño y resultados de profesionales, departamentos y equipos



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	7,75	3
P75/P25	1,16	2
SOF	2	1

Patrón de respuesta parecido al anterior con claro distanciamiento entre una nítida mayoría adherida a la propuesta (96,1%), frente a la mitad de los panelistas manteniendo un pronóstico de escasa credibilidad y un 28,45% favorable al escenario planteado.

P22. Monitorización de la productividad y la eficiencia



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	7	3
P75/P25	1,29	2
SOF	5	3

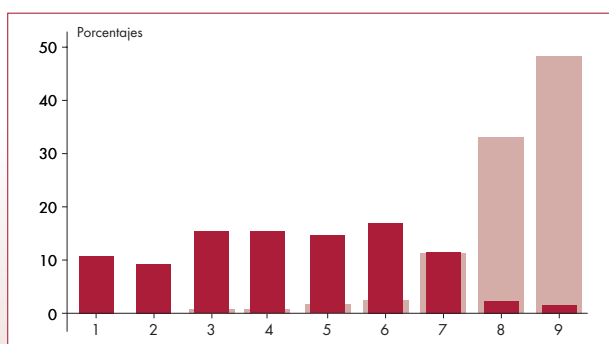
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	9	9	9	-	-	9
P50	8	9	8	8	8,5	7,5	8
P25	8	8	8	5,5	-	-	7
P75/P25	1	1,13	1,13	1,64	-	-	1,29

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	5,25	6	8,25	-	-	6
P50	6	3,5	5	6,5	1,5	5,5	4
P25	4	2,75	3	5,75	-	-	4
P75/P25	1,5	1,91	2	1,43	-	-	1,5

Similar despliegue dispar de deseos y pronósticos, con un 93% que desea el acceso al conocimiento de la productividad y eficiencia de la oferta asistencial y un pronóstico congruente, aunque moderado, del 33,5% de los panelistas. En cambio, un 44,6% da crédito a un pronóstico adverso.

Aunque con un rango discreto, destaca la dispersión correspondiente a la puntuación favorable del deseo por parte del subgrupo de trabajadores sociales. En las distribuciones de pronóstico destacan las posiciones de los profesionales de las ciencias sociales –centradas en el pronóstico adverso– y del trabajo social más optimistas.

P23. Conocimiento de la variabilidad territorial de la práctica clínica injustificada



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	2	2

Al evidente deseo de apoyo a la prioridad sugerida (94%) le corresponde un pronóstico dividido con la mitad de los panelistas que no le otorga credibilidad frente a un 33,8% a su favor.

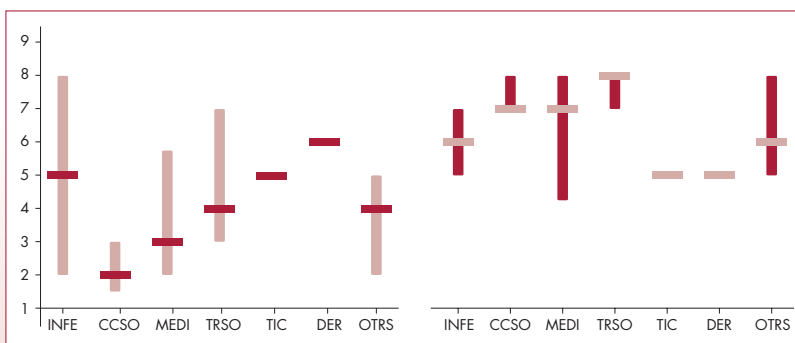
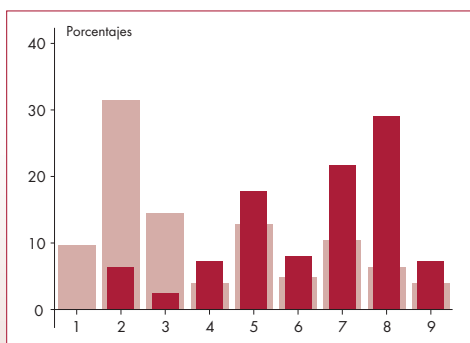
4.3.3. Resistencias

La naturaleza disruptiva de la liberación y reutilización de datos sanitarios puede concitar resistencias en diversos colectivos implicados en la generación de datos de acceso abierto.

Expresar su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años.

¿Cuáles serán, en su opinión, las barreras más persistentes?

P24. El recelo profesional al acceso público a su desempeño y resultados



General	Deseo	Pronóstico
P75	6	8
MED	3	7
P25	2	5
P75/P25	3	1,6
SOF	2	0

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	3	5,75	7	-	-	5
P50	5	2	3	4	5	6	4
P25	2	1,5	2	3	-	-	2
P75/P25	4	2	2,88	2,33	-	-	2,5

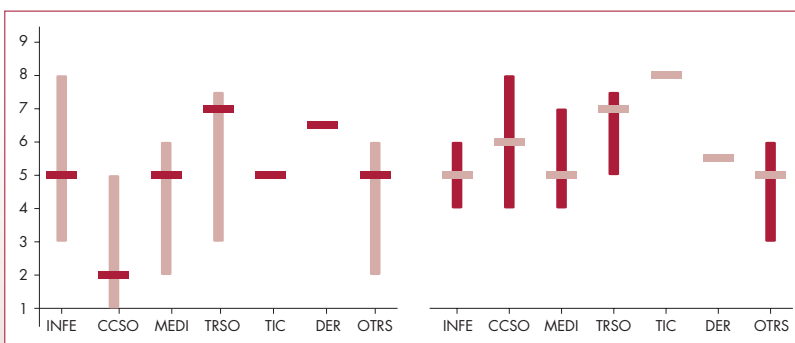
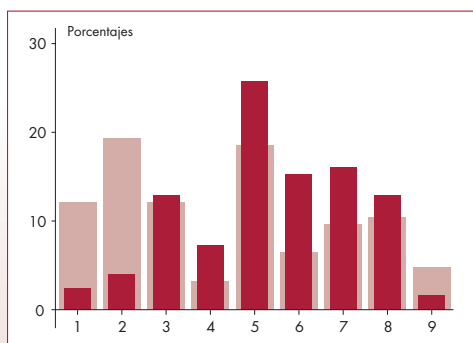
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	8	8	8	-	-	8
P50	6	7	7	8	5	5	6
P25	5	7	4,25	7	-	-	5
P75/P25	1,4	1,14	1,88	1,14	-	-	1,6

Algo más de la mitad de los panelistas (58%) rechaza la supuesta resistencia de los profesionales a la apertura de los datos sobre su desempeño, frente a un pronóstico del 66,9% de quienes la creen verosímil.

Las distribuciones de los subgrupos muestran una excepcional variedad de pautas de dispersión de opiniones en la formulación del deseo, destacando la dispersión de los profesionales de enfermería seguida de las de los médicos y de los trabajadores sociales.

Destaca, asimismo, el inequívoco pronóstico favorable al recelo de los profesionales como barrera por parte de los especialistas de las ciencias sociales y del grupo de trabajadores sociales en contraste con la variabilidad de las puntuaciones pronósticas del subgrupo de profesionales médicos.

P25. Los riesgos reales de la desatención de los procedimientos de anonimización y desidentificación de datos médicos



General	Deseo	Pronóstico
P75	7	7
MED	5	5
P25	2	4
P75/P25	3,5	1,75
SOF	4	2

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	5	6	7,5	-	-	6
P50	5	2	5	7	5	6,5	5
P25	3	1	2	3	-	-	2
P75/P25	2,67	5	3	2,5	-	-	3

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	8	7	7,5	-	-	6
P50	5	6	5	7	8	5,5	5
P25	4	4	4	5	-	-	3
P75/P25	1,5	2	1,75	1,5	-	-	2

Solapamiento de las distribuciones de deseos y de pronósticos, compartiendo ambas una misma proporción de panelistas (46%) que no identifican el acceso a los datos personales como barrera, aunque pronostican resistencias debido a la insuficiente atención –o deficiencias– en los procedimientos de anonimización de datos clínicos personales. La magnitud de la incertidumbre en el pronóstico (24,6%) se cuenta entre las mayores registradas en la consulta.

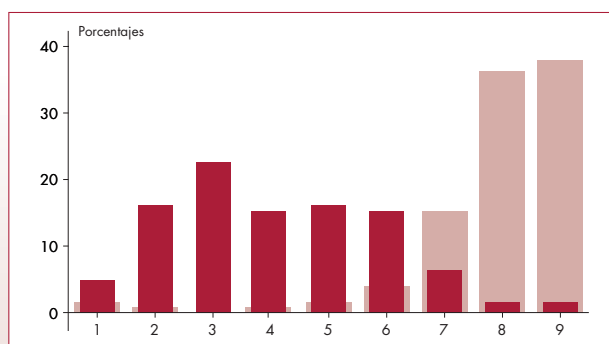
Las mayores disparidades y opiniones extremas de los subgrupos corresponden a la manifestación de deseos de enfermería y de los profesionales del trabajo social, seguidos de cerca por los médicos y los profesionales de las ciencias sociales. En la expresión de pronósticos, la mayor distancia entre posiciones corresponde a los componentes del subgrupo de especialistas en ciencias sociales.

4.3.4. Sistemas de información

La inadecuación de los sistemas de información a las necesidades de análisis estratégico, evaluación y gestión operativa del Sistema Nacional de Salud supone elevados costes sociales en términos de desvertebración interterritorial e insuficiente interoperatividad sectorial y calidad de la visión anticipativa.

Expresar su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

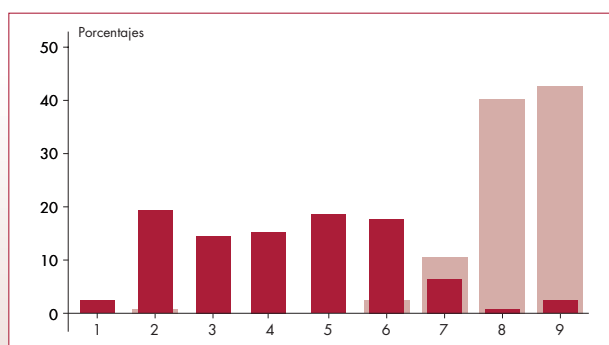
P26. La conectividad entre los sistemas de información autonómicos contribuirá a consolidar la descentralización con la gestión coordinada del conjunto del Sistema Nacional de Salud



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5,75
MED	8	4
P25	7,75	3
P75/P25	1,16	1,92
SOF	2	0

Disparidad entre un fuerte deseo compartido por los panelistas (93%) y un pronóstico de desconfianza (57,7%), asociado a un parco 26,1% favorable a la propuesta.

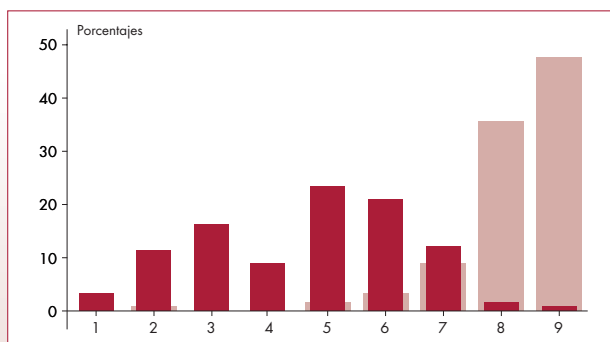
P27. Se implantarán sistemas de información y registros interoperativos e integradores de la actividad asistencial y de los servicios de salud pública, comunitarios y de alcance poblacional



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	4	3

Los panelistas manifiestan un deseo altamente consensuado favorable al enunciado (95,3%) en oposición a la mitad de los consultados que no cree en la verosimilitud del enunciado, con un 17,7% en posiciones de incertidumbre.

P28. Se establecerán legalmente los requisitos y funcionalidades mínimos que han de concurrir en cualquier sistema de información sanitario público o privado y se garantizará su libre acceso, fiabilidad, confidencialidad y calidad



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	3	2

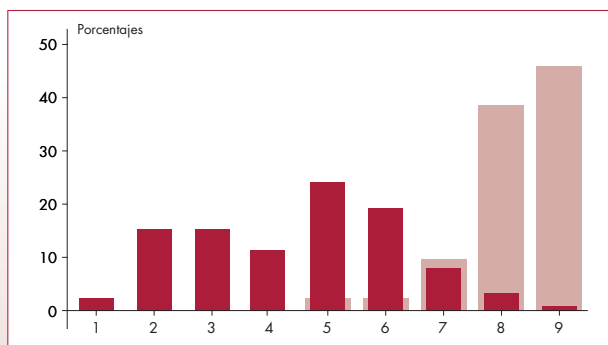
A un indiscutible deseo favorable (94,6%) se contraponen una predicción pronóstica dividida: un 38,5% se alinea con la unanimidad del deseo, un 36,9% manifiesta incredulidad acerca de la realización del escenario propuesto y un 22,3% de los panelistas se sitúa en posiciones indecisas.

4.3.5. Centralidad del usuario

La salvaguarda, por parte del sistema sanitario, del respeto, la autodeterminación y la dignidad de los ciudadanos por encima de las inercias burocráticas, rutinas profesionales y conveniencias injustificables constituye un principio irrenunciable para la regeneración del Sistema Nacional de Salud.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

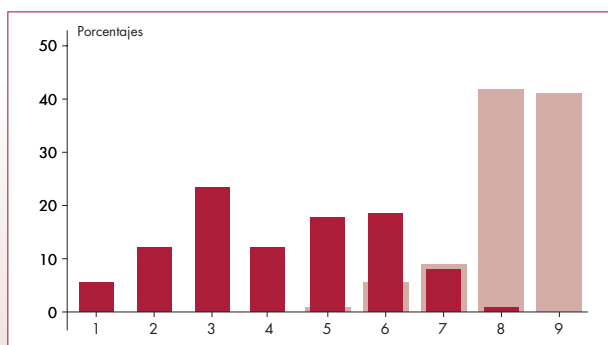
P29. Los usuarios de la sanidad pública ejercerán sin limitaciones su autonomía y su derecho a decidir con información solvente, comprensible y actualizada en relación con su condición, opciones de intervención y consecuencias y riesgos probados



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	1	0

Pronósticos fraccionados: el 42,3% de los panelistas se muestra contrario al enunciado del escenario propuesto, un 33,8% favorable al mismo y un 23,8% en la incertidumbre. Esta distribución contrasta con la total identificación del deseo del panel con el ejercicio de la autonomía informada del usuario, 96,1%.

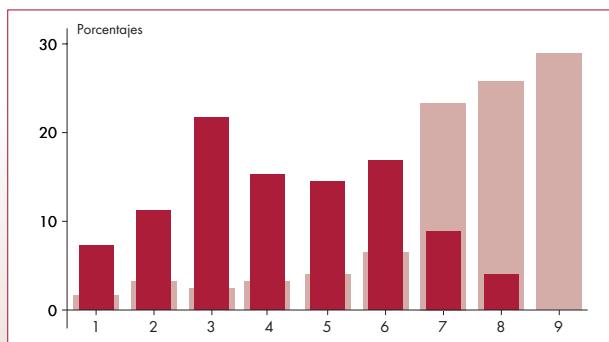
P30. La notificación de la experiencia asistencial y valoración de sus resultados por los usuarios formará parte de la información obligatoria y abierta a efectos de rendición de cuentas, competencia comparativa y humanización asistencial



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	2	2

Afirmación rotunda del deseo de la apertura a la percepción y valoración de las experiencias y resultados asistenciales, por parte de los usuarios, como parámetro de evaluación comparativa de los proveedores asistenciales (96,9%). Por el contrario, la mitad de los panelistas profesa un pronóstico desfavorable frente a un discreto 28,4% de panelistas menos escépticos.

P31. Se garantizará a los usuarios de la sanidad pública su representación en los órganos de gobierno de los centros asistenciales y en sus procesos de decisión



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	7	3
P75/P25	1,29	2
SOF	1	0

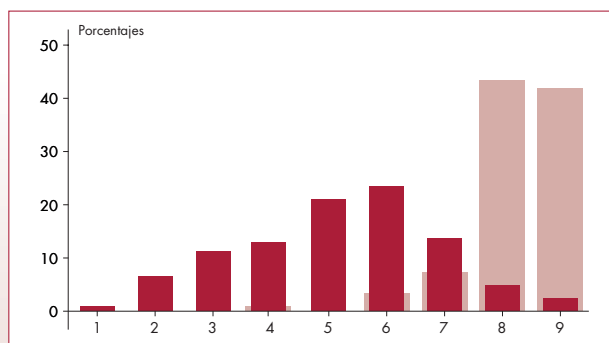
Visión poco confiada, con un 53% de consultados que comparten un pronóstico negativo a la participación real y efectiva de los usuarios de la sanidad pública en los órganos de gobierno, frente al firme deseo favorable del conjunto del panel, que alcanza un 83,8%.

4.4. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

4.4.1. Atención primaria y especializada

Expresar su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

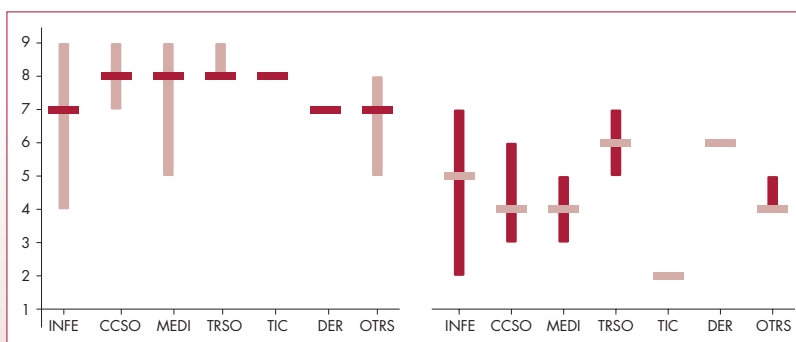
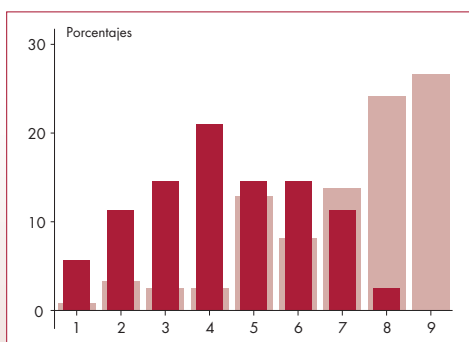
P32. La articulación de la atención especializada y la atención primaria se ajustará a la prevención y a la complejidad de las necesidades sociales y sanitarias estratificadas de pacientes crónicos y con multimorbilidad



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	8	4
P75/P25	1,13	1,5
SOF	4	4

Coherencia entre el deseo favorable, claramente mayoritario, al escenario planteado (95%), en correspondencia con un 45% de pronósticos asimismo favorables. No obstante, un 30,7% de panelistas desconfía del escenario propuesto.

P33. En las plantas de hospitalización se introducirá la figura del médico generalista (*hospitalist*) responsable de la continuidad asistencial de los pacientes ingresados



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	6	3
P75/P25	1,5	2
SOF	7	6

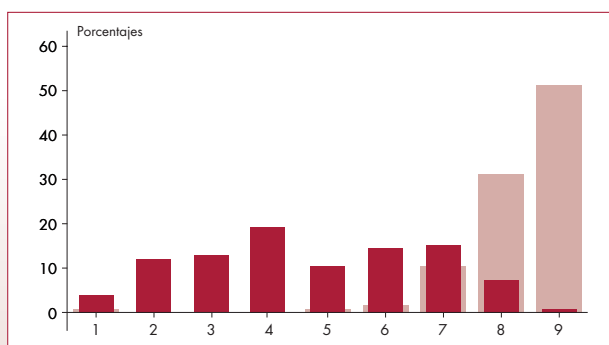
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	9	9	9	-	-	8
P50	7	8	8	8	8	7	7
P25	4	7	5	8	-	-	5
P75/P25	2,25	1,29	1,8	1,13	-	-	1,6

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	6	5	7	-	-	5
P50	5	4	4	6	2	6	4
P25	2	3	3	5	-	-	4
P75/P25	3,5	2	1,67	1,4	-	-	1,25

Ante el deseo mayoritario (73%) de incorporar médicos generalistas al equipo de planta para potenciar la continuidad asistencial, destaca la bipolaridad de un pronóstico adverso por parte de la mitad de los panelistas, y discretamente favorable para un 28,4%.

Aunque a favor del deseo general mayoritario, los subgrupos de enfermería y de médicos revelan mayor pluralidad de posicionamientos individuales que el resto de subgrupos. Los componentes del colectivo de enfermería también muestran la mayor variabilidad de posiciones en el pronóstico, a diferencia de las distribuciones más compactas, correspondientes a los profesionales de las ciencias sociales, a los médicos y a los trabajadores sociales.

P34. Se evitará insistir en la apertura de hospitales de tamaño y oferta asistencial disfuncional y localización subóptima



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	9	4,5
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	4	4

Ante un concluyente deseo favorable a la propuesta (94,7%), un 37,9% manifiesta un pronóstico afín, aunque cerca de la mitad de los consultados no cree que la propuesta prospere.

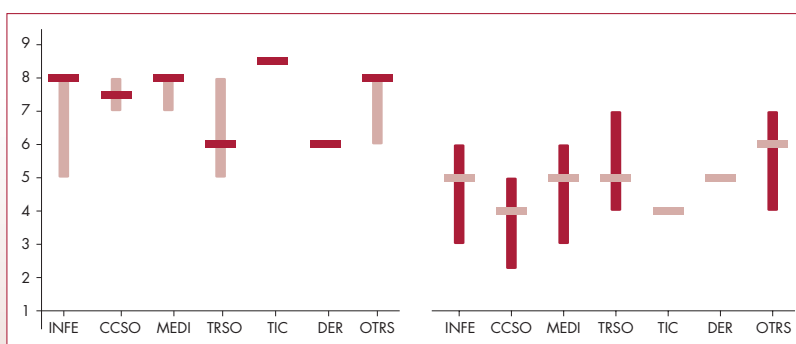
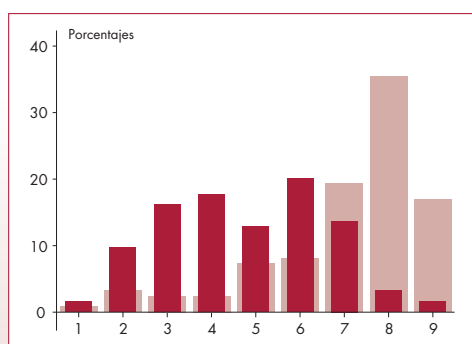
4.4.2. Salud pública

La contribución preventiva, educativa y promotora de comportamientos saludables de la salud pública se resuelve en ganancias de salud poblacional y disminución de los costes asociados a la prevalencia de factores comunes de riesgo como el tabaquismo, drogadicción, hipertensión, hiperlipidemia, hiperglucemia y obesidad, entre otros.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años.

Se priorizará la legislación de actuaciones de disuasión preventiva de actividades industriales generadoras de enfermedades e intervenciones potencialmente iatrogénicas:

P35. Reduciendo, por medio de tasas o restricciones de comercialización, la accesibilidad a servicios y productos



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	6
MED	8	5
P25	6	3
P75/P25	1,33	2
SOF	5	4

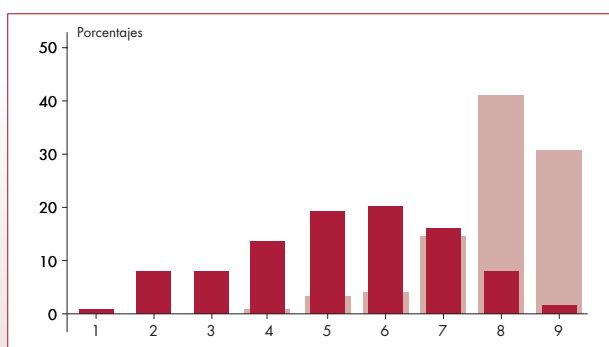
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	8	8	8	-	-	8
P50	8	7,5	8	6	8,5	6	8
P25	5	7	7	5	-	-	6
P75/P25	1,6	1,14	1,14	1,6	-	-	1,33

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	5	6	7	-	-	7
P50	5	4	5	5	4	5	6
P25	3	2,25	3	4	-	-	4
P75/P25	2	2,22	2	1,75	-	-	1,75

El panel expresa un mayoritario deseo (79,9%) acorde con el escenario propuesto –con alguna reserva (13%)–, frente a un pronóstico escindido, en parte favorable a las medidas restrictivas (38,74%), y en parte manteniendo predicciones contrarias a la medida (44,6%).

Encabezan una moderada dispersión de posiciones en la formulación del deseo los subgrupos de enfermería y de trabajo social, mientras todos los subgrupos sin excepción comparten una parecida dispersión en el pronóstico.

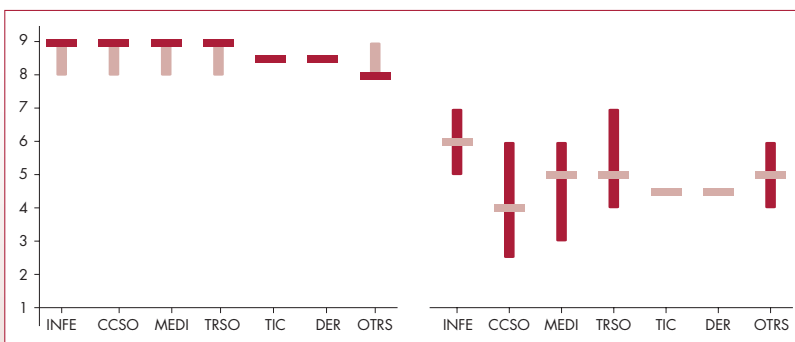
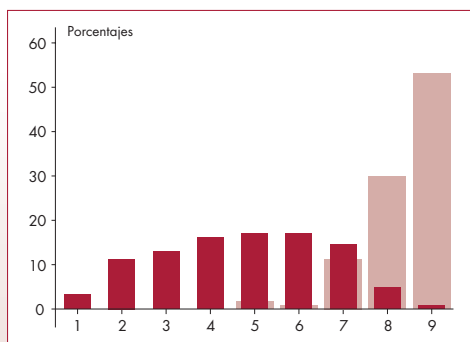
P36. Intensificando la cooperación con los medios de comunicación y las redes sociales en la difusión del conocimiento de las intervenciones y tratamientos *do not do* y opciones desaconsejables



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
MED	8	5
P25	8	4
P75/P25	1,13	1,75
SOF	7	5

Los panelistas coinciden en sus deseos favorables al escenario propuesto (90%), con un 45,1% de pronósticos alineados con esta postura, en oposición al 30,7% de quienes sostienen pronósticos adversos.

P37. Promoviendo intervenciones transversales en programas de política social: pobreza infantil, exclusión social, fracaso educativo, condiciones asociadas al paro y la pauperización...



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	9	5
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	4	3

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	9	9	9	-	-	9
P50	9	9	9	9	8,5	8,5	8
P25	8	8	8	8	-	-	8
P75/P25	1,13	1,13	1,13	1,13	-	-	1,13

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	6	6	7	-	-	6
P50	6	4	5	5	4,5	4,5	5
P25	5	2,5	3	4	-	-	4
P75/P25	1,4	2,4	2	1,75	-	-	1,5

Visión pronóstica escindida –43% de posiciones a favor y 37,6% en contra– ante una consistente adherencia del deseo del panel a la propuesta de transversalidad intersectorial (94,6%).

Frente a la predicción pronóstica cohesionada del subgrupo de enfermería, los profesionales de las ciencias sociales muestran una dispersión ligeramente mayor que los médicos y los trabajadores sociales.

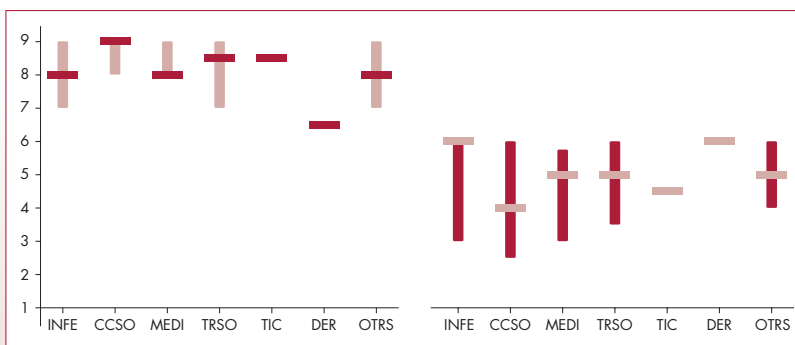
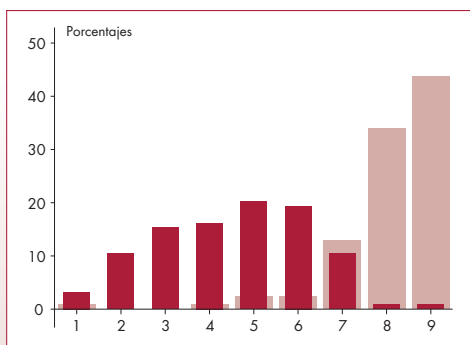
4.4.3. Farmacia

El actual sistema de autorización, cobertura y financiación “binario” –autorización o no autorización– muestra sus limitaciones en relación con la tendencia internacional a adaptar la regulación de la prestación farmacéutica a la acelerada evolución de la base científica del desarrollo de nuevos medicamentos. Y especialmente a la distinta respuesta por parte de una población tratable estratificada por grupos de pacientes.

Tampoco se contempla adecuadamente la correspondiente inadecuación de los instrumentos convencionales de obtención de evidencia evaluativa y la necesidad de monitorización continua de las innovaciones en el “mundo real”.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P38. La fijación de precios de las nuevas tecnologías se establecerá en función de su valor añadido –incremental respecto a las disponibles– y se adaptará a la obtención de nueva evidencia sobre su efectividad, seguridad y evolución de su adopción y utilización



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	4	4

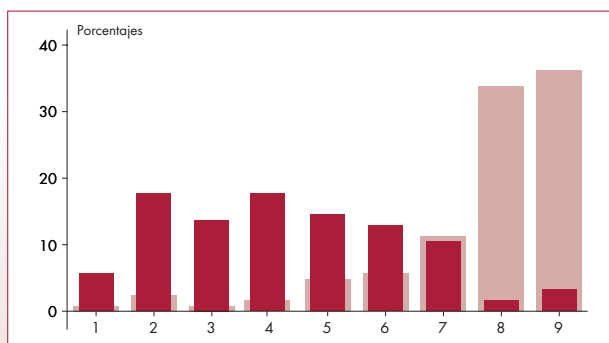
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	9	9	9	-	-	9
P50	8	9	8	8,5	8,5	6,5	8
P25	7	8	8	7	-	-	7
P75/P25	1,29	1,13	1,13	1,29	-	-	1,29

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	6	5,75	6	-	-	6
P50	6	4	5	5	4,5	6	5
P25	3	2,5	3	3,5	-	-	4
P75/P25	2	2,4	1,92	1,71	-	-	1,5

Pronóstico seccionado: 44,6% adverso y 32,3% favorable al escenario propuesto, frente a un sólido consenso en el deseo de su consecución (92,3%).

Los subgrupos corroboran la bipolaridad del pronóstico general del panel con dispersiones en el pronóstico encabezadas por las correspondientes a los profesionales de enfermería y de las ciencias sociales.

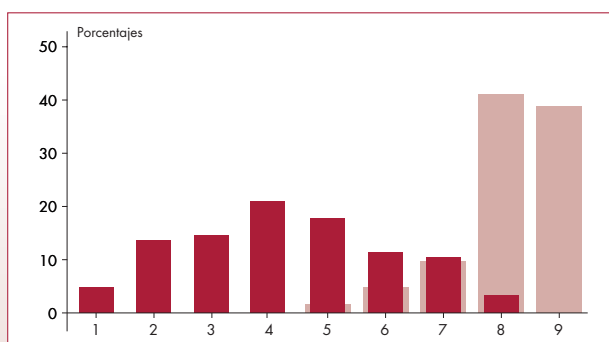
P39. La inclusión en la financiación pública de un nuevo fármaco supondrá la revisión o exclusión de la financiación de alternativas de menor valor relativo



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	7	3
P75/P25	1,29	2
SOF	3	3

Discrepancia entre más de la mitad de los panelistas (57,9%) con pronóstico opuesto al escenario sugerido y un 86,9% que comparte un deseo favorable a su realización.

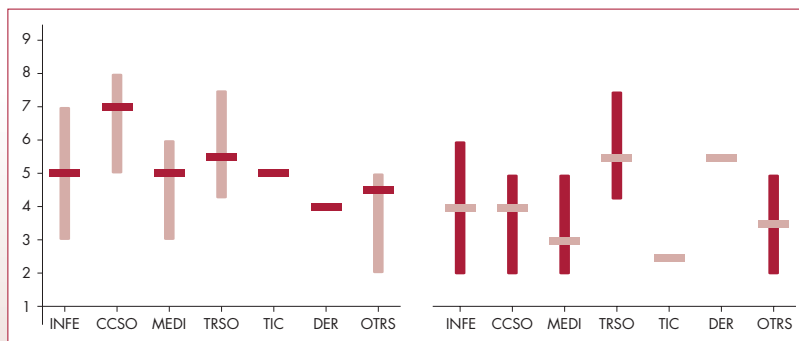
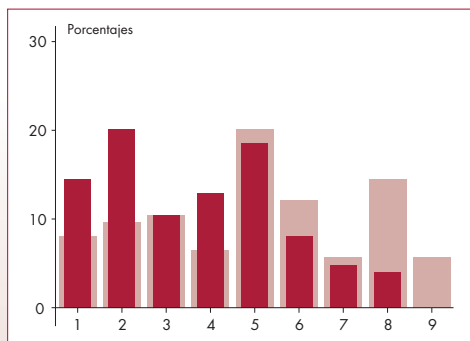
P40. El Sistema Nacional de Salud monitorizará los resultados en la práctica clínica real de los fármacos gracias al desarrollo de sistemas de información y de estudios comparativos, ensayos pragmáticos y nuevos diseños independientes



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	8	3
P75/P25	1,13	2
SOF	5	4

El deseo mayoritario de evaluación postautorización de las innovaciones farmacéuticas en la práctica clínica real (93%) contrasta con una mitad que expresa poca confianza en su realización y una cuarta parte con pronóstico favorable.

P41. Se establecerá un sistema de precios libres con traslado de la decisión de reembolso a las comunidades autónomas



General	Deseo	Pronóstico
P75	7	5
MED	5	4
P25	3	2
P75/P25	2,33	2,5
SOF	9	8

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	8	6	7,5	-	-	5
P50	5	7	5	5,5	5	4	4,5
P25	3	5	3	4,25	-	-	2
P75/P25	2,33	1,6	2	1,76	-	-	2,5

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	5	5	7,5	-	-	5
P50	4	4	3	5,5	2,5	5,5	3,5
P25	2	2	2	4,25	-	-	2
P75/P25	3	2,5	2,5	1,76	-	-	2,5

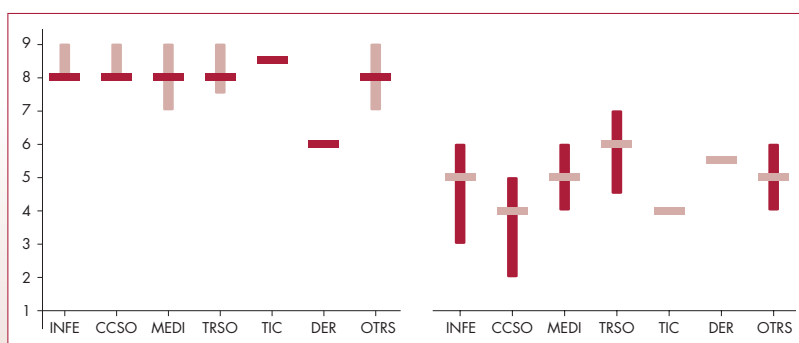
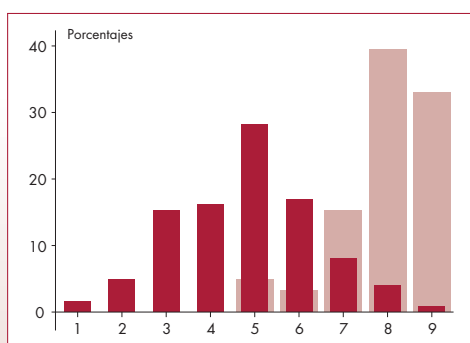
Respuesta con alto grado de controversia y con una significativa cifra de panelistas sin opinión formada (SOF: 9 en el deseo y 8 en el pronóstico).

Las distribuciones de deseo y pronóstico y sus respectivas dispersiones de opinión muestran un pronunciado solapamiento. Los consultados manifiestan de manera polarizada deseos favorables (36,9%) y opuestos (36,1%) a la propuesta de liberación de precios. El pronóstico, por su parte, se divide asimismo entre una mayoría que respalda un pronóstico descreído con la propuesta (58,4%), un escaso 16,6% a su favor y un 18,4% en posiciones de incertidumbre.

Las distribuciones de los subgrupos reflejan sin excepción la predicción poco concluyente del conjunto del panel, destacando el colectivo de enfermería que encabeza tanto el rango de las dispersiones de deseo como de las de pronóstico.

En los próximos cinco años, de mantenerse el actual sistema de regulación de la acreditación, cobertura y reembolso de los medicamentos de financiación pública, ¿qué desea y qué espera que realmente mejore?

P42. La desinversión en medicamentos cuyo valor terapéutico sea menor que el de los financiados



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	8	4
P75/P25	1,13	1,5
SOF	5	5

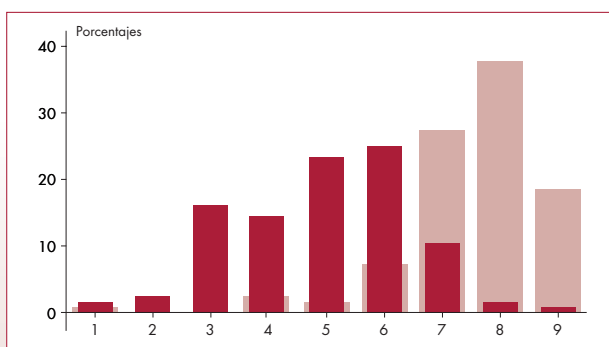
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	9	9	9	-	-	9
P50	8	8	8	8	8,5	6	8
P25	8	8	7	7,5	-	-	7
P75/P25	1,13	1,13	1,29	1,2	-	-	1,29

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	5	6	7	-	-	6
P50	5	4,5	5	6	4	5,5	5
P25	3	3	4	4,5	-	-	4
P75/P25	2	1,67	1,5	1,56	-	-	1,5

Con una de las mayores proporciones de incertidumbre (27,6%) del informe la consulta revela un pronóstico dividido entre un 30% esperanzado y un 37,6% de escasa verosimilitud. El deseo colectivo, por su parte, muestra una consistente mayoría favorable a la desinversión (90,7%).

Los subgrupos de enfermería y los profesionales de las ciencias sociales muestran dispersiones de opinión pronóstica moderadas, aunque más destacadas en contraste con el posicionamiento más compacto de los médicos y los trabajadores sociales.

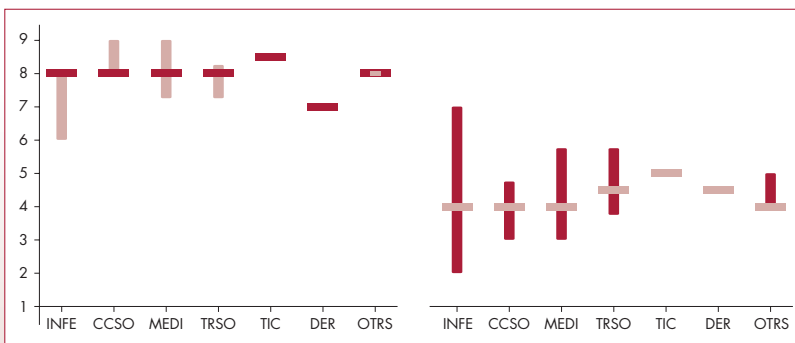
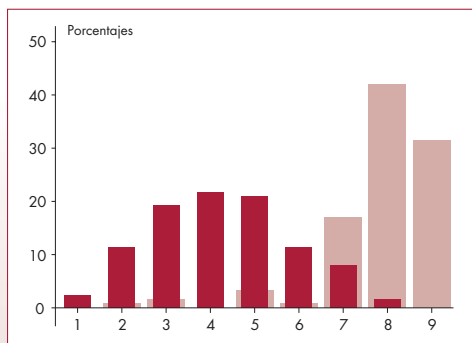
P43. La previsibilidad de la cobertura y financiación pública de nuevos productos



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	6
MED	8	5
P25	7	4
P75/P25	1,14	1,5
SOF	5	5

Patrón de respuesta semejante al anterior, con un masivo deseo de mejora de la previsibilidad de la autorización y financiación de nuevos fármacos, 89,9%, asociado a un pronóstico dividido: un 38,4% de panelistas lo cree realizable, un 34,6% no lo cree y un 22,3% se muestra indeciso.

P44. La alineación congruente y sinérgica entre la responsabilidad regulatoria del Gobierno central y el gasto descentralizado a cargo de las comunidades autónomas



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	8	3
P75/P25	1,13	1,67
SOF	4	4

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	9	9	8,25	-	-	8
P50	8	8	8	8	8,5	7	8
P25	6	8	7,25	7,25	-	-	8
P75/P25	1,33	1,13	1,24	1,14	-	-	1

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	4,75	5,75	5,75	-	-	5
P50	4	4	4	4,5	5	4,5	4
P25	2	3	3	3,75	-	-	4
P75/P25	3,5	1,58	1,92	1,53	-	-	1,25

Más de la mitad de los consultados muestra un pronóstico descreído con la posibilidad de mejora, con un 20,3% de posiciones inciertas, en contraste con un inequívoco deseo (90,7%) de mejoras sinérgicas entre la regulación central y los procedimientos de adquisición, acceso y financiación de las comunidades autónomas.

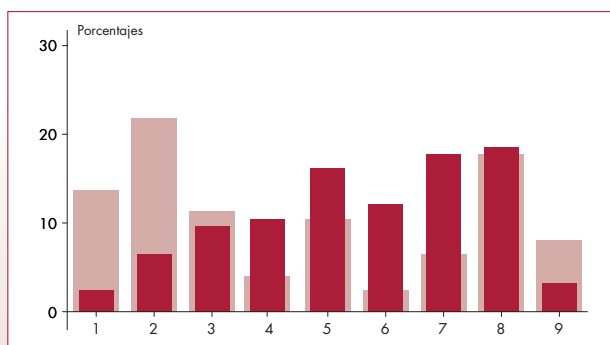
En la comparación del posicionamiento predictivo de los subgrupos destaca claramente la dispersión de las valoraciones de los miembros del subgrupo de enfermería.

4.4.4. Profesionalización

En el SNS la función y responsabilidad gestora no es menos crítica que en cualquier organización empresarial pública o privada, e incluso es más compleja por la existencia de reglas ajenas al mundo empresarial: cercanía al ámbito político, ausencia de órganos de gobierno y manejo restringido de instrumentos de gestión debido al encorsetamiento de la Administración pública.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

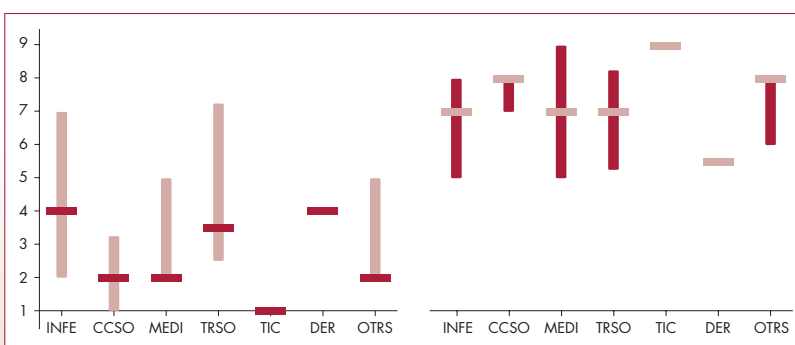
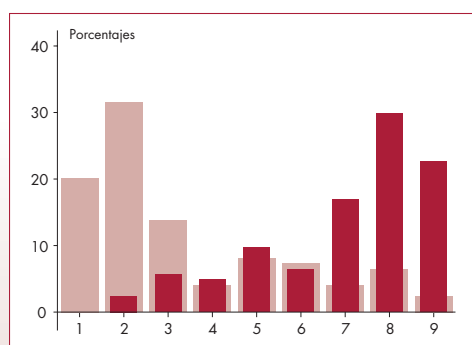
P45. Las probabilidades de que la función y responsabilidad gestora del SNS y sus centros se modernice y flexibilice son bajas



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	7
MED	4	6
P25	2	4
P75/P25	4	1,75
SOF	5	4

Dispersión de opiniones discrepantes en el deseo expresado por los panelistas: la mitad rechaza la visión pesimista planteada y un 35,3% la admite. En el pronóstico predominan quienes vaticinan escasas probabilidades de cambio (52,3%) sobre quienes no comparten tal augurio (27,2%).

P46. Se mantendrá la aversión al riesgo de los responsables políticos



General	Deseo	Pronóstico
P75	5	8
MED	2	8
P25	2	6
P75/P25	2,5	1,33
SOF	3	2

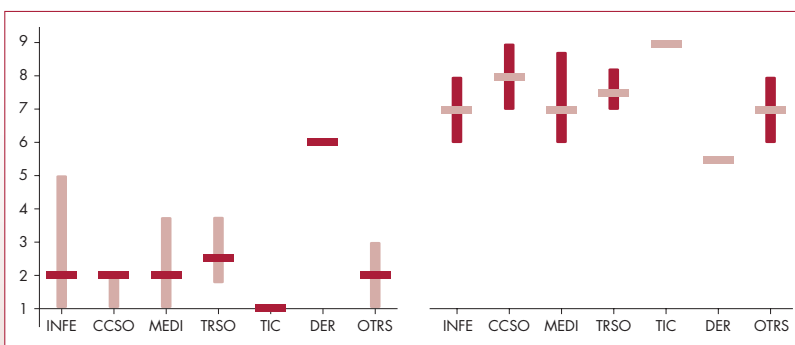
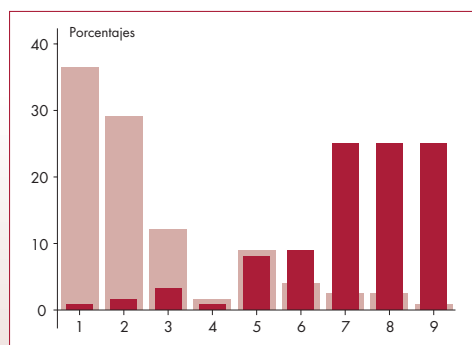
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	3,25	5	7,25	-	-	5
P50	4	2	2	3,5	1	4	2
P25	2	1	2	2,5	-	-	2
P75/P25	3,5	3,25	2,5	2,9	-	-	2,5

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	8	9	8,25	-	-	8
P50	7	8	7	7	9	5,5	8
P25	5	7	5	5,25	-	-	6
P75/P25	1,6	1,14	1,8	1,57	-	-	1,33

Aunque el 66,4% de los panelistas se opone a la supuesta aversión a asumir riesgos por parte de los políticos en los próximos cinco años, un notable 74,4% pronostica la persistencia de tal comportamiento.

Las mayores dispersiones en las posiciones de formulación del deseo corresponden a los subgrupos de enfermería y de trabajo social. En la manifestación de pronósticos destaca la notable dispersión de posiciones de los médicos y, en menor medida, la de los profesionales de enfermería y de los trabajadores sociales.

P47. Persistirá la influencia de aquellas fuerzas sindicales y corporativas que apuestan por el mantenimiento del *statu quo*



General	Deseo	Pronóstico
P75	3	9
MED	2	8
P25	1	7
P75/P25	3	1,29
SOF	3	2

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	5	2	3,75	3,75	-	-	3
P50	2	2	2	2,5	1	6	2
P25	1	1	1	1,75	-	-	1
P75/P25	5	2	3,75	2,14	-	-	3

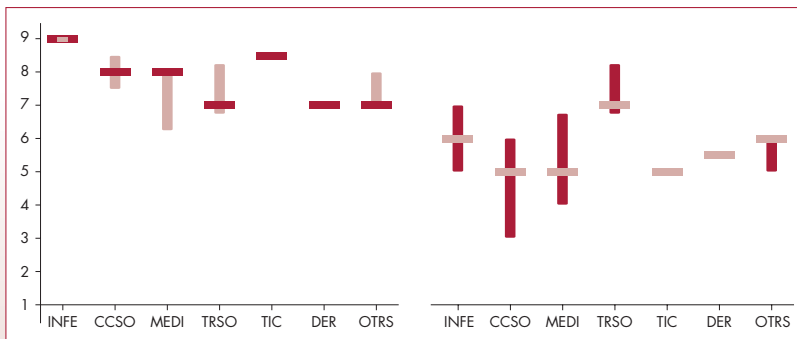
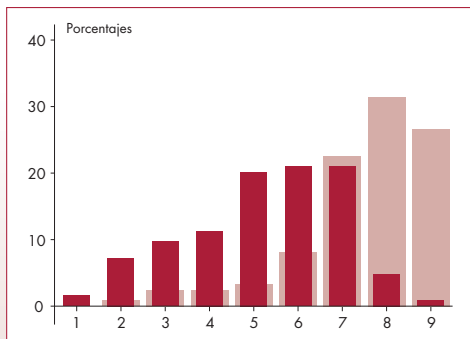
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	9	8,75	8,25	-	-	8
P50	7	8	7	7,5	9	5,5	7
P25	6	7	6	7	-	-	6
P75/P25	1,33	1,29	1,46	1,18	-	-	1,33

Posturas claramente discrepantes entre deseos y pronósticos. Frente a un 79,2% que expresa su rechazo al escenario planteado, una proporción mayor (83,7%) mantiene un taxativo pronóstico de verosimilitud.

La postura de los subgrupos en relación con las posiciones del conjunto del panel confirma la asimetría entre el deseo opuesto al escenario y el pronóstico de su cumplimiento. El colectivo de enfermería muestra la mayor dispersión de posiciones en la formulación de deseo, mientras que los subgrupos comparten el pronóstico general sin dispersión significativa.

En los próximos cinco años, entre los cambios disruptivos favorecedores de una gestión más eficiente se contarán:

P48. La ampliación de las competencias y el establecimiento de un modelo de práctica avanzada de la profesión de enfermería



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	7
MED	8	5
P25	7	4
P75/P25	1,29	1,75
SOF	3	3

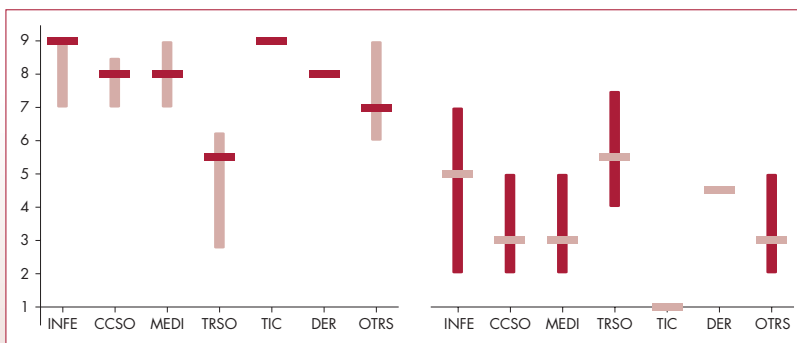
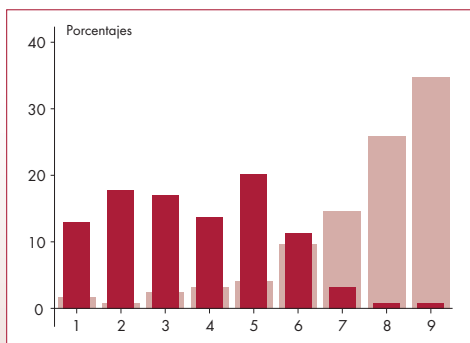
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	8,5	8	8,25	-	-	8
P50	9	8	8	7	8,5	7	7
P25	9	7,5	6,25	6,75	-	-	7
P75/P25	1	1,13	1,28	1,22	-	-	1,14

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	6	6,75	8,25	-	-	6
P50	6	5	5	7	5	5,5	6
P25	5	3	4	6,75	-	-	5
P75/P25	1,4	2	1,69	1,22	-	-	1,2

Convergencia entre la firme manifestación de deseo de implantación de un modelo de competencias y práctica avanzada de enfermería (88,4%) y un pronóstico discretamente favorable a su realización (56,9%), con un 20% de posiciones en torno a la incertidumbre.

Los subgrupos de los profesionales de las ciencias sociales y de médicos presentan una ligeramente mayor variabilidad en las puntuaciones pronósticas de sus miembros.

P49. La desfuncionarización y el establecimiento de la relación laboral común para el personal del Sistema Nacional de Salud



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	7	2
P75/P25	1,29	2,5
SOF	4	4

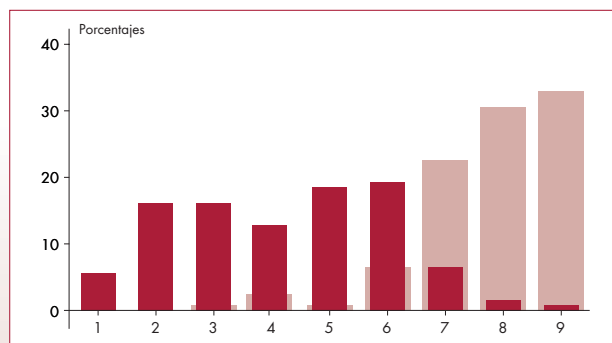
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	8,5	9	6,25	-	-	9
P50	9	8	8	5,5	9	8	7
P25	7	7	7	2,75	-	-	6
P75/P25	1,29	1,21	1,29	2,27	-	-	1,5

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	7	5	5	7,5	-	-	5
P50	5	3	3	5,5	1	4,5	3
P25	2	2	2	4	-	-	2
P75/P25	3,5	2,5	2,5	1,88	-	-	2,5

Significativo consenso de los panelistas en su inequívoco deseo de desfuncionarización (93,8%), frente a una mayoritaria proporción (62,3%) de quienes no creen que vaya a tener lugar.

Mientras el subgrupo de trabajo social muestra una singular dispersión en la formulación colectiva de deseo, el subgrupo de enfermería destaca por la disparidad en las opiniones pronósticas de sus miembros. Los médicos y los profesionales de las ciencias sociales mantienen un pronóstico marcadamente adverso al establecimiento de una vinculación de régimen laboral común.

P50. La generalización de esquemas de retribución variable por resultados

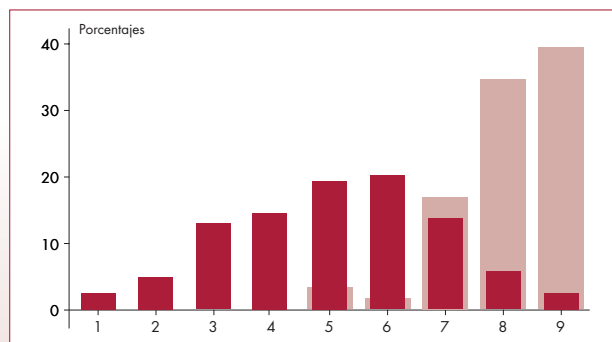


General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	7	3
P75/P25	1,29	2
SOF	4	3

Un 52,3% de los panelistas no confían en que tenga lugar lo propuesto por el escenario, con un 17,6% de pronósticos inciertos, frente al firme deseo contrario (92,3%).

En los próximos cinco años, para mejorar la función directiva se valorarán las siguientes capacidades gestoras:

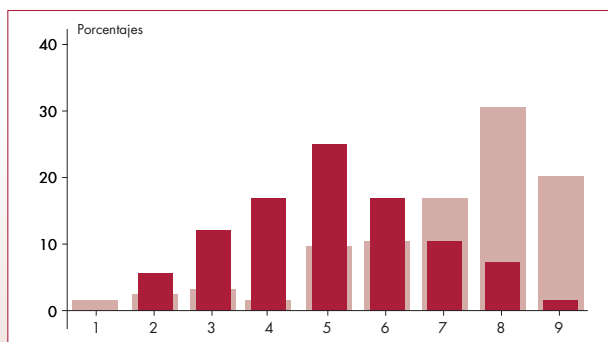
P51. Capacidad para tejer alianzas estratégicas entre centros



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	8	4
P75/P25	1,13	1,5
SOF	5	5

Plena adhesión de los consultados a la propuesta de valoración preferente de la capacidad de establecer alianzas estratégicas (92,3%) en congruencia con un pronóstico ligeramente favorable (41,5%) y frente a un 34,6% de predicciones contrarias.

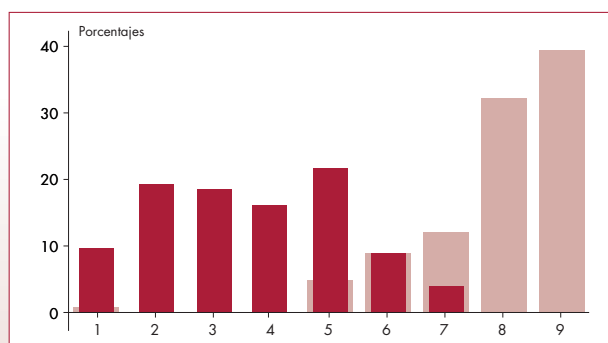
P52. Capacidad para impulsar modelos de integración vertical



General	Deseo	Pronóstico
P75	8	6
MED	8	5
P25	6	4
P75/P25	1,33	1,5
SOF	4	5

Ante una proporción del 78,4% que comparte el deseo de priorización del escenario propuesto, el pronóstico se muestra escindido entre posiciones favorables (36,9%) frente a un 34,6% adverso y una destacable manifestación de incertidumbre (23,8%).

P53. Capacidad para ajustar la cartera de servicios a las necesidades sanitarias del ámbito local, sin interferencias políticas



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	5
MED	8	4
P25	7	2
P75/P25	1,29	2,5
SOF	2	2

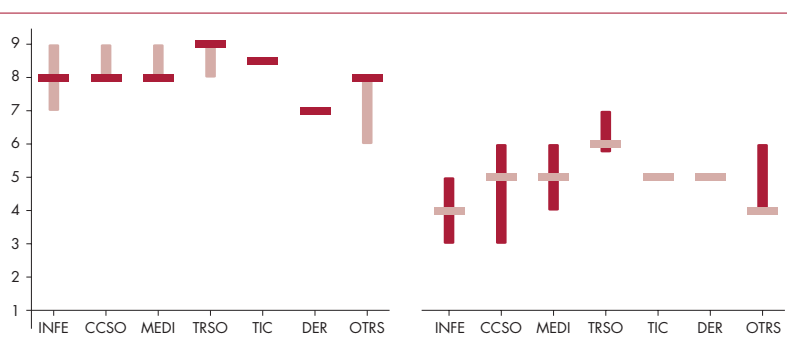
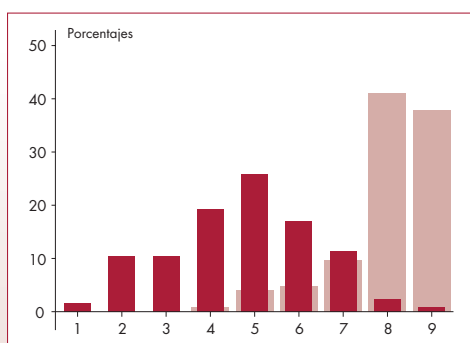
Disparidad entre un sólido consenso en el deseo de autonomía gestora para ajustar la cartera de servicios a las necesidades de la población asistida (92,3%) y un pronóstico mayoritario de escasa verosimilitud (62,3%), asociado a notables posiciones de indeterminación (20,7%).

4.4.5. Colaboración público-privada

Durante la crisis experimentada por el SNS, han emergido movimientos que cuestionan esa colaboración y fuerzas políticas que incluyen en sus programas la supresión de toda o parte de la colaboración público-privada existente.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P54. El mantenimiento de la colaboración público-privada (PPP) en el ámbito de la sanidad pública requerirá un escrutinio riguroso, abierto y accesible al público de la relevancia de la colaboración y de las contrapartidas asumidas por la Administración por su aportación de valor y resultados



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	5
P25	8	4
P75/P25	1,13	1,5
SOF	2	1

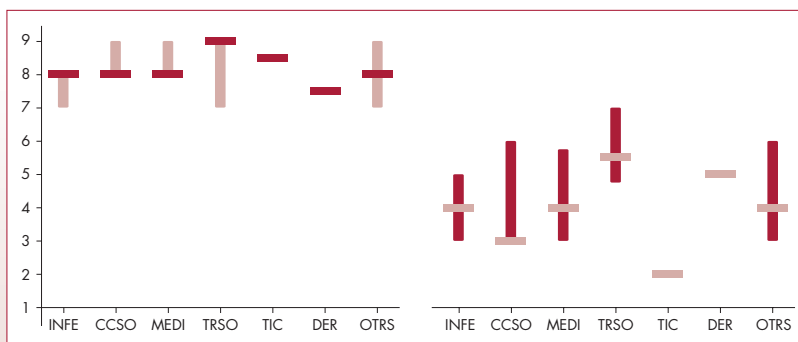
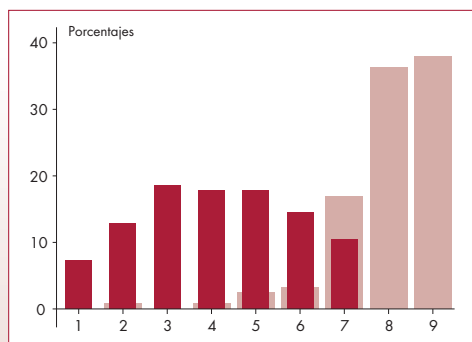
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	9	9	9	9	-	-	8
P50	8	8	8	9	8,5	7	8
P25	7	8	8	8	-	-	6
P75/P25	1,29	1,13	1,13	1,13	-	-	1,33

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	5	6	6	7	-	-	6
P50	4	5	5	6	5	5	4
P25	3	3	4	5,75	-	-	4
P75/P25	1,67	2	1,5	1,22	-	-	1,5

Plena coincidencia en el deseo del grupo a favor del escenario sugerido (90%), con fragmentación del pronóstico: un 41,5% adverso, un 31,5% que concede alguna verosimilitud y una importante proporción de incertidumbre (26%).

La posición de los subgrupos manifiesta congruencia con la del conjunto del panel.

P55. Se dará acceso ciudadano de manera transparente a las distintas modalidades y contratos en vigor de colaboración público-privada y a la correspondiente información comparativa sobre su eficiencia, seguridad, valoración de los usuarios, resultados y rendición de cuentas



General	Deseo	Pronóstico
P75	9	6
MED	8	4
P25	7,75	3
P75/P25	1,16	2
SOF	2	1

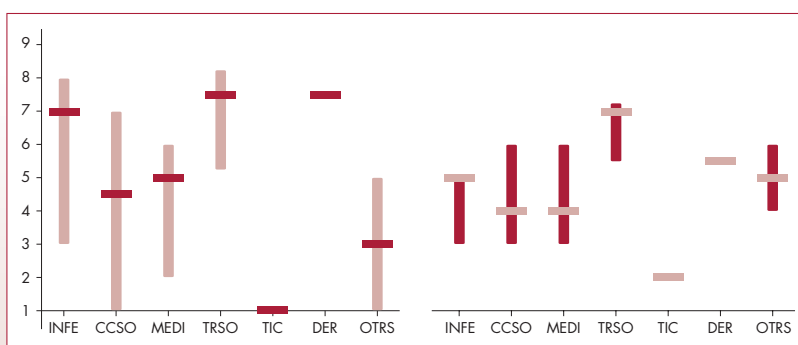
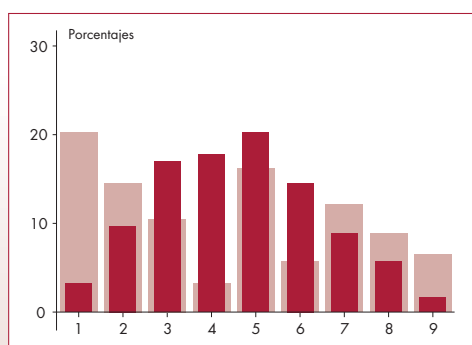
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	9	9	9	-	-	9
P50	8	8	8	9	8,5	7,5	8
P25	7	8	8	7	-	-	7
P75/P25	1,14	1,13	1,13	1,29	-	-	1,29

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	5	6	5,75	7	-	-	6
P50	4	3	4	5,5	2	5	4
P25	3	3	3	4,75	-	-	3
P75/P25	1,67	2	1,92	1,47	-	-	2

Más de la mitad de los participantes (55,3%) descarta la verosimilitud pronóstica de la propuesta. Solo un 25,3% la cree posible, en concordancia con un 93,85% coincidente en el deseo de su consecución.

La dispersión de las distribuciones de los subgrupos refrenda la configuración predictiva del panel en su conjunto.

P56. La contestación de los modelos colaborativos entre el sector sanitario público y el privado será irreversible, y a medio plazo significará la desaparición de cualquier forma de colaboración, incluido el modelo Muface



General	Deseo	Pronóstico
P75	7	6
MED	5	5
P25	2	3
P75/P25	3,5	2
SOF	3	2

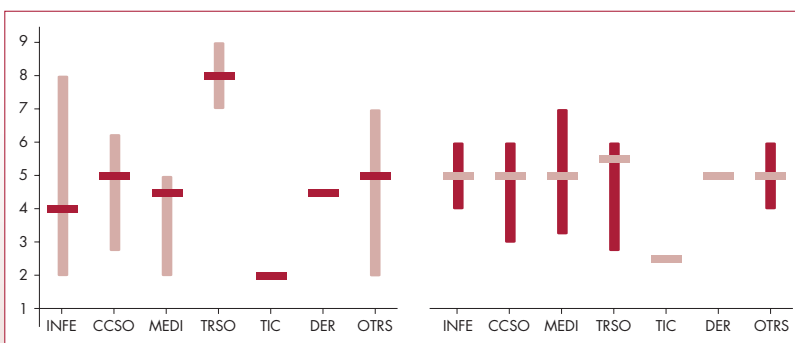
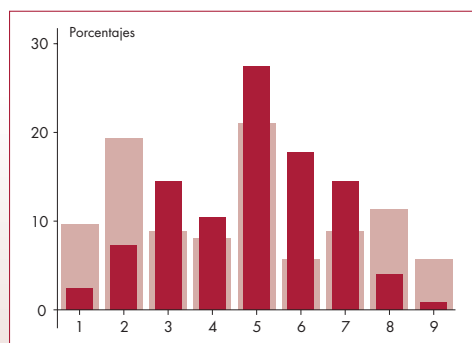
Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	7	6	8,25	-	-	5
P50	7	4,5	5	7,5	1	7,5	3
P25	3	1	2	5,25	-	-	1
P75/P25	2,67	7	3	1,57	-	-	5

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	5	6	6	7,25	-	-	6
P50	5	4	4	7	2	5,5	5
P25	3	3	3	5,5	-	-	4
P75/P25	1,67	2	2	1,32	-	-	1,5

Discordancia entre deseos y pronósticos, con solapamiento y alta dispersión de sus respectivas distribuciones. En conjunto, los deseos favorables a la propuesta del escenario (31,5%) se contraponen a un pronóstico opuesto a su cumplimiento (45,3%). Y los deseos adversos a la propuesta (49,9%) son antagónicos con un pronóstico de verosimilitud de que se lleve a efecto la misma (31,5%).

Todos los subgrupos ajustan sus distribuciones de deseo y pronóstico a la dispersión y discrepancias del conjunto del panel, mostrando mayor disparidad en las puntuaciones de las distribuciones de deseo que en las de pronóstico.

P57. Las áreas gestionadas actualmente por el sector privado, especialmente los modelos concesionales, serán operadas por el sector público de forma progresiva



General	Deseo	Pronóstico
P75	7	6
MED	5	5
P25	2	4
P75/P25	3,5	1,5
SOF	2	1

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	8	6,25	5	9	-	-	7
P50	4	5	4,5	8	2	4,5	5
P25	2	2,75	2	7	-	-	2
P75/P25	4	2,27	2,5	1,29	-	-	3,5

Subgrupos	INFE	CCSO	MEDI	TRSO	TIC	DER	OTRS
P75	6	6	7	6	-	-	6
P50	5	5	5	5,5	2,5	5	5
P25	4	3	3,25	2,75	-	-	4
P75/P25	1,5	2	2,15	2,18	-	-	1,5

Excepcional configuración de desacuerdo y divergencia en las predicciones de deseo y de pronóstico.

En la manifestación colectiva de deseo, un 29,9% se identifica con el escenario enunciado, un 46,1% adopta una posición de rechazo y el 21,5% adopta posiciones indecisas. Frente a esta alineación se perfila un pronóstico asimismo dividido, con un 36,9% favorable a la progresiva recuperación de la gestión directa por el sector público y un 34% contrario, con la mayor proporción de incertidumbre de la consulta (28,4%).

Los subgrupos muestran las mayores discrepancias en las posiciones de deseo, destacando la de los profesionales de enfermería y la posición partidaria de la recuperación de la gestión directa por el sector público de los trabajadores sociales. En las predicciones pronósticas, los subgrupos comparten una posición centrada en la incertidumbre con los médicos, los trabajadores sociales y los profesionales de las ciencias sociales, mostrando una relativamente mayor dispersión de opiniones.

5.
POSICIONAMIENTOS
PREDICTIVOS EXTREMOS

5. POSICIONAMIENTOS PREDICTIVOS EXTREMOS

En este capítulo se ofrecen las predicciones de “deseos” y de “pronósticos” con distribuciones más extremas en las respuestas a los escenarios planteados.

La información se presenta en las tablas que siguen a continuación remitiendo a los escenarios presentados en el anterior capítulo 4 en caracteres cursivos y manteniendo su numeración para facilitar su identificación.

Las tablas 5 y 6 dan cuenta, respectivamente, de la selección de las mayores y de las mínimas discrepancias registradas entre “deseos” y “pronósticos”. La mayor disparidad se refiere a diferencias de más de 4 puntos entre sus respectivas medianas, mientras que menor disparidad –congruencia entre “deseos” y “pronósticos”– se refiere a diferencias de 2 o menos puntos.

Las tablas 7 y 8 presentan las mayores dispersiones de “deseos” y de “pronósticos” seleccionadas a partir de diferencias entre sus respectivos cuartiles 75 y 25 iguales o mayores que 4 puntos en el rango de puntuación (1-9).

Las tablas 9 y 10 reúnen los porcentajes iguales o mayores que el 25% de distribuciones con puntuaciones centradas en 5 –puntuación correspondiente a la incertidumbre– en “deseos” y “pronósticos”.

Tabla 5. Máxima disparidad entre deseos y pronósticos

- P1** *A pesar de los sucesivos incumplimientos de España de la reducción del déficit, el anunciado control del nuevo ajuste fiscal no agravará el deterioro de la sostenibilidad y solvencia de la financiación pública de la sanidad.*
- P2** *Se cumplirán las previsiones de la Organización Internacional del Trabajo sobre el mantenimiento durante una década de la tasa de paro en España por encima del 20%.*
- P3** *El nivel de corrupción en España revelado por Transparencia Internacional no experimentará mejoras significativas.*
- P4** *La exigencia de recurrir a la competencia técnica y a la independencia profesional facilitará el tránsito a la selección por méritos profesionales frente a la designación y endogamia clientelar de cargos directivos y gestores de las administraciones y centros sanitarios públicos.*
- P11** *En el contexto de la crisis económica y política el cumplimiento de la legislación vigente sobre incorporación y supresión de prestaciones a la cartera de servicios del SNS con arreglo a la mejor evidencia disponible de seguridad, coste-efectividad e impacto presupuestario constituirá una medida inaplazable de reducción del despilfarro:*
- En la regulación de la cartera de servicios, tecnologías médicas y prestaciones sanitarias toda la información correspondiente a la aplicación de estos procesos regulatorios será accesible públicamente.*
- P12** *En el nuevo sistema de financiación autonómica, para determinar el gasto sanitario de las comunidades autónomas, se reducirán los elementos de imprevisibilidad coyuntural de la actual fórmula de redistribución territorial.*
- P20** *¿Cuáles serán, en su opinión, los objetivos prioritarios de la apertura de datos sanitarios?: rendición de cuentas –utilización de recursos, financiación y resultados– a la sociedad.*

- P34** *Se evitará insistir en la apertura de hospitales de tamaño y oferta asistencial disfuncional y localización subóptima.*
- P37** *Se priorizará la legislación de actuaciones de disuasión preventiva de actividades industriales generadoras de enfermedades e intervenciones potencialmente iatrogénicas:

Promoviendo intervenciones transversales en programas de política social: pobreza infantil, exclusión social, fracaso educativo, condiciones asociadas al paro y a la pauperización...*
- P39** *La inclusión en la financiación pública de un nuevo fármaco supondrá la revisión o exclusión de la financiación de alternativas de menor valor relativo.*
- P46** *Se mantendrá la aversión al riesgo de los responsables políticos.*
- P47** *Persistirá la influencia de aquellas fuerzas sindicales y corporativas que apuestan por el mantenimiento del statu quo.*

Tabla 6. Mínima disparidad entre deseos y pronósticos

- P10** *En el contexto de la crisis económica y política el cumplimiento de la legislación vigente sobre incorporación y supresión de prestaciones a la cartera de servicios del SNS con arreglo a la mejor evidencia disponible de seguridad, coste-efectividad e impacto presupuestario constituirá una medida inaplazable de reducción del despilfarro:

Los criterios determinantes en la incorporación de nuevas alternativas serán los del análisis de impacto presupuestario y los costes de oportunidad.*
- P15** *El Ministerio de Sanidad tendrá responsabilidades ejecutivas reales y responderá por el ejercicio de facultades asignativas de financiación sanitaria de las comunidades autónomas.*
- P16** *Se eliminará a todos los efectos el copago como instrumento de financiación complementaria a la financiación fiscal de las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.*
- P25** *La naturaleza disruptiva de la liberación y reutilización de datos sanitarios puede concitar resistencias en diversos colectivos implicados en la generación de datos de acceso abierto. ¿Cuáles serán, en su opinión, las barreras más persistentes?

Los riesgos reales de la desatención de los procedimientos de anonimización y desidentificación de datos médicos.*
- P41** *Se establecerá un sistema de precios libres con traslado de la decisión de reembolso a las comunidades autónomas.*
- P57** *Las áreas gestionadas actualmente por el sector privado, especialmente los modelos concesionales, serán operadas por el sector público de forma progresiva.*

Tabla 7. Mayores dispersiones de puntuación en deseos

- P3** *El nivel de corrupción en España revelado por Transparencia Internacional no experimentará mejoras significativas.*
- P15** *El Ministerio de Sanidad tendrá responsabilidades ejecutivas reales y responderá por el ejercicio de facultades asignativas de financiación sanitaria de las comunidades autónomas.*

P25 La naturaleza disruptiva de la liberación y reutilización de datos sanitarios puede concitar resistencias en diversos colectivos implicados en la generación de datos de acceso abierto. ¿Cuáles serán, en su opinión, las barreras más persistentes?

Los riesgos reales de la desatención de los procedimientos de anonimización y desidentificación de datos médicos.

P33 En las plantas de hospitalización se introducirá la figura del médico generalista (hospitalist), responsable de la continuidad asistencial de los pacientes ingresados.

P41 Se establecerá un sistema de precios libres con traslado de la decisión de reembolso a las comunidades autónomas.

P45 Las probabilidades de que la función y responsabilidad gestora del SNS y sus centros se modernice y flexibilice son bajas.

P56 La contestación de los modelos colaborativos entre el sector sanitario público y el privado será irreversible, y a medio plazo significará la desaparición de cualquier forma de colaboración, incluido el modelo Muface.

P57 Las áreas gestionadas actualmente por el sector privado, especialmente los modelos concesionales, serán operadas por el sector público de forma progresiva.

Tabla 8. Mayores dispersiones de puntuación en pronósticos

P3 El nivel de corrupción en España revelado por Transparencia Internacional no experimentará mejoras significativas.

P11 En la regulación de la cartera de servicios, tecnologías médicas y prestaciones sanitarias toda la información correspondiente a la aplicación de estos procesos regulatorios será accesible públicamente.

P39 La inclusión en la financiación pública de un nuevo fármaco supondrá la revisión o exclusión de la financiación de alternativas de menor valor relativo.

Tabla 9. Posiciones de incertidumbre en el deseo iguales o mayores que el 25% de los panelistas que puntúan 5

Ningún porcentaje de incertidumbre supera el 25%.

Tabla 10. Posiciones de incertidumbre en el pronóstico iguales o mayores que el 25% de los panelistas que puntúan 5

P13 En el nuevo sistema de financiación autonómica, para determinar el gasto sanitario de las comunidades autónomas:

Se evitará la pérdida de posiciones relativas correspondiente a la capacidad fiscal de cada comunidad autónoma.

P25 La naturaleza disruptiva de la liberación y reutilización de datos sanitarios puede concitar resistencias en diversos colectivos implicados en la generación de datos de acceso abierto. ¿Cuáles serán, en su opinión, las barreras más persistentes?

Los riesgos reales de la desatención de los procedimientos de anonimización y desidentificación de datos médicos.

P42 En los próximos cinco años, de mantenerse el actual sistema de regulación de la acreditación, cobertura y reembolso de los medicamentos de financiación pública, ¿qué desea y qué espera que realmente mejore?:

La desinversión en medicamentos cuyo valor terapéutico sea menor que el de los financiados.

P57 Durante la crisis experimentada por el SNS, han emergido movimientos que cuestionan la colaboración público-privada y fuerzas políticas que incluyen en sus programas la supresión de toda o parte de la colaboración existente.

Las áreas gestionadas actualmente por el sector privado, especialmente los modelos concesionales, serán operadas por el sector público de forma progresiva.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

6.	6.1. Escenarios dominantes.....	79
	6.2. Inmovilismo	79
	6.2.1. Nivelación del gasto sanitario interterritorial: ¿más de lo mismo?.....	80
	6.2.2. Financiación selectiva de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud: ¿todo vale lo que cuesta?.....	80
	6.3. Dilemas recurrentes	81
	6.3.1. Función gestora: ¿ <i>business as usual</i> ?.....	81
	6.3.2. Dilemas recurrentes. Colaboración público-privada: sostenella y no enmendalla ..	81
	6.4. Transformaciones disruptivas	82
	6.4.1. Gobierno abierto de datos sanitarios: ¿cuán abierto?.....	82
	6.4.2. Centralidad de las personas: ¿eslogan o redistribución del poder?	83
	6.4.3. Salud pública: imperativo multisectorial.....	83
	6.4.4. Integración asistencial: ¿horizontes lejanos? ..	84

6. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Los resultados expuestos muestran ambiciones, expectativas, dudas y temores del colectivo consultado en respuesta a los escenarios de posible restablecimiento –o deterioro– del potencial de la sanidad pública en un clima inédito de fragilidad financiera, inmovilismo y provisionalidad de las instituciones estatales de gobierno.

La tónica general de las predicciones obtenidas muestra tensión entre el predominio de destacadas mayorías favorables a gran parte de las medidas de rehabilitación o de contención del empeoramiento del sistema público de salud, en contraposición con reservas, cautelas o desconfianza en el pronóstico de su puesta en práctica.

La tendencia de estas predicciones apunta a que aquello que los panelistas consideran mayoritariamente deseable se juzga, al mismo tiempo, por buena parte de los mismos, de incierta o remota realización en el horizonte de los próximos cinco años. El contraste apunta tanto al comportamiento –por acción u omisión– de las administraciones como al de los *stakeholders* relevantes en la configuración de la política sanitaria.

La información aportada por el colectivo consultado posibilita cotejar sus juicios y expectativas con los propios juicios, expectativas y visión del lector. En tal sentido, los comentarios que siguen sobre una selección discrecional de aportaciones de la consulta reflejan el subjetivismo de los responsables del informe.

6.1. ESCENARIOS DOMINANTES

La repercusión de la crisis económica y del cambio de época político-social en los supuestos de rehabilitación o de estancamiento de la sanidad pública sugeridos a los panelistas se contempla con escepticismo, reserva y desconfianza, dominando implícitamente la formulación de sus predicciones, expectativas y pronósticos.

A la situación de excepción en el escenario político en el periodo correspondiente a la consulta –sin Gobierno investido ni actividad parlamentaria regular, bipartidismo en aprietos y nuevas formaciones políticas emergentes a la captura del electorado de los partidos tradicionales– se une la inminencia de una nueva supervisión de la Unión Europea del ajuste fiscal por incumplimiento de la reducción del déficit.

A ello cabe añadir la formulación de escasas esperanzas de que tengan lugar, en el medio plazo, cambios socialmente irrenunciables como mejoras significativas en el volumen de desempleo y en la precariedad de la ocupación, freno a la dualización social, empobrecimiento y erradicación de la corrupción.

Cabe tener todo ello en cuenta en el enjuiciamiento del contraste entre los deseos colectivos de regeneración y los correspondientes pronósticos de su cumplimiento.

Los comentarios que siguen aventuran interpretaciones replicables acerca de una selección de las manifestaciones predictivas realizadas por los panelistas, organizadas en torno a tres ejes: la consolidación del inmovilismo, la emergencia de dilemas recurrentes y algunas transformaciones disruptivas con la integración de la atención social y sanitaria.

6.2. INMOVILISMO

La normalización de la financiación selectiva de las prestaciones, políticas y servicios del Sistema Nacional de Salud y la actualización de los controvertidos criterios de nivelación interterritorial de la finan-

ciación del gasto sanitario son medidas conducentes a la mejora de la eficiencia y de la equidad en la recuperación de la solvencia del sistema público de salud.

Ambas medidas comparten un injustificado bloqueo.

6.2.1. Nivelación del gasto sanitario interterritorial: ¿más de lo mismo?

La actualización de la reforma del sistema de financiación autonómica debería dar respuesta al polémico procedimiento de nivelación interterritorial del gasto sanitario en vigor. Su opacidad ha generado importantes discrepancias entre quienes defienden la lógica de la descentralización –y el consiguiente dinamismo innovador de su inherente diversidad– frente a quienes achacan a la descentralización la generación de inequidades interterritoriales.

La disconformidad con el sistema imperante apunta principalmente a criterios asignativos discrecionales, opacos y escasamente previsibles, así como al desconocimiento de sus efectos sobre la mejora de la equidad no solo interterritorial sino también intraterritorial.

Los panelistas proyectan recelo y desconfianza sobre la posible eliminación de la actual exclusión del principio de ordinalidad, propio del federalismo fiscal, y pronostican el mantenimiento de la ausencia de verificación de la utilización y resultados de los recursos transferidos en aplicación del principio de solidaridad.

El conocimiento de beneficiarios y perjudicados por el mantenimiento del criterio de equidad subyacente en la actual fórmula de asignación territorial compensatoria facilitaría la valoración transparente de la verdadera aportación del nuevo sistema.

6.2.2. Financiación selectiva de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud: ¿todo vale lo que cuesta?

Para los ciudadanos-contribuyentes es decisivo conocer el destino de la utilización de los recursos públicos en términos de los resultados obtenidos, sus beneficiarios, a lo que se renuncia para su obtención y hasta qué punto sus impuestos se dilapidan manteniendo, sin corrección, políticas y prestaciones socialmente ineficientes.

Son difíciles de ignorar las dudas expresadas por más de la mitad de los consultados sobre la hipotética implantación de una agencia independiente fundamentada en la trayectoria del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y la priorización de la cartera de servicios de financiación pública sobre la base de la mejor evidencia de eficiencia social disponible.

Especialmente cuando las presentes circunstancias y perspectivas de penuria financiera arrojan dudas sobre la capacidad de evolución y solvencia del Sistema Nacional de Salud sin que el análisis coste-efectividad continúe sin ser exigido para justificar la financiación pública de tecnologías, medicamentos, procedimientos o servicios.

Todo ello a pesar de que la legislación, desde la Ley del Medicamento de 1990, ofrece amparo legal a la financiación selectiva de medicamentos. Amparo extendido sucesivamente a otras prestaciones y tecnologías por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.

El proceso de decisión y su concreción en la autorización, precio y reembolso de las innovaciones para el tratamiento de las infecciones causadas por el virus de la hepatitis C ilustra la necesidad de despolitización y actualización del marco regulatorio, en este caso de la prestación farmacéutica.

La difusión de la medicina personalizada y la dificultad asociada de aplicación de los ensayos clínicos convencionales debido a la fragmentación de los candidatos a tratamiento en subgrupos con diferente respuesta, ilustra los frecuentes dilemas de autorización de fármacos prometedores con limitada evidencia

inicial de aportación de valor, y la consiguiente dilación en el acceso asociado a la confirmación satisfactoria de coste-efectividad, indicación y utilización.^{48,49}

El actual sistema de inclusión y exclusión de medicamentos, tecnologías, procedimientos y servicios de cobertura pública requiere –y el pronóstico escéptico expresado en esta consulta lo advierte– la adopción transparente de los mejores estándares regulatorios internacionales para eliminar la improvisación subordinada a criterios de oportunidad política, opacidad del sistema y excesiva receptividad a la presión de los medios.

6.3. DILEMAS RECURRENTES

Algunas oportunidades de rehabilitación del Sistema Nacional de Salud se reconocen en el reiterado aplazamiento de la respuesta a dilemas cuyas causas y alternativas de resolución han sido profusamente argumentadas y establecidas.

El constreñido espacio de la función directiva gestora y el recidivante debate acerca del de la colaboración público-privada en ausencia de evidencia solvente acerca de su interés social constituyen ejemplos ampliamente documentados.

6.3.1. Función gestora: *¿business as usual?*

La consulta corrobora la necesidad de que la función gestora de la sanidad pública encuentre su espacio propio como factor principal de impulso en la recuperación del Sistema Nacional de Salud, atrapada como está entre la subordinación al clientelismo político, el encorsetamiento administrativo y la diversidad de presiones corporativas en defensa del *statu quo*. La regulación anterior al traspaso de las transferencias sanitarias está aún presente juntamente con el marco jurídico administrativo de las estructuras organizativas, niveles y centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

Gran parte de los panelistas comparten reservas e incertidumbre con relación a los obstáculos de los gestores para el despliegue autónomo de las responsabilidades profesionales de su contrato social. La consulta apunta hacia la escasa percepción de voluntad de cambio mostrada por los sucesivos gobiernos y administraciones sanitarias de las comunidades autónomas,⁵⁰ la permanencia del marco burocrático-procedimental de las administraciones públicas, la persistencia de la vinculación estatutaria frente a la relación laboral común y la reluctancia política a aceptar riesgos asociados a la necesaria innovación.

Tampoco se pronostica como inminente la priorización de competencias gestoras específicas en el establecimiento de alianzas estratégicas para la integración vertical, la introducción de modelos avanzados de coordinación de la continuidad asistencial entre niveles, la retribución por resultados, ni la autonomía para diseñar carteras de servicios congruentes con el perfil de necesidades de la correspondiente área de cobertura asistencial.^{51,52}

En cambio los deseos mayoritarios de los panelistas se alinean con el requerimiento de eliminación de la interferencia política y de las limitaciones asociadas a las competencias, responsabilidad, funciones y selección de los profesionales de la gestión. La expresión mayoritaria de sus deseos respalda explícitamente los elementos de mérito, experiencia y competencia en los procedimientos de selección presentes en algunos proyectos de profesionalización de la función gestora basadas en el mayor espacio para su desempeño autónomo y responsable.⁵³

6.3.2. Dilemas recurrentes. Colaboración público-privada: sostenella y no enmendalla

Desde su creación el Sistema Nacional de Salud ha incorporado numerosos ejemplos de colaboración público-privada en diferentes fórmulas y en diversas comunidades autónomas⁵⁴ cuyo desarrollo no ha evi-

tado la persistencia de malentendidos. La fundamentación del acceso a la cobertura y utilización de los servicios de un sistema universal de financiación pública residiendo en la titularidad –pública o privada– del proveedor asistencial en lugar de la condición de ciudadano constituye uno de los más prominentes.

A lo largo de la severa crisis en curso se ha actualizado la recurrencia al cuestionamiento de esa colaboración. En esta ocasión, la impugnación ha sido principalmente instrumentada por formaciones políticas emergentes que incluyen en sus programas electorales la supresión total o parcial de diversas fórmulas de gestión delegada del aseguramiento (Muface) y de la gestión y provisión asistencial de cobertura pública por entidades privadas.⁵⁵

La excepcional dispersión, posiciones encontradas e incertidumbre de las expectativas y pronósticos expresados por los panelistas en relación con esta oposición refleja la permanente apertura de la polémica a preconcepciones ideológicas sustentadas en la presunción –sin apoyo empírico solvente– de la superioridad comparativa de la gestión pública o privada en función de la titularidad del gestor.

La ambigüedad de la respuesta de los consultados sugiere la continuidad de la ausencia de resultados elementales –aunque significativos– de la comparación entre modelos de gestión y fórmulas de colaboración de titularidad pública o privada.

La preocupación surgida por la oscuridad que rodea la creciente interacción internacional público-privada en proyectos de promoción de la salud no contribuye a disminuir las objeciones apriorísticas.⁵⁶

El mantenimiento de la opacidad de los criterios de licitación de la concesión, supervisión y retribución de diversas modalidades de provisión privada de la cobertura asistencial pública y el persistente déficit de información solvente sobre su aportación diferencial de valor no contribuyen a disipar la disputa. En ausencia de competencia comparativa transparente entre desempeño público y privado y de su evaluación rigurosa, el debate acerca de las ventajas sociales de la colaboración público-privada mantendrá su sesgo apriorístico y oportunista.

6.4. TRANSFORMACIONES DISRUPTIVAS

El gobierno abierto de datos sanitarios, la centralidad de las decisiones autónomas y corresponsables de los usuarios, la contribución multisectorial de la salud pública y la integración de la atención social y sanitaria comparten diferentes y decisivas potencialidades de transformación disruptiva de las inercias inmovilistas de la sanidad pública.

El emparejamiento entre las firmes expectativas de su implantación y desarrollo y el temor a su obstrucción que muestran las predicciones de la consulta invitan a la identificación de los obstáculos y resistencias más significativas a su asentamiento.

6.4.1. Gobierno abierto de datos sanitarios: ¿cuán abierto?

Las limitaciones y resistencias al despliegue, sin cortapisas, de la legislación específica de transparencia y apertura a los ciudadanos de los datos de las administraciones públicas constituyen frenos a su aplicación innovadora a la política sanitaria. Y principalmente a la profundización democrática en el control de la utilización socialmente responsable del poder delegado a los políticos, la burocracia intermediadora y el desempeño de los órganos de gobierno, operadores y profesionales de la política sanitaria, y la meso- y microgestión.

A lo que cabe añadir el freno a las expectativas generadas por el salto cualitativo de la investigación biomédica a partir de los volúmenes de datos –Big Data– potencialmente liberables, aunque inmanejables con las herramientas y formatos de reutilización convencionales.

Frente a este potencial transformador cabe prestar atención, entre otras, a la limitación de la aplicación de nuestra legislación de transparencia y buen gobierno puesta de relieve por los informes de Alianza para el Gobierno Abierto^{57,58} sobre la restricción participativa en la selección de la información y datos liberados, conjuntamente con la constatación de la restricción de acceso a los datos originales y la profusión de información “precocinada” con dificultades de reutilización.

Las dudas sobre la posible resistencia de los profesionales y directivos al acceso del público a su desempeño y resultados, así como el temor mostrado por el pronóstico de los panelistas a posibles limitaciones en la garantía de anonimización y la controvertida propiedad digital de los datos clínicos personales, reclaman seriamente atención.

6.4.2. Centralidad de las personas: ¿eslogan o redistribución del poder?

El éxito en el ajuste de la respuesta del sistema sanitario a la personalización de la respuesta a las necesidades, la autodeterminación informada del paciente y el respeto a su dignidad por encima de inercias, rutinas y conveniencias injustificables constituyen un objetivo irrenunciable en la regeneración del Sistema Nacional de Salud.

Merecen reflexión las posturas de cautela y desconfianza que revela el informe en relación con la mejora y consolidación de la información, garantías y cauces ejercitables de decisión autónoma sobre opciones asistenciales, intervenciones y adhesión a medidas de autocuidado.

No generan optimismo las predicciones de mínimo avance en la representación y en la decisión corresponsable de los ciudadanos en los órganos de gobierno de los centros asistenciales, ni sobre la incorporación de su experiencia asistencial y de sus resultados en la rendición de cuentas, *benchmarking* y eventuales medidas de corrección del desempeño de directivos, profesionales y proveedores públicos y privados.

La inhibición institucional y el parco tratamiento de la centralidad del usuario, más allá de su utilización cosmética, como dinamizador insustituible de la calidad democrática y participativa del Sistema Nacional de Salud, deberían causar preocupación y promover actuaciones proactivas.

La verdadera y elocuente consideración actual de la centralidad de las personas en la reconfiguración de la sanidad se constata asimismo en la ausencia de referencias en los medios de comunicación, y la escasa prioridad en la actualización de la humanización de la atención sanitaria en la formulación de las propuestas electorales de los partidos políticos.

6.4.3. Salud pública: imperativo multisectorial

La consulta otorga relevancia –con un deseo mayoritario favorable– a la proyección regeneradora de la salud pública, sustentada por la base empírica de la epidemiología y las ciencias del comportamiento como componente principal de la respuesta del sistema sanitario a los retos medioambientales, el riesgo iatrogénico de algunos consumos, la exclusión social y el impacto de determinados tratamientos e intervenciones que deben evitarse.

La proyección social de la salud pública debería figurar entre las prioridades de la radicalidad transformadora del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, cabe registrar como significativo el escepticismo de los pronósticos de una proporción importante de panelistas acerca de la consolidación generalizada de medidas de restricción industrial y comercial de contaminantes y consumos insalubres, implantación y desarrollo de las intervenciones multisectoriales e información acerca de procedimientos terapéuticos *do not do*.

Tal posicionamiento de desconfianza del panel alerta sobre el mantenimiento de una posición accesoria de la salud pública en la política sanitaria y de desistimiento del reto de desarrollo y cumplimiento de

la vigente Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, prescindiendo de su contribución potencial. Tal contribución no solo se proyecta a la adopción de comportamientos saludables individuales y colectivos, sino también –y especialmente– a las oportunidades de intervención, integrada con el resto de servicios de bienestar, en sectores y ámbitos con responsabilidad cierta en la generación de desigualdades sociales: exclusión residencial y desahucios, desempleo y precariedad laboral, fracaso escolar y pobreza infantil, y discriminación de las personas con discapacidades.

6.4.4. Integración asistencial: ¿horizontes lejanos?

La atención integrada social y sanitaria constituye, con la transparencia y gobierno abierto de la información sanitaria, la centralidad de las personas en el sistema sanitario, la transversalidad intersectorial de la salud pública y la rehabilitación de la función gestora, una ambiciosa opción rehabilitadora del sistema sanitario público. Así lo propone su objetivo de articulación, en un único itinerario asistencial, de los niveles y recursos asistenciales sanitarios y los servicios sociales y de bienestar, al objeto de garantizar personalización, adecuación, continuidad y longitudinalidad.

Su implantación requiere niveles avanzados de compatibilización sinérgica y unificación presupuestaria interdepartamental, descentralización administrativa territorial y coordinación funcional de niveles, centros asistenciales y servicios sociales personales y comunitarios.⁵⁹ La integración reclama asimismo un cambio cultural profundo asociado a un rediseño organizativo y de procesos con escasos precedentes aunque con crecientes iniciativas y experiencias locales.

La descentralización administrativa, el diseño de sistemas interoperativos de información orientados a la coordinación de recursos y al *benchmarking*, la evaluación de las experiencias piloto y de las fases de implementación del nuevo modelo, así como la creación de nuevos roles profesionales y reasignación de responsabilidades constituyen algunos de los instrumentos activadores para su establecimiento.

En España se dispone de una importante reflexión conceptual y de experiencias precursoras de diverso signo: desde la implantación y consolidación de diversos programas de prevención y atención de las necesidades de los pacientes crónicos hasta el impulso innovador de los médicos de familia, profesionales de enfermería y trabajadores sociales, y la contribución del tercer sector.^{60,61}

Como contrapunto, la consulta no contempla como inminente el estímulo al liderazgo de los médicos generalistas en la gestión de la continuidad asistencial de los pacientes crónicos atendidos en los hospitales de agudos, ni el estímulo al establecimiento de alianzas estratégicas intersectoriales, aunque advierte, con un pronóstico favorable, de la conveniencia de la implantación de modelos de práctica avanzada de enfermería.

En conjunto el impulso inicial de establecimiento de modelos integradores, liderados por el proceso pionero del País Vasco, Andalucía, Castilla-La Mancha y Cataluña, entre otros, parece haber entrado en una fase de estancamiento que no desmiente la reserva transmitida por los pronósticos del informe. La recuperación creíble de los progresos alcanzados constituiría un potente estímulo de regeneración y avance innovador para el sistema sanitario público y su capacidad resolutoria.

BIBLIOGRAFÍA



7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 SUBIRATS, J. (2011). *Otra sociedad, ¿otra política? De «no nos representan» a la democracia de lo común* (<http://www.jose-fernandez.com.es/wp-content/uploads/2013/06/otra-sociedad-otra-politica.pdf>).
- 2 OLIVA, J.; PEIRÓ, S. Y PUIG-JUNOY, J. *Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada*. Economistas, n.º 136. Junio 2013. 6-14.
- 3 PALACIOS BRIHUEGA, I. (2016). *Los españoles y la calidad de la democracia*. Opiniones y Actitudes, n.º 74. Centro de Estudios de Opinión. Madrid.
- 4 ARTELLS, J. J.; CASTELLÓN, E.; SEVILLA, F.; CERVERA, S. Y GARCÍA SEMPERE, A. (2005). *Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*. Fundación Salud, Innovación y Sociedad y Fundación Abril Martorell. Barcelona.
- 5 ARTELLS, J. J.; PEIRÓ, S.; MENEU, R. Y SERRAT, J. C. (2012). *Visión de la crisis de la sanidad pública en España*. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona.
- 6 ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (2013). *Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance*. AES. Madrid.
- 7 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2015). *Recetas para la sanidad y el pacto sanitario*. Colección Health Policy Papers 2015-09. Dept. de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.
- 8 FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD (2009). *Visión de la crisis de la sanidad pública en España. Análisis prospectivo Delphi*. FSIS. Grupo Novartis. Barcelona.
- 9 BROUWER, J. J. Y SCHREUDER, R. F. (EDS.) (1986). *Scenarios and other methods to support long term health planning. Steering Committee on Future Health Scenarios*. Rijswijk. The Netherlands.
- 10 LANDETA, T. (1999). *El método Delphi: una técnica de previsión para la incertidumbre*. Ariel. Practicum.
- 11 SUROWIECKI, J. (2004). *The Wisdom of Crowds: Why the Many Are Smarter than the Few and How Collective Wisdom Shapes Business, Economies, Societies and Nations*. Doubleday. Random House Inc.
- 12 LINDGREN, M. Y BANDHOLD, H. (2009). *Scenario Planning: The Link Between Future and Strategy*. Palgrave Macmillan.
- 13 PEIRÓ, S. Y PORTELLA, E. (1993). *El grupo nominal en el entorno sanitario*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública.
- 14 PEIRÓ, S.; ARTELLS, J. J. Y MENEU, R. (2011). *Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud*. Gaceta Sanitaria. 2011.25(2)95-105. Barcelona.
- 15 ARTELLS, J. J. Y SERRAT, C. (2013). *Desafíos críticos para la regeneración del Sistema Nacional de Salud. Informe de resultados de la sesión de grupo nominal*. ESADE. Junio. Madrid.
- 16 LINDGREN, M. Y BANDHOLD, H. (2009). *Scenario Planning: The Link Between Future and Strategy*. Palgrave Macmillan.
- 17 ARTELLS, J. J. (2005). *Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado*. Fundación Abril Martorell y Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Grupo Novartis. Barcelona.
- 18 Diagramas de caja (http://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0203d.pdf).
- 19 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2014). *Breve apunte sobre la crisis española*. Dendra Médica. Revista de Humanidades, 2014.13(1):133-139.

- 20 Real Decreto-ley 16/20/12, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (http://www.segsocial.es/Internet_1/Normativa/index.htm?ssUserText=213644&dDocName=167004).
- 21 Tribunal Constitucional. Pleno (2014). Auto sobre la Ley Foral por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público de Navarra. N.º de asunto 7089-2013 (http://www.tribunalconstitucional.es/es/salaPrensa/Documents/NP_2014_034/2013-07089ATC.pdf).
- 22 NICE (<https://www.nice.org.uk/guidance>).
- 23 CAMPILLO, C. (2015). *Nuevos medicamentos: ¿cuánto se innova?* Gestión Clínica y Sanitaria. Vol. 17, n.º 1.
- 24 CAMPILLO, C.; GARCÍA-ARMESTO, S. Y BERNAL, E. (2016). *The merry go-round of approval, pricing and reimbursement of drugs against the Hepatitis C virus infection in Spain*.
- 25 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2014). *Fiscal imbalance in asymmetric federal regimes. The case of Spain*. CRES-UPF Working Paper #212401-77.
- 26 ABELLÁN, J. M. (DIR) (2013). *Financiación y sostenibilidad*. Capítulo 4 en *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas*. Fundación BBVA. Madrid.
- 27 PUIG-JUNOY, J. (2012). *¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias*. Libros del Lince. Barcelona.
- 28 (43) GONZÁLEZ, B. Y PUIG-JUNOY, J. (2016). *Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño*. FEDEA. Policy Papers 2016/04.
- 29 VERHULST, S. ET AL. (2014). *The Open Data Era in Health and Social Care. A blueprint for the National Health Service (NHS England) to develop a research and learning programme for the open data era in health and social care*. NHS England. The GovLab 2014. Creative Commons Attribution 4.0 International License.
- 30 KISH, L. Y TOPOL, E. (2015). *Unpatients - why patients should own their own medical data*. Nature Biotechnology 33,921-924.
- 31 UNPATIENTS ORGANIZATION (2016) (*Unpatients manifesto*. <http://unpatient.org/health-data-ownership-manifesto>).
- 32 HEEKS, R. (ed) (2002). *Reinventing Government in the Information Age. International practice in IT-enabled public sector reform*. Routledge. London & New York.
- 33 HEATH INNOVATION NETWORK SOUTH LONDON (2016). *What is person-centred care and why is it important?* (http://www.hin-southlondon.org/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf).
- 34 DAVIES, A. ET AL. (2016). *Focus on: Public health and prevention. Research summary*. The Health Foundation. Nuffield Trust (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/focus-public-health-and-prevention>).
- 35 MÁRQUEZ, S. (2016). *Las prioridades en políticas de salud*. Coordinador Ildefonso Hernández. Cuadernos de la Fundación Dr. Esteve, n.º 36.
- 36 SEDISA (2013). *Informe de SEDISA sobre la profesionalización de los directivos de la salud* (<http://www.sedisa.net/documentos/Wed2015101472400InformeProfesionalizacion.pdf>).
- 37 COMUNIDAD DE MADRID (2016). *Borrador de proyecto de ley de inclusión de órganos de participación profesional y de asesoramiento en la estructura de los centros sanitarios del servicio madrileño de salud, de profesionalización de su función directiva y de transparencia, acceso a la información y buen gobierno del sistema sanitario* (<https://www.semg.es/sociedades-autonomicas/madrid/documentos/1299-borrador-proyecto-ley-2015.html>).
- 38 BELENES, R. (2003). *Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud*. Gaceta Sanitaria. Vol. 17, n.º 2. Barcelona marzo/abril 2013.

- 39 VARELA, J. (2016). *Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad*. Medicina Clínica. Barcelona. 2016;146(3):133-137.
- 40 BRUGUÉS, A. (2016). *El vía crucis de la prescripción enfermera*. Avances en Gestión Clínica. Blog del Dr. Jordi Varela. Varela, J. (<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2016/01/el-via-crucis-de-la-prescripcion.html>).
- 41 DIARIO MÉDICO (2015). *Propuestas sanitarias y programas electorales de PP, PSOE, C's, Podemos, IU y UPyD*. Elecciones DM.15/12/2015.
- 42 PODEMOS, EN COMÚ PODEM, EN MAREA (2016). Bases políticas para un Gobierno estable y con garantías.
- 43 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2013). *Buscant els termes justos del debat sanitat pública-sanitat privada*. CRES-UPF WorkingPaper #2013303-68 (https://www.upf.edu/cres/_pdf/CRESWP20130368_GLC.pdf).
- 44 IDIS (2013). *Flexibilidad estratégica del sector privado ante la transformación de la sanidad pública. Análisis Delphi 2013-2018*. Fundación IDIS. Madrid (https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/tript_informe_separata_42.pdf).
- 45 Asociación de Economía de la Salud. *Documentos de interés: Gestión privada de la sanidad* (<http://www.aes.es/evaluaes/publicaciones/gestion-privada-sanidad/>).
- 46 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL TRABAJO (2016) (<http://www.elmundo.es/economia/2016/01/20/569f37d446163fef2d8b462d.html>).
- 47 TRANSPARENCY INTERNATIONAL (2015). Corruption Perceptions. Index 2015. Europe & Central Asia (www.transparency.org).
- 48 CAMPILLO-ARTERO, C. (2012). *When health technologies do not reach their effectiveness potential: A health service research perspective*. Health Policy. 2012;104(1):92-98.
- 49 ARTELLS, J. J.; CAMPILLO, C.; MENEU, R. Y PEIRÓ, S. (2015). *Trayectorias adaptativas en las decisiones de autorización, cobertura y precio de los nuevos medicamentos. Una aproximación cualitativa centrada en los tratamientos oncológicos*. Gestión Clínica y Sanitaria. Vol. 17. N.º 2. Verano-otoño 2015.
- 50 COLOMER, J. (2016). *Gestión Clínica y Sanitaria*. Vol. 18, n.º 1. Primavera 2016.
- 51 ORTÚN, V. (1997). *Integración Vertical en Sanidad*. Revista Asturiana de Economía, RAE n.º 8.
- 52 MENEU, R.; ORTÚN, V. Y RODRÍGUEZ ARTALEJO, F. (2005). *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria*. Masson S.A. Barcelona.
- 53 CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA, JUSTICIA Y PORTAVOCÍA DEL GOBIERNO. COMUNIDAD DE MADRID (2016). *Acuerdo por el que se aprueba el Proyecto de Ley por el que se establece el reglamento marco de estructura, organización y funcionamiento de hospitales, organizaciones de atención primaria y otras gestionados por el Servicio Madrileño de Salud*. Agosto. Madrid.
- 54 LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2003). *El interfaz público-privado en Sanidad*. Masson S.A.
- 55 DIARIO MÉDICO (2015). *Propuestas sanitarias y programas electorales de PP, PSOE, C's, Podemos, IU y UPyD*. Elecciones DM 15/12/2015.
- 56 HERNÁNDEZ, I. Y ZARAGOZA, G. A. (2016). *Support of public-private partnerships in health promotion and conflicts of interest* (<http://bmjopen.bmj.com>).
- 57 ACCES INFO EUROPE. *Comentarios y recomendaciones al informe de autoevaluación del II Plan de Acción de España de Gobierno Abierto* (<http://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:b6cca542-ab9d-4078-9faa-8361c99a4413/gobierno-abierto-comentario-ACCES-INFO.pdf>).
- 58 OPEN GOVERNMENT PARTNERSHIP (2015). *Spain Action Plan Documents* (<http://www.opengovpartnership.org/country/spain/assessment>).

- 59 TERRAZA NÚÑEZ, R.; VARGAS LORENZO, I. Y VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. (2006). *La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas*. Gaceta Sanitaria. Vol. 20, n.º 6. Barcelona, nov./dic. 2006.
- 60 OLIVA, J.; ZUNZUNEGUI, M. V.; GARCÍA-GÓMEZ, P. Y HERRERA, E. (2011). *Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor*. Gaceta Sanitaria. 2011·25(S):1-4.
- 61 ARTELLS, J. J.; GARCÍA ALTÉS, A. Y ARTELLS, F. (2015). *Los escenarios de la integración social y sanitaria*. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona.

8.

ANEXO.
CUESTIONARIO BASE
DE LA CONSULTA

8. ANEXO. CUESTIONARIO BASE DE LA CONSULTA

1. PERCEPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA CRISIS ECONÓMICA

La recesión económica recurrente y el mantenimiento de la “austeridad”, tutelado por la Unión Europea, con la aplicación del Programa de Estabilidad 2016-2019, en vísperas de nuevas elecciones tras medio año de interinidad, constituyen coordenadas clave para el análisis anticipativo de factores y procesos plausibles de transformación –progresiva o regresiva– del Sistema Nacional de Salud.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P01. A pesar de los sucesivos incumplimientos de España de la reducción del déficit, el anunciado control del nuevo ajuste fiscal no agravará el deterioro de la sostenibilidad y solvencia de la financiación pública de la sanidad.

P02. Se cumplirán las previsiones de la Organización Internacional del Trabajo sobre el mantenimiento durante una década de la tasa de paro en España por encima del 20%.

P03. El nivel de corrupción en España revelado por Transparencia Internacional no experimentará mejoras significativas.

P04. La exigencia de recurrir a la competencia técnica y a la independencia profesional facilitará el tránsito a la selección por méritos profesionales frente a la designación y endogamia clientelar de cargos directivos y gestores de las administraciones y centros sanitarios públicos.

2. FINANCIACIÓN Y COBERTURA PÚBLICA

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ha desvelado la raíz de un sistema de previsión social fundado en el acceso de asegurados y beneficiarios a la protección sanitaria, desligado de la cobertura “universal” como derecho de ciudadanía reconocido por la Ley General de Sanidad.

2.1. Cobertura poblacional y alcance

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P05. La universalización de la cobertura poblacional se basará en la condición inalienable de ciudadanía.

P06. Se revocará el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.

2.2. Cartera de prestaciones y servicios

En el contexto de la crisis económica y política el cumplimiento de la legislación vigente sobre incorporación y supresión de prestaciones a la cartera de servicios del SNS con arreglo a la mejor evidencia disponible de seguridad, coste-efectividad e impacto presupuestario constituirá una medida inaplazable de reducción del despilfarro.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P07. La inclusión o exclusión de prestaciones y servicios en la cartera de servicios de financiación pública se basará explícitamente en los criterios e informes vinculantes de una agencia pública independiente, inspirada en el Instituto Nacional para la Excelencia en la Atención Sanitaria británico (NICE), con el mejor conocimiento y competencia técnica actualizados en evaluación clínica y económica.

P08. Los criterios determinantes en la incorporación de nuevas alternativas serán los de la evaluación de la eficacia y la seguridad incrementales.

P09. Los criterios determinantes en la incorporación de nuevas alternativas serán los de la razón de coste-efectividad incremental.

P10. Los criterios determinantes en la incorporación de nuevas alternativas serán los del análisis de impacto presupuestario y los costes de oportunidad.

P11. En la regulación de la cartera de servicios, tecnologías médicas y prestaciones sanitarias toda la información correspondiente a la aplicación de estos procesos regulatorios será accesible públicamente.

2.3. Financiación

La regeneración del Sistema Nacional de Salud –aún ante una hipotética recuperación de la solvencia financiera– dependerá en gran medida del mantenimiento o abandono del actual modelo de previsión social, la acentuación o flexibilización de la deriva uniformista y recentralizadora, el sistema de financiación del gasto sanitario territorial y la revisión de la financiación de la sanidad, así como de la capacidad de aumento sostenido de la eficiencia y la productividad.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

En el nuevo sistema de financiación autonómica, para determinar el gasto sanitario de las comunidades autónomas:

P12. Se reducirán los elementos de imprevisibilidad coyuntural de la actual fórmula de redistribución territorial.

P13. Se evitará la pérdida de posiciones relativas correspondiente a la capacidad fiscal de cada comunidad autónoma.

P14. Los límites y condiciones de acceso a la contribución de solidaridad interterritorial suprimirán la actual opacidad sobre los criterios de nivelación entre territorios y se publicitarán de acuerdo con la legislación de transparencia, acceso y buen gobierno de los datos de las administraciones públicas.

P15. El Ministerio de Sanidad tendrá responsabilidades ejecutivas reales y responderá por el ejercicio de facultades asignativas de financiación sanitaria de las comunidades autónomas.

2.3.1. Aportación del usuario

El debate sobre la financiación complementaria a la financiación fiscal de la sanidad pública ha orillado frecuentemente la diversidad de fórmulas de contribución del usuario al coste de las prestaciones y sus respectivos efectos redistributivos.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P16. Se eliminará a todos los efectos el copago como instrumento de financiación complementaria a la financiación fiscal de las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

P17. El copago se modulará por criterios clínicos y de coste-efectividad para reducir la utilización de prestaciones innecesarias y evitables.

P18. El copago incluirá límites máximos basados en el desembolso acumulado y un porcentaje idéntico para todos los usuarios sobre la renta, con exención total para las rentas más bajas.

3. TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO

3.1. Liberación y acceso a datos de las administraciones sanitarias

Las resistencias y limitaciones de la legislación de transparencia y apertura de los datos de las administraciones públicas en la sanidad constituyen frenos de transformación progresiva evitables para una voluntad política congruente con los objetivos de buen gobierno que proclama la legislación en vigor.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con el siguiente escenario en los próximos cinco años:

P19. El Sistema Nacional de Salud tutelaré efectivamente, penalizando su incumplimiento, la implantación y desarrollo de la apertura de los datos sanitarios en administraciones, centros y dispositivos públicos y privados financiados públicamente con arreglo a la legislación vigente y la buena práctica sobre transparencia y reutilización.

3.2. Objetivos prioritarios de la apertura de datos sanitarios

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

¿Cuáles serán en su opinión los objetivos prioritarios de la apertura de datos sanitarios?

P20. Rendición de cuentas –utilización de recursos, financiación y resultados– a la sociedad.

P21. Conocimiento del desempeño y resultados de profesionales, departamentos y equipos.

P22. Monitorización de la productividad y la eficiencia.

P23. Conocimiento de la variabilidad territorial de la práctica clínica injustificada.

3.3. Resistencias

La naturaleza disruptiva de la liberación y reutilización de datos sanitarios puede concitar resistencias en diversos colectivos implicados en la generación de datos de acceso abierto.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

¿Cuáles serán, en su opinión, las barreras más persistentes?

P24. El recelo profesional al acceso público a su desempeño y resultados.

P25. Los riesgos reales de la desatención de los procedimientos de anonimización y desidentificación de datos médicos.

3.4. Sistemas de información

La inadecuación de los sistemas de información a las necesidades de análisis estratégico, evaluación y gestión operativa del Sistema Nacional de Salud supone elevados costes sociales en términos de desvertebración interterritorial e insuficiente interoperatividad sectorial y calidad de la visión anticipativa.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P26. La conectividad entre los sistemas de información autonómicos contribuirá a consolidar la descentralización con la gestión coordinada del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

P27. Se implantarán sistemas de información y registros interoperativos e integradores de la actividad asistencial y de los servicios de salud pública, comunitarios y de alcance poblacional.

P28. Se establecerán legalmente los requisitos y funcionalidades mínimos que han de concurrir en cualquier sistema de información sanitario público o privado y se garantizará su libre acceso, fiabilidad, confidencialidad y calidad.

3.5. Centralidad del usuario

La salvaguarda, por parte del sistema sanitario, del respeto, la autodeterminación y la dignidad de los ciudadanos por encima de las inercias burocráticas, rutinas profesionales y conveniencias injustificables constituye un principio irrenunciable para la regeneración del Sistema Nacional de Salud.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P29. Los usuarios de la sanidad pública ejercerán sin limitaciones su autonomía y derecho a decidir con información solvente, comprensible y actualizada en relación con su condición, opciones de intervención y consecuencias y riesgos probados.

P30. La notificación de la experiencia asistencial y valoración de sus resultados por los usuarios formará parte de la información obligatoria y abierta a efectos de rendición de cuentas, competencia comparativa y humanización asistencial.

P31. Se garantizará a los usuarios de la sanidad pública su representación en los órganos de gobierno de los centros asistenciales y en sus procesos de decisión.

4. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

4.1. Atención primaria y especializada

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P32. La articulación de la atención especializada y la atención primaria se ajustará a la prevención y a la complejidad de las necesidades sociales y sanitarias estratificadas de pacientes crónicos y con multimorbilidad.

P33. En las plantas de hospitalización se introducirá la figura del médico generalista (*hospitalist*) responsable de la continuidad asistencial de los pacientes ingresados.

P34. Se evitará insistir en la apertura de hospitales de tamaño y oferta asistencial disfuncional y localización subóptima.

4.2. Salud pública

La contribución preventiva, educativa y promotora de comportamientos saludables de la salud pública se resuelve en ganancias de salud poblacional y disminución de los costes asociados a la prevalencia de factores comunes de riesgo como el tabaquismo, drogadicción, hipertensión, hiperlipidemia, hiperglucemia y obesidad, entre otros.

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

Se priorizará la legislación de actuaciones de disuasión preventiva de actividades industriales generadoras de enfermedades e intervenciones potencialmente iatrogénicas:

P35. Reduciendo, por medio de tasas o restricciones de comercialización, la accesibilidad a servicios y productos.

P36. Intensificando la cooperación con los medios de comunicación y las redes sociales en la difusión del conocimiento de las intervenciones y tratamientos *do not do* y opciones desaconsejables.

P37. Promoviendo intervenciones transversales en programas de política social: pobreza infantil, exclusión social, fracaso educativo, condiciones asociadas al paro y la pauperización...

4.3. Farmacia

El actual sistema de autorización, cobertura y financiación "binario" –autorización o no autorización– muestra sus limitaciones en relación con la tendencia internacional a adaptar la regulación de la prestación farmacéutica a la acelerada evolución de la base científica del desarrollo de nuevos medicamentos. Y especialmente a la distinta respuesta por parte de una población tratable estratificada por grupos de pacientes.

Tampoco se contempla adecuadamente la correspondiente inadecuación de los instrumentos convencionales de obtención de evidencia evaluativa y la necesidad de monitorización continua de las innovaciones en el "mundo real".

Expresa su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P38. La fijación de precios de las nuevas tecnologías se establecerá en función de su valor añadido –incremental respecto a las disponibles– y se adaptará a la obtención de nueva evidencia sobre su efectividad, seguridad y evolución de su adopción y utilización.

P39. La inclusión en la financiación pública de un nuevo fármaco supondrá la revisión o exclusión de la financiación de alternativas de menor valor relativo.

P40. El Sistema Nacional de Salud monitorizará los resultados en la práctica clínica real de los fármacos gracias al desarrollo de sistemas de información y de estudios comparativos, ensayos pragmáticos y nuevos diseños independientes.

P41. Se establecerá un sistema de precios libres con traslado de la decisión de reembolso a las comunidades autónomas.

En los próximos cinco años, de mantenerse el actual sistema de regulación de la acreditación, cobertura y reembolso de los medicamentos de financiación pública, ¿qué desea y qué espera que realmente mejore?

P42. La desinversión en medicamentos cuyo valor terapéutico sea menor que el de los financiados.

P43. La previsibilidad de la cobertura y financiación pública de nuevos productos.

P44. La alineación congruente y sinérgica entre la responsabilidad regulatoria del Gobierno central y el gasto descentralizado a cargo de las comunidades autónomas.

4.4. Profesionalización

En el SNS la función y responsabilidad gestora no es menos crítica que en cualquier organización empresarial pública o privada, e incluso es más compleja por la existencia de reglas ajenas al mundo empresarial: cercanía al ámbito político, ausencia de órganos de gobierno y manejo restringido de instrumentos de gestión debido al encorsetamiento de la Administración pública.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P45. Las probabilidades de que la función y responsabilidad gestora del SNS y sus centros se modernice y flexibilice son bajas.

P46. Se mantendrá la aversión al riesgo de los responsables políticos.

P47. Persistirá la influencia de aquellas fuerzas sindicales y corporativas que apuestan por el mantenimiento del *statu quo*.

En los próximos cinco años, entre los cambios disruptivos favorecedores de una gestión más eficiente se contarán:

P48. La ampliación de las competencias y el establecimiento de un modelo de práctica avanzada de la profesión de enfermería.

P49. La desfuncionarización y el establecimiento de la relación laboral común para el personal del Sistema Nacional de Salud.

P50. La generalización de esquemas de retribución variable por resultados.

En los próximos cinco años, para mejorar la función directiva se valorarán las siguientes capacidades gestoras:

P51. Capacidad para tejer alianzas estratégicas entre centros.

P52. Capacidad para impulsar modelos de integración vertical.

P53. Capacidad para ajustar la cartera de servicios a las necesidades sanitarias del ámbito local, sin interferencias políticas.

4.5. Colaboración público-privada

Durante la crisis experimentada por el SNS, han emergido movimientos que cuestionan esa colaboración y fuerzas políticas que incluyen en sus programas la supresión de toda o parte de la colaboración público-privada existente.

Expresé su posición predictiva puntuando de 1 a 9 sus deseos y sus pronósticos relacionados con los siguientes escenarios en los próximos cinco años:

P54. El mantenimiento de la colaboración público-privada (PPP) en el ámbito de la sanidad pública requerirá un escrutinio riguroso, abierto y accesible al público de la relevancia de la colaboración y de las contrapartidas asumidas por la Administración por su aportación de valor y resultados.

P55. Se dará acceso ciudadano de manera transparente a las distintas modalidades y contratos en vigor de colaboración público-privada y a la correspondiente información comparativa sobre su eficiencia, seguridad, valoración de los usuarios, resultados y rendición de cuentas.

P56. La contestación de los modelos colaborativos entre el sector sanitario público y el privado será irreversible, y a medio plazo significará la desaparición de cualquier forma de colaboración, incluido el modelo Muface.

P57. Las áreas gestionadas actualmente por el sector privado, especialmente los modelos concesionales, serán operadas por el sector público de forma progresiva.

