



Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado

Análisis Prospectivo Delphi

www.fundsis.org





Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado

Análisis Prospectivo Delphi

www.fundsis.org

Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado

Dirección del Proyecto

Dr. Joan Artells i Herrero

Director, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dr. Enrique Castellón Leal

Director del Programa Salud y Sociedad, Fundación Fernando Abril Martorell

Dr. Francisco Sevilla Pérez

Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en Francia, Embajada de España

Dr. Santiago Cervera Soto

Ex Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Navarra

Aníbal García Sempere

Asesor Técnico, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Realización del Trabajo de Campo

Montserrat Juan i Pugibet, Secretaria Técnica, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Carmen Hevia Fernández, Adjunta a la Dirección, Fundación Fernando Abril Martorell

Antoni Flaquer i Viver, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Enric Muñoz Freixanet, Novartis

María Calafell Muñoz, Novartis

Àlex Calvo Prats, Novartis

María Navarro García, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Promovido por

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Fundación Fernando Abril Martorell

Con el respaldo de

El proyecto ha contado con el apoyo de las Consejerías y Departamentos del Sanidad del Estado y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los autores quieren agradecer los documentados y sensatos comentarios a borradores del presente informe a los doctores Guillem López-Casasnovas, Ricard Meneu, Salvador Peirò y Martí Dalmases.

1. Presentación	5
2. Resumen	7
3. Introducción y objetivos	13
4. Material y método	18
4.1 Diseño.....	19
4.2 Participantes	19
4.3 Instrumento.....	19
4.4 Proceso.....	19
4.5 Análisis.....	20
5. Participantes	21
6. Guía para la lectura de los resultados	27
7. Resultados	33
7.1 Gobierno del SNS.....	35
I. Descentralización y coordinación: rol de las CC.AA. y el MSC.....	36
II. Gestión y dimensiones políticas en el SNS	40
III. Aseguramiento y provisión: la interfaz público-privada.....	43
IV. Ciudadanía y centralidad del paciente.....	45
7.2 Gasto y financiación.....	48
I. Evolución del gasto sanitario.....	48
II. Cobertura de prestaciones financiadas públicamente.....	52
III. Financiación: corresponsabilidad y equidad	54
7.3 Salud pública y dispositivos asistenciales.....	61
I. Salud pública.....	62
II. Atención primaria.....	65
III. Atención especializada.....	67
IV. Política farmacéutica.....	69
V. Atención a colectivos desfavorecidos.....	75
7.4 Calidad y modernización.....	77
I. Formación y acreditación de profesionales.....	77
II. Información y calidad.....	80
III. Investigación y desarrollo.....	83
7.5 Consensos y disensos.....	85
7.6 Oportunidades y Amenazas para la legitimación y sostenibilidad del SNS.....	89
8. Comentarios finales	93
9. Anexos	97
Anexo 1. Resultados de las dos sesiones de grupo nominal para la definición del ámbito de la consulta.....	99
Anexo 2. Cuestionario correspondiente a la Primera Ronda de consulta.....	123
Anexo 3. Formulario de Acceso a la base de datos.....	141

El presente análisis prospectivo sobre el futuro inmediato de nuestro sistema sanitario es el resultado de la cooperación establecida entre la Fundación Salud Innovación y Sociedad y la Fundación Fernando Abril Martorell, que ha contado, además, con el respaldo del Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas.

Los resultados de la indagación acerca de los pronósticos –deseos y vaticinios– de 141 ministros, consejeros y altos cargos en activo y ex cargos de los centros de decisión de mayor responsabilidad en el periodo de la organización democrática de la sanidad española constituyen, a la vez, una aportación de información original e independiente, y entendemos de interés y utilidad para la ciudadanía que espera de sus representantes y de las Administraciones Públicas la capacidad de sintonizar con sus aspiraciones y de dar respuesta a sus necesidades más valoradas.

Entre otras contribuciones, este ejercicio de prospectiva basado en los pronósticos normativos –qué debería ocurrir– y positivos –qué cree uno que ocurrirá–, por parte de un colectivo inédito compuesto por los más significativos responsables de nuestro sistema sanitario, debe permitir a cada cual establecer hasta qué punto hay convergencia entre las aspiraciones propias y la visión de futuro de sus dirigentes actuales y de los últimos veinticinco años.

Llegado el momento de difundir esta información que permitirá profundizar en el conocimiento del contraste entre la continuidad y la emergencia en la concepción de nuestras políticas sanitarias y facilitará la objetivación de las oportunidades y de los conflictos en el desarrollo de la sanidad, deseamos agradecer a todos quienes con su generosidad han puesto a disposición del equipo de trabajo su tiempo, su experiencia y su innegable contribución al desarrollo de uno de los fundamentales servicios públicos como es el que presta nuestro Sistema Nacional de Salud.

Dr. Jesús Acebillo Marín, Presidente de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dr. Luís Escauriaza Ibáñez, Director General de la Fundación Fernando Abril Martorell

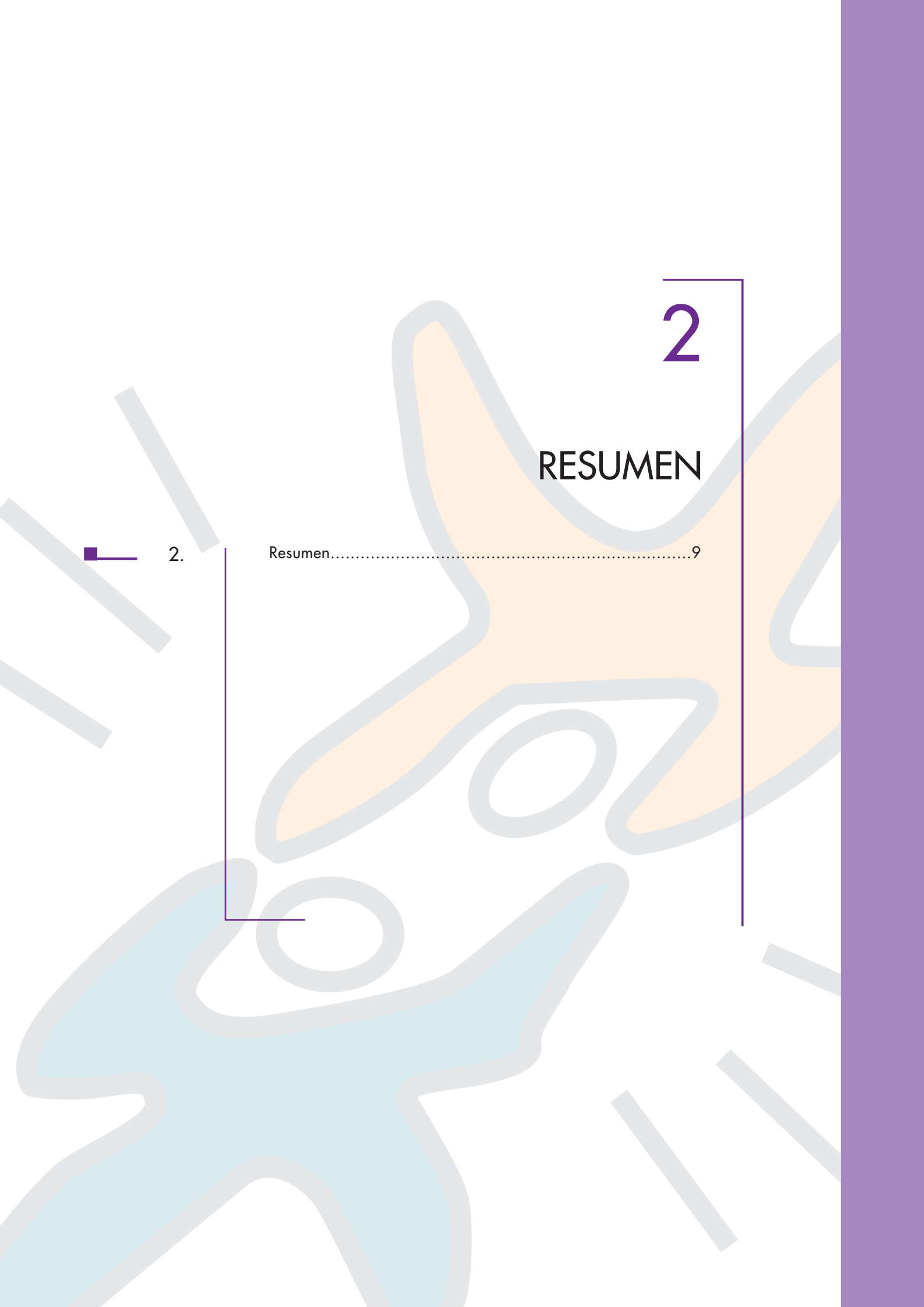
Madrid, 22 de Agosto de 2005

2

RESUMEN

Resumen.....	9
--------------	---

2.



2. RESUMEN

El estudio presenta las valoraciones, aspiraciones, compromisos y pronósticos de un panel compuesto por 141 directivos del Sistema Nacional de Salud de los últimos 20 años acerca de la evolución, en los próximos quince años, de las principales dimensiones de desarrollo, sostenibilidad y legitimación del sistema de salud.

EL EJERCICIO DE PROSPECCIÓN QUE SE PRESENTA CONTEMPLA CUATRO GRANDES ÁMBITOS DE CONSULTA:

- **Gobierno y gestión del SNS.** Escenarios alternativos en un hipotético rediseño del marco legislativo básico del estado de las estructuras de gobierno y de los actuales fundamentos y el estilo de gestión predominante en el Sistema Nacional de Salud.
- **Gasto y Financiación.** Sostenibilidad económica y suficiencia de los recursos del sistema público de salud en diversos supuestos de dinámica del gasto sanitario, cobertura de prestaciones gratuitas y alternativas de financiación.
- **Salud pública y dispositivos asistenciales.** Alternativas de evolución de la Salud Pública y de la organización de la oferta de las prestaciones asistenciales del SNS.
- **Calidad y modernización.** Opciones e instrumentos de modernización y bases para la confianza en los profesionales, la calidad asistencial, el uso de las tecnologías de la información y la organización y viabilidad de la I+D biomédica.

Estas dimensiones se enmarcan, tal como se refiere en el informe, en la valoración colectiva como Oportunidades o Amenazas para el SNS de una selección de tendencias e hipótesis de desarrollo de diversos factores estratégicos clave en el entorno del SNS.

GOBIERNO DEL SNS: QUERER Y PODER

Los 141 máximos dirigentes del SNS concluyen sucintamente que “querer no es poder”, por lo menos en el horizonte de la política sanitaria de los próximos quince años. Esta conclusión, desarrollada a lo largo del informe, invita a indagar en profundidad sobre los frenos a la evolución de un servicio público que se debate entre una inercia inmovilista de difícil manejo, una crisis financiera más o menos explícita pero de latencia persistente, y las tensiones derivadas de la necesidad de revisar un difícil equilibrio entre una concepción uniforme de equidad y una práctica laxa de la eficiencia.

Los deseos de cambios significativos, manifestados mayoritariamente por quienes tienen y por los que han tenido la máxima responsabilidad en el establecimiento de la política sanitaria de los últimos veinte años y en la concepción y en la arquitectura organizativa del sistema sanitario público, no se corresponden con la manifestación de sus creencias de que vayan a tener lugar realmente en un futuro inmediato.

RAÍCES PROFUNDAS

Ni ante una hipotética actualización del diseño constitucional vigente, los políticos y altos cargos auguran que quepa esperar grandes cambios en las estructuras de gobierno de la sanidad pública. Tampoco en la oportunidad de elección del ciudadano –contribuyente entre pólizas de aseguramiento público de idéntica cobertura gratuita.

Un prominente pronóstico mayoritario acerca de la inamovilidad de la vinculación estatutaria de los profesionales del sistema público ilustra este panorama de escaso dinamismo. Sin mayor convicción se contempla que en el futuro inmediato la corresponsabilidad del ciudadano en los órganos de dirección y gestión del sistema público –la centralidad del paciente en el sistema– conozca algún avance significativo, y se rechaza que las actuales Comunidades Autónomas establezcan por su cuenta las dimensiones de la

cobertura sanitaria de financiación pública y que negocien unilateralmente condiciones de oferta con proveedores estratégicos como la industria farmacéutica.

En este horizonte de mínima flexibilidad estructural destaca necesariamente el deseo mayoritariamente compartido de cambios instrumentales: cultura de gestión, reducción del clientelismo político frente a la consolidación de la profesionalización de los gestores e información sobre calidad y resultados de los proveedores asistenciales a los pacientes.

CALENTAMIENTO DEL GASTO SANITARIO Y DESHIELO (INCIPIENTE) DEL COPAGO

El pronóstico unánime de crecimiento del gasto público –y de utilización del déficit público como recurso para su mantenimiento– se corresponde con una muy limitada esperanza de reasignación de recursos hacia sectores y servicios públicos distintos del sanitario pero con un impacto importante y probado sobre la salud (vivienda, medio ambiente, educación, mejoras en el transporte, las infraestructuras o las políticas de empleo).

La escasa proclividad a delimitar en el inmediato futuro las prestaciones universales y gratuitas no se acompaña, en las predicciones de los panelistas, de una similar actitud en lo que concierne a poner límites a los recursos sanitarios públicos: todos quieren más.

Se espera que tome dimensiones crecientes la imposición específica para fines sanitarios pero paradójicamente el entusiasmo por la medida no es general. Aunque sí lo es un aparente desbloqueo del lugar común acerca del rechazo a que se instaure jamás alguna forma de copago en la sanidad pública: de las cinco opciones de copago propuestas a los panelistas, cuatro despiertan una moderada adhesión en colectivo consultado. A su vez, se rechaza de plano el copago por servicios asistenciales siendo la opción de futuro más aceptable la sustitución en el actual copago sobre medicamentos del factor edad por el de tramos de renta como criterio de exención.

SALUD PÚBLICA Y DISPOSITIVOS ASISTENCIALES: SIN NOVEDAD EN EL FRENTE

El consenso en la disposición a contemplar como posibles y viables algunas novedades en las políticas de Salud Pública especialmente intervencionistas en el propósito de modificar comportamientos “insanos” contrasta con un pobre pronóstico de cambio en la Atención Primaria como centro de gravedad del sistema asistencial y la predicción de un mayor acentuamiento de la especialización en los hospitales.

Mayor congruencia entre deseos y pronósticos se advierte en las predicciones acerca del progreso en la utilización de las tecnologías de la información para facilitar al usuario información relevante para la elección de proveedor asistencial y para avanzar en la rendición de cuentas sobre el comportamiento y los resultados de dichos proveedores.

Las perspectivas de modernización de la política farmacéutica aparecen poco definidas en el posicionamiento global de los panelistas. Aún mostrando disconformidad con la actual panoplia reguladora no emerge ninguna alternativa firme a tenor de la dispersión de los pronósticos de adopción de medidas distintas del cortoplacismo de las medidas de contención de costes y del divorcio entre política farmacéutica y política industrial: más de lo mismo.

La eliminación de las restricciones a la libre apertura y transmisión de oficinas de farmacia recibe una adhesión decidida por parte de los consultados en una proporción destacada aunque apenas una tercera parte pronostican su ocurrencia.

Idéntico contraste entre deseo y realidad en el pronóstico se observa en la posibilidad de que se impulse la competencia en descuentos a partir de precios máximos establecidos por la Administración.

MODERNIZACIÓN DEL SNS: ESPERANZA

En la formación y gestión del personal de los recursos humanos existe casi total unanimidad en las aspiraciones de cambio, que contrasta con el escepticismo ante un futuro establecimiento de mecanismos de evaluación sistemática del mantenimiento de competencias y la actualización de conocimientos por parte de los profesionales sanitarios.

Idéntica unanimidad en el deseo se advierte en el pronóstico de que los sistemas de retribución de los profesionales se alineen con la consecución de objetivos explícitos y verificables de calidad asistencial. La mayor congruencia entre deseos y confianza en su materialización corresponde a la predicción acerca del crecimiento de la financiación pública de la investigación biomédica y a la coordinación de su pluralidad de origen entre las Comunidades Autónomas.

CONTRIBUCIÓN

El informe aporta una información prospectiva sin precedentes y su solvencia procede tanto de la pluralidad de los panelistas como de la transparencia y replicabilidad de la metodología empleada para capturar y analizar los datos que el lector puede consultar (véanse Anexos 1, 2 y 3).

La accesibilidad a la base de datos de respuestas de los panelistas permitirá sin duda enriquecer la discusión acerca de la interpretación de las predicciones del Delphi y de sus consecuencias para políticos, profesionales y usuarios de nuestro sistema público de salud.

Lo anterior reviste particular interés en relación a algunos de los resultados obtenidos que cuestionan abiertamente algunos tópicos y lugares comunes aparentemente inamovibles, mostrando que el colectivo de altos decisores sanitarios exhibe, por una parte, mucho más deseo de cambio que expectativas de que esos cambios ocurran y, por otra, que diferencias aparentemente irreconciliables -fundamentalismos ideológicos incluidos- no excluyen la existencia de espacios de convergencia y potencial entendimiento que sin duda merecen ser explorados con más profundidad de lo que permite este trabajo.

3

INTRODUCCIÓN



3.

3.1 Contexto.....	15
3.2 Objetivos.....	15

3. INTRODUCCIÓN

3.1 CONTEXTO

El Sistema Nacional de Salud es un sistema sanitario universal plenamente descentralizado de manera que en el momento de ultimar este informe, 2005, coincide que prácticamente todas las formaciones políticas con representación en el Congreso de los Diputados tienen o han tenido responsabilidades de gobierno. Esta situación debería facilitar la existencia de un debate político y ciudadano que diese respuesta a diferentes inquietudes sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud.

¿Qué piensan del futuro de la sanidad pública sus máximos dirigentes? ¿En qué coinciden y en qué discrepan en relación a las preocupaciones de la sociedad acerca de la sostenibilidad de la medicina gratuita y universal? ¿En qué difiere la visión del sistema público actual en relación al que imaginan dentro de quince años los políticos responsables de su desarrollo? ¿Continuismo o cambio en el contrato social de los electores con los políticos y los profesionales de la sanidad? ¿Espacio para la atención a las preferencias individuales o café para todos? ¿Acceso a todo lo mejor para todos a costa de qué renunciaciones? ¿Paternalismo o corresponsabilidad? ¿Más recursos asistenciales o más calidad de vida e igualdad de oportunidades de desarrollo personal?

La falta de posicionamiento prospectivo explícito y conjunto de los máximos responsables de la sanidad pública a estas preguntas puede frustrar a los ciudadanos, cada vez más preocupados por el mantenimiento de uno de los pilares de cohesión y equilibrio civil más firmes. Sobre todo cuando esa preocupación se ha instalado en el centro del debate ciudadano y de las aspiraciones del público sobre la modernización de la medicina pública, la profundización en la democratización de sus instituciones y su correspondiente sostenibilidad.

Ante la ausencia de respuestas de esta naturaleza –consensos o discrepancias de conjunto– a este tipo de interrogantes, la Fundación Salud, Innovación y Sociedad y la Fundación Abril Martorell han promovido y desarrollado, con el respaldo del Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías de las Comunidades Autónomas que forman parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, un análisis prospectivo utilizando la técnica de consulta Delphi en un horizonte de quince años.

3.2 OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio Delphi es obtener del colectivo de autoridades sanitarias del Sistema Nacional de Salud –Ministros, Consejeros y directivos– de las dos últimas décadas una visión plural y anticipativa de las alternativas de su desarrollo, legitimación y sostenibilidad en el horizonte de los próximos 15 años.

MATERIAL Y MÉTODO

4.

4.1 Diseño.....	19
4.2 Participantes.....	19
4.3 Instrumento.....	19
4.4 Proceso.....	19
4.5 Análisis.....	20

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 DISEÑO

Se llevó a cabo un proceso de consulta orientado a la obtención de consensos utilizando la técnica Delphi con dos rondas de consulta. El método Delphi es una técnica desarrollada por la RAND Corporation en los años 50 para facilitar la afloración de acuerdos entre expertos, habitualmente con finalidades prospectivas. La técnica está expresamente diseñada para resolver los problemas que derivan de situaciones en las que es preciso combinar opiniones individuales para llegar a una decisión o una visión de naturaleza estratégica de grupo. Sus principales ventajas son la elevada capacidad de integrar información y perspectivas diversas, la posibilidad de explorar diversas cuestiones relevantes a la vez y la elevada capacidad para obtener acuerdos entre los participantes. El método señala puntos críticos –acuerdos y disensos– y tendencias a partir de pronósticos individuales, permitiendo identificar y acotar cuestiones relevantes como objeto de análisis más específicos y pertinentes.

4.2 PARTICIPANTES

141 Ministros, Consejeros de Sanidad y altos cargos del SNS de la actual legislatura y los últimos 20 años.

4.3 INSTRUMENTO

Cuestionario estructurado con 83 cuestiones ordenadas en cinco áreas específicas de consulta:

1. Oportunidades y amenazas para el SNS en los próximos 15 años;
2. Gobierno del SNS;
3. Gasto y financiación;
4. Salud pública y dispositivos asistenciales; y
5. Calidad y modernización del SNS (cuestionario adjunto en Anexo 2).

La acotación de las áreas de interés del estudio y los criterios para la formulación de las cuestiones se definió mediante dos reuniones utilizando la técnica de grupo nominal (metodología y resultados de los grupos nominales en Anexo 1). En el área de consulta 1 del cuestionario de la primera vuelta se pedía al panelista una identificación de factores del entorno y de escenarios propuestos como Oportunidades o Amenazas para el SNS, así como la valoración de su intensidad –esta área de consulta tiene una estructura distinta al resto de áreas de consulta. En las áreas 2 a 5, se pidió el posicionamiento del panelista frente a una serie de escenarios de futuro propuestos, tanto en términos de PRONÓSTICO o creencia en su ocurrencia real como de DESEABILIDAD subjetiva. Respecto a la formulación de los ítem, y para facilitar la matización de las respuestas, estos se presentaron como afirmaciones respecto a las que expresar pronósticos o deseos en una escala ordinal de rechazo o de adhesión de 1 a 9– también se utilizó una escala de 1 a 9 para valorar oportunidades y amenazas en el área específica de consulta 1.

Se utilizó el mismo cuestionario en ambas rondas (ver anexo 2) a excepción del área 1 de consulta que sólo se incluyó en la primera ronda.

4.4 PROCESO

El estudio se llevó a cabo entre Mayo de 2004 y Agosto de 2005. El grupo director del estudio organizó dos sesiones de grupos nominal con expertos que fundamentó la demarcación del ámbito de la consulta. Las autoridades sanitarias del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud accedieron a dar su apoyo formal al proyecto y colaboraron en la propuesta y selección de panelistas.

El cuestionario definitivo se obtuvo en Noviembre de 2004. Las dos rondas de consulta se realizaron entre esta fecha y Abril de 2005. Los panelistas fueron objeto de consulta mediante la remisión y cumplimentación de los cuestionarios por correo postal. Los resultados de la primera ronda fueron analizados y sintetizados por el grupo director del estudio que retroalimentó a los panelistas informándoles del posicionamiento de conjunto en términos de las medianas y valores de los percentiles 25 y 75 de cada una de las distribuciones de las respuestas del grupo.

En la segunda ronda los panelistas contaron de este modo con los datos acerca de la concentración y dispersión de sus respuestas colectivas de pronóstico de la fase anterior, con indicación personalizada de cual era la opción que cada uno de ellos había adoptado, pidiéndoles que la ratificaran o modificasen.

No se solicitó en la segunda ronda la revisión de los propios deseos o aspiraciones, expresados ya en la primera ronda, por asumir consistencia en estas respuestas en el lapso transcurrido entre las consultas sucesivas. El cuestionario inicial logró una tasa de respuesta del 85%, excepcionalmente elevada para este tipo de consultas. De los 145 participantes en la primera ronda, 141 participaron en el estudio hasta el final -97%-, cumplimentando el cuestionario enviado en la segunda ronda.

4.5 ANÁLISIS

Para el análisis descriptivo se utilizó la mediana, considerada como mejor indicador aislado que define el consenso de un grupo¹, y los percentiles 25 y 75, que muestran el grado de dispersión en las respuestas del 50% central de los panelistas. Cuando este 50% central se situó entre 4 o más puntos de la escala de puntuación de 1 a 9, se procedió a realizar análisis comparativos entre subgrupos del panel. Para visualizar con más claridad los resultados de los diferentes análisis, cada cuestión se acompañó de histogramas con la distribución de frecuencias de las respuestas, y diagramas de caja y prueba de U de Mann-Whitney en el caso de análisis por subgrupos. También se realizaron análisis de correlaciones en la expresión de deseos y pronósticos entre grupos de cuestiones. A efectos de sistematizar la interpretación de las respuestas se agrupó la escala original de 1 a 9 en tres grupos: de 1 a 3 (interpretadas como expresión de rechazo o de total desconfianza de ocurrencia de la propuesta expresada en el cuestionario, en función de la interpretación prospectiva o prescriptiva de la respuesta); de 4 a 6 (donde 4 y 6 expresarían un muy moderado pesimismo/desconfianza u optimismo/confianza y el 5 se interpreta como expresión de indiferencia en el deseo o indefinición en el pronóstico); de 7 a 9 (interpretadas como expresión de deseo o de adhesión a la proposición).

Una explicación gráfica y detallada se halla en el capítulo 6 **“Guía para la lectura de los resultados”**.

¹ Asencio Arana F, Peiró Moreno S, Meneu de Guillerma R, coords. Consenso entre cirujanos. Tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico.

5

PARTICIPANTES

5.	5.1 Grupo director.....	23
	5.2 Grupo Promotor.....	23
	5.3 Grupos nominales	23
	5.4 Panel de consultados	25
	5.5 Listado de panelistas.....	25

5. PARTICIPANTES

La concepción y desarrollo del estudio ha sido posible gracias a la contribución de los siguientes colectivos que se detallan a continuación:

- Grupo Director
- Grupo Promotor
- Integrantes de los grupos nominales
- Miembros del panel

5.1 GRUPO DIRECTOR

Dirección del Proyecto

Dr. Joan Artells i Herrero

Director, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dr. Enrique Castellón Leal

Director del Programa Salud y Sociedad, Fundación Fernando Abril Martorell

Dr. Francisco Sevilla Pérez

Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en Francia, Embajada de España

Dr. Santiago Cervera Soto

Ex Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Navarra

Aníbal García Sempere

Asesor Técnico, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Realización del Trabajo de Campo

Montserrat Juan i Pugibet, Secretaria Técnica, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Carmen Hevia Fernández, Adjunta a la Dirección, Fundación Fernando Abril Martorell

Antoni Flaquer i Viver, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Enric Muñoz Freixanet, Novartis

Maria Calafell Muñoz, Novartis

Àlex Calvo Prats, Novartis

María Navarro García, Fundación Salud, Innovación y Sociedad

5.2 GRUPO PROMOTOR

El Grupo Promotor está formado por los organismos e instituciones que aceptaron dar su apoyo institucional a la realización del estudio. Concretamente, la totalidad de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

5.3 GRUPOS NOMINALES

La validez de las predicciones de un estudio de estas características no se basa en la representatividad estadística de ninguna muestra, sino en la relevancia en la identificación y el acierto en la definición de las áreas objeto de la consulta, el diseño del cuestionario y la selección de panelistas cuya experiencia, juicio y percepciones sean relevantes.

El Delphi que se presenta ha contado con asesoramiento experto para la fase de definición de áreas de la consulta y formulación del cuestionario objeto de la consulta. Se realizaron dos reuniones de grupo nominal constituidas por paneles multidisciplinares de acreditados

profesionales y expertos en materia de política sanitaria (ver tabla 1) cuya identidad se mantuvo en el anonimato –al igual que la de los panelistas– hasta la presentación de los resultados del estudio. Los resultados de ambas reuniones de grupo nominal vienen recogidos en el Anexo 1.

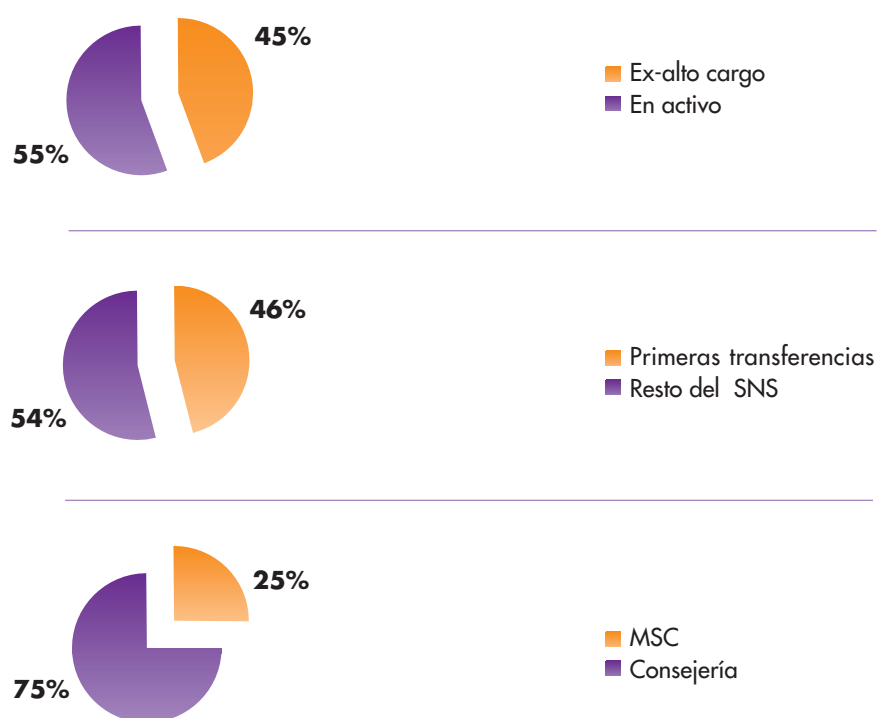
Tabla 1. Participantes en las sesiones de grupo nominales para la definición del ámbito y dimensiones a incluir en la consulta Delphi

Participantes Sesión de Grupo nominal de Madrid - 26 de Julio de 2004		
<i>Nombre</i>	<i>Responsabilidad</i>	<i>Institución</i>
Sr. José Asúa	Jefe del Plan de Salud	Dirección Territorial de Bizkaia Osakidetza
Sr. Emilio de Benito	Periodista	El País
Dr. Juan Cabasés	Profesor Titular de Economía Aplicada	Universidad Pública de Navarra
Sra. Verónica Casado	Médico de familia	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Sr. Francisco Fernández	Director	Correo Farmacéutico
Dr. Pablo Lázaro	Director	TAISS
Dr. José Ramón Luís-Yague	Jefe Gabinete del Viceconsejero	Consejería de Sanidad de Madrid
Dr. Esteban de Manuel	Director	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Sr. Javier Olave	Director	Diario Médico
Sr. Javier Sánchez-Mariana	Jefe de Servicio	Ministerio de Sanidad y Consumo
Sra. Eva de la Torre	Periodista	Planner Media Group
Dr. Juan del Llano	Director General	Fundación Gaspar Casal
Participantes Sesión de Grupo Nominal de Barcelona - 17 de Septiembre de 2004		
<i>Nombre</i>	<i>Responsabilidad</i>	<i>Institución</i>
Dr. Joaquim Calaf	Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología	Hospital Sant Pau, Barcelona
Dr. Eusebi Castaño	Adjunto de planificación	Consejería de Salud y Consumo de Baleares
Sr. Fernando García Benavides	Responsable de la Unidad de Investigación en Salud Laboral	Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
Sr. Guillém López Casasnovas	Consejero	Banco de España
Dr. José Luís de Sancho	Gerente	Hospital Valle de Hebrón, Barcelona
Dr. Jordi Camí	Director	Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona
Dr. Jordi Colomer	Director General	Hospital Sant Pau, Barcelona
Sr. Albert Fernández	Profesor	IESE, Barcelona
Dr. Joan Pons	Director	Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña
Sr. Joan Carles Serrat	Director General	Centro Inmunológico de Cataluña, Barcelona
Dr. Antoni Trilla	Soporte y Prevención	Hospital Clínico y Provincial, Barcelona

5.4 PANEL DE CONSULTADOS

El panel está compuesto por 141 directivos del Sistema Nacional de Salud de los últimos veinte años: ministros, consejeros y viceconsejeros así como directores generales.

Figura I. Composición del panel por condición de exalto cargo o de cargo en activo en el momento de la consulta, por pertenencia al grupo de CCAA transferidas en primer lugar o al resto de CCAA o por pertenecer al Ministerio de Sanidad o a las Consejerías (en %, n=141)



Se determinó la composición del panel en función de la condición de ex-alto cargo o de alto cargo en activo en el momento de la consulta, por pertenencia al grupo de CCAA transferidas en primer lugar o al resto de CCAA o por pertenecer al Ministerio de Sanidad o a las Consejerías: figura I. En aquellas respuestas del Delphi en que el panel puntuó de un modo muy dispar –elevada dispersión en los posicionamientos– se realizaron análisis basándose en dichos subgrupos (tratando de identificar si unos puntuaron de modo significativamente distinto a los otros en dichos ítem con elevada dispersión).

5.5 LISTADO DE PANELISTAS

Tabla 2. Listado de panelistas

- | | | |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ■ Ma Jesús Abarca López | ■ Santiago Roberto Ferrándiz Gomis | ■ Rafael Nájera Morrondo |
| ■ José Albuquerque Sánchez | ■ José Luis Ferrer Agualeles | ■ Carmen Navarro Fernández Rodríguez |
| ■ Ángeles Amador Millán | ■ Juan José Francisco Polledo | ■ José Ignacio Nieto García |
| ■ Isabel Ansa Erice | ■ José Manuel Freire Campos | ■ Albert Oriol i Bosch |
| ■ Antonio Arauzo González | ■ Josu Garay Ibáñez de Elejalde | |

- Ma Luisa Arteagoitia González
- Carlos Artundo Purroy
- José Asua Batarrita
- Juan Atenza Fernández
- Jaume Aubía Marimón
- Jon Azua Mendía
- Juan Alfonso Bataller Vicent
- Raimon Belenes i Juárez
- Juan José Bestard Perelló
- Jon Iñaki Betolaza San Miguel
- Juan Antonio Blas Quilez
- Lluís Bohigas Santasusagna
- Josep Bonet Bertomeu
- Antonio Brun Macipe
- Adolfo Cajal Marzal
- Antonio Campos Muñoz
- Juan José Cañas Sancho
- Andrés Carrillo González
- Aina Maria Castillo i Ferrer
- Manuel Cervera Taulet
- Joaquín Chacón Fuertes
- José Luis Conde Olasagasti
- Josep Corcoll Reixach
- Joan Cornet i Prat
- Antonio Cueto Espinar
- Berta Cuña Estevez
- José Cuñat de la Hoz
- Jon Darpón Sierra
- Esteban de Manuel Keenoy
- Juli de Nadal i Caparà
- Fernando de Uribe Ladrón de Cegama
- Jaime del Barrio Seoane
- Francisco Manuel del Busto de Prado
- Rafael Díaz Martínez
- Francisco Javier Elola
- Somoza Luis Espadas Moncalvillo
- Carlos Fernández Rodríguez
- Juan María Fernández de Gamarra Betolaza
- Paloma Fernández Cano
- Iñaki Fernández Mendizabal
- José Manuel Fernández
- Francisco Ortega Suárez
- Manuel García Encabo
- Alfredo García Iglesias
- Julián García Vargas
- Julián García Valverde
- José García González
- José Luis García de Arboleya y Tornero
- José Carlos Garde Celigueta
- Marina Geli i Fàbrega
- J. Marcos Gómez Gutiérrez
- Luis Ignacio Gómez López
- Pedro Gómez Aguerre
- Javier Gost Garde
- Lorenzo Guirao Sánchez
- Jesús Gutiérrez Morlote
- José Antonio Gutiérrez Fuentes
- Javier Hernández Pascual
- Carlos Hernández Gil
- José M. Hernández Cochón
- Emilio Herrera Molina
- Jesús Huerta Almendro
- Fidel Illana Robles
- Alfonso Jiménez Palacios
- Eloi Jiménez Cantos
- Isabel Keller Rebellón
- Fernando Lamata Cotanda
- Alberto Larraz Vileta
- Félix Lobo Aleu
- Ángel José López Díaz
- Rosa López Garnica
- Francisco López Rois
- José Luis López Hernández
- Guillermo López Vivanco
- María Inés López-Ibor Alcocer
- Alfredo Macho Fernández
- Carles Manté i Fors
- Rafael Manzanera i López
- Maria Emilia Manzano Pereira
- Milagros Marcos Ortega
- José María Martín Moreno
- Carmen Martínez Aguayo
- Rafael Matesanz Acedos
- Rubén Moreno Palanques
- Regina Múzquiz Vicente-Arche
- Juan Ortiz Fuente
- Rafael Otero Fernández
- Ana María Pastor
- Julián Rafael Peñalver
- Castellano Rafael Pérez
- Santamarina
- Feijóo Antoni Plasència i Taradach
- Federico Plaza Piñol
- Pilar Polo Sanz
- Xavier Pomés i Abella
- Rosa María Posada Chapado
- Josep Prat i Domènech
- Vicente Rambla Momplet
- Francisco Ramiro del Toro
- Regina Revilla Pedreira
- Javier Rey Del Castillo
- Juana María Reyes Melián
- José Ramón Ricoy Campo
- José Ramón Riera
- Velasco Eduard Rius i Pey
- José Luis Rocha Castilla
- Santiago Rodríguez Gil
- José Manuel Romay Beccaría
- Dolores Rubio Lleonart
- Virginia Ruiz Camino
- Roberto Sabrido Bermúdez
- Francisco Javier Sada Goñi
- Laura Sampietro Colom
- José Ma Segovia de Arana
- Pedro Soto García
- Jorge Suanzes Hernández
- Federico Tajadura Iso
- Alberto Talavera Déniz
- José Luis Temes Montes
- Maria Asunción Tormo Domínguez
- Xavier Trias i Vidal de Llobatera
- Gonzalo Trincado Ibáñez
- Matilde Valentín Navarro
- José Antonio Valverde Albacete
- Pablo Vázquez Vega
- José María Vergeles Blanca
- Fernando Vicente Fuentes
- Dámaso Villa Mínguez

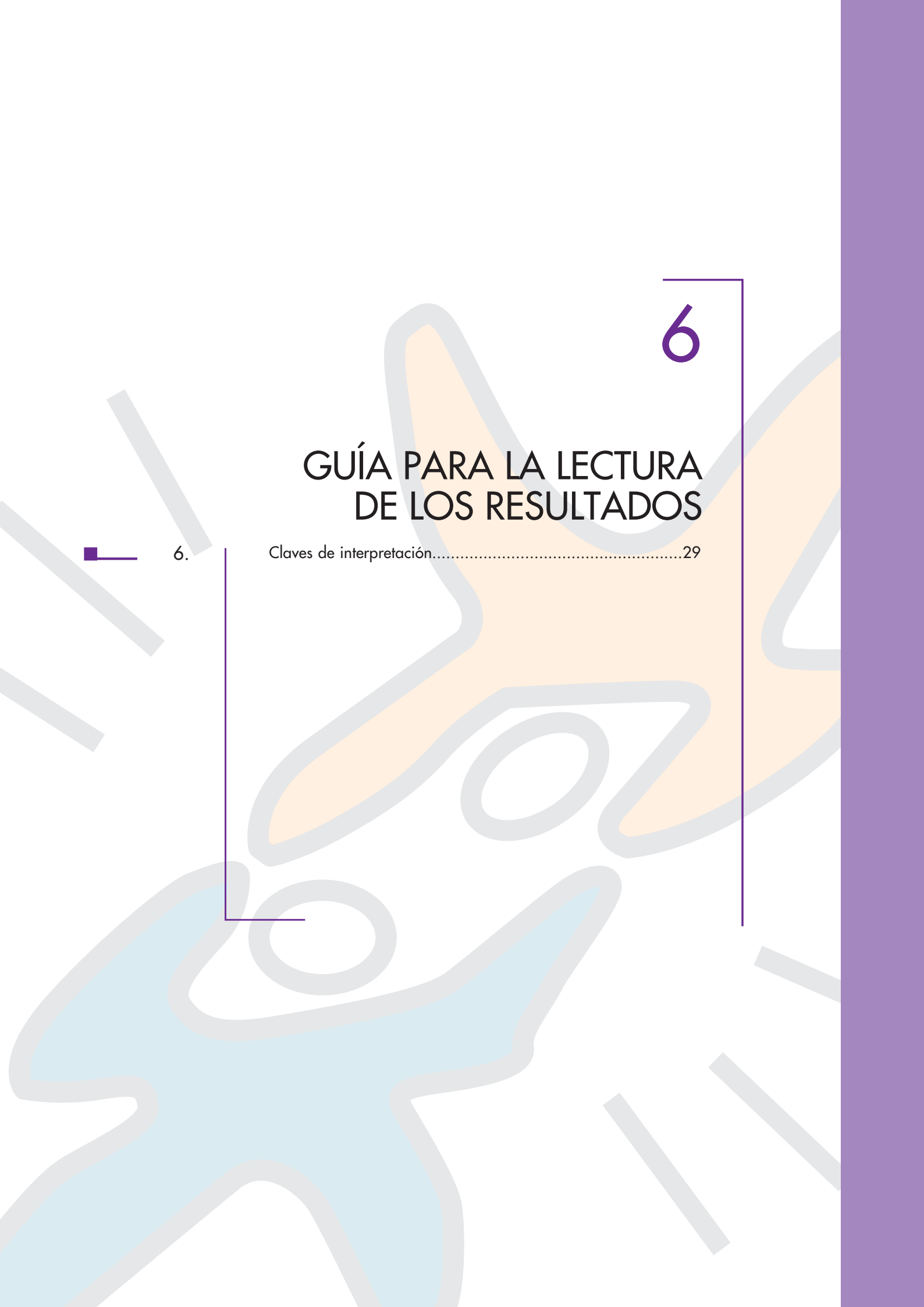
6

GUÍA PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS



6.

Claves de interpretación.....29



6. GUÍA PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS

Las siguientes notas pretenden facilitar una lectura ágil y funcional de los resultados del informe. Los resultados del estudio, que se recogen en el capítulo 7, se presentan en los 6 apartados siguientes:

1. Gobierno del SNS
2. Gasto y Financiación
3. Salud pública y dispositivos asistenciales
4. Calidad y modernización
5. Consensos y disensos
6. Oportunidades y amenazas

Los apartados 1 a 4 reciben un tratamiento de análisis y exposición idéntico, cuyas claves de interpretación se facilitan a continuación. Los apartados 5 y 6 reciben un tratamiento detallado y singular que se detalla más adelante.

APARTADOS 1 A 4. CLAVES DE INTERPRETACIÓN

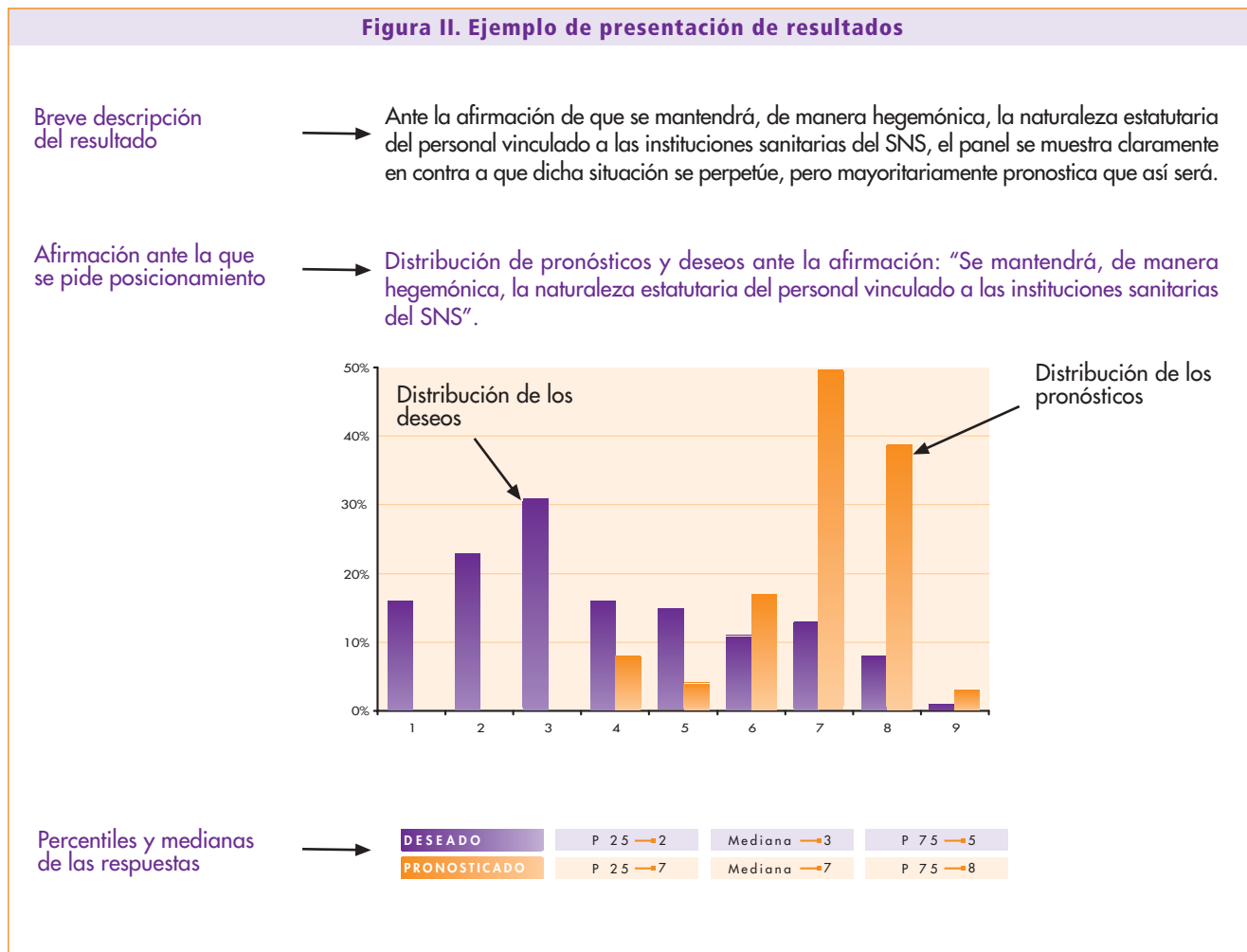
Cada apartado se encabeza con unas notas de contexto que enmarcan la interpretación del tratamiento estadístico descriptivo de los pronósticos y aspiraciones reveladas por los panelistas.

Se propuso a los panelistas una serie de escenarios de evolución de diferentes dimensiones del SNS en los próximos 15 años. Dichos escenarios se expresan en forma de afirmación, sobre la que se pide al panelista que se pronuncie en términos de su estimación de la probabilidad de ocurrencia (PRONÓSTICO) y su anhelo de ocurrencia (DESEO), expresando ambas valoraciones en escalas de 1 –total escepticismo o total rechazo a lo que el escenario propone– a 9 –total confianza o adhesión a la propuesta–. Se sistematizó el análisis de las respuestas agrupando el rango de valores posible –de 1 a 9– en 3 grupos, interpretando cada conjunto de respuestas del siguiente modo (tabla 3).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Emisión de Pronósticos	Mínima credibilidad			Desconfianza			Plena confianza, convencimiento		
Expresión de Deseos	Rechazo, aversión			Indiferencia, reservas			Adhesión Compromiso		

En general se adopta esta asunción a fin de sistematizar los comentarios de las respuestas a las distintas cuestiones, aunque se ha respetado una cierta flexibilidad interpretativa, por ejemplo, reconociendo en un pronóstico de 6 un ligero convencimiento, o valorando más negativamente un deseo puntuado en 1 que en 3.

El ejemplo de presentación de resultados (figura II) ilustra la sistemática.



En el ejemplo, el panel pronostica que se mantendrá la naturaleza estatutaria del personal del SNS en los próximos quince años (mediana de las respuestas en 7, y más del 75% de las respuestas en las tres puntuaciones más elevadas, 7, 8 y 9). La expresión de deseos es más dispersa, evidenciando un mayor desacuerdo en el panel (existen posiciones contrapuestas de rechazo y anhelo), aunque es mayoritaria la posición contraria al mantenimiento de la hegemonía funcional (mediana de las respuestas en 3, con 50% de respuestas entre 2 y 5).

En cuanto a la dispersión de las respuestas, se ha asumido un criterio de valoración en base a los puntos existentes entre el percentil 25 (p25) y el percentil 75 (p75):

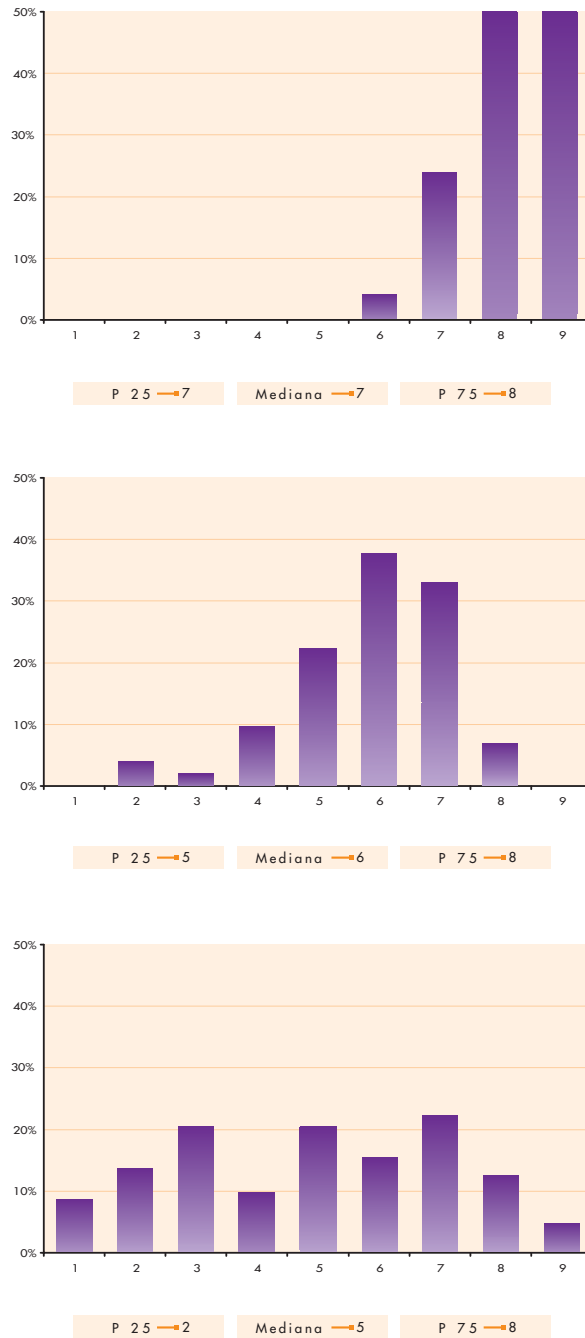
Dispersión baja: dos puntos o menos entre p 25 y p 75. La gráfica de distribución muestra una distribución picuda.

Dispersión media: tres puntos entre el p25 y el p75. La gráfica tiene forma de campana.

Dispersión alta: 4 puntos o más entre el p25 y el p75. La gráfica muestra una forma achatada.

La figura III muestra las “formas” de distribuciones con diferentes grados de dispersión.

Figura III. Representación gráfica de distribuciones poco dispersas, con dispersión media y con elevada dispersión



Las cuestiones con distribuciones de respuestas muy dispersas –4 o más puntos entre p25 y p75- han sido objeto, como se ha dicho, de análisis comparativo entre subgrupos del panel con el fin de tratar de explicar dicha dispersión por comportamientos diferenciales de subgrupos homogéneos identificados en el delphi –panelistas pertenecientes al MSC o a las Consejerías de Sanidad, en activo en el momento de la consulta o no, pertenecientes a las CCAA transferidas con anterioridad o en las de 2001.

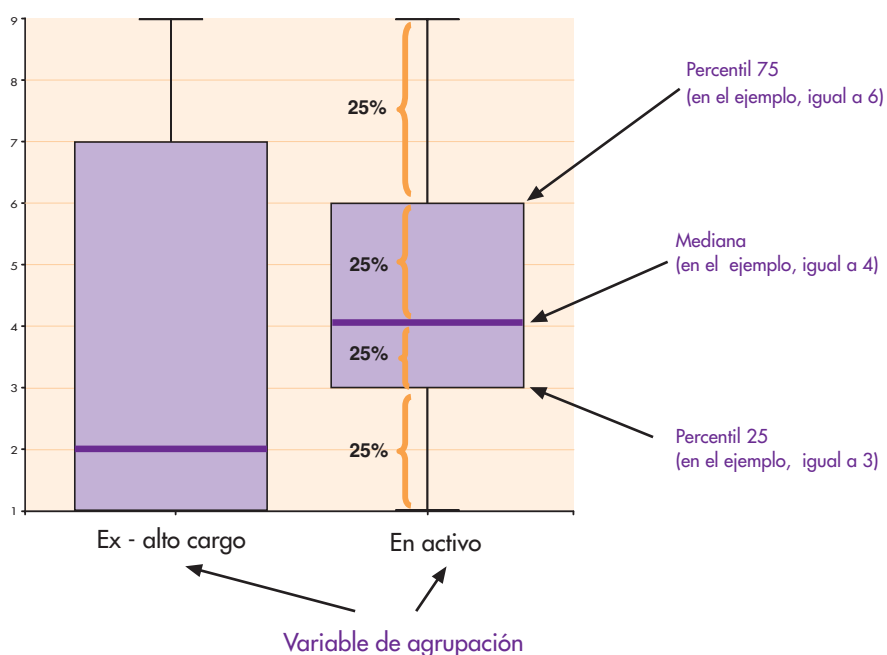
Cuando el análisis por subgrupos identifica diferencias estadísticamente significativas entre colectivos diferenciados dentro del panel, se representa la distribución de las respuestas mediante un diagrama de caja y se muestra el valor de p en la prueba U de Mann-Whitney – ver la figura IV.

Figura IV. Ejemplo de diagrama de caja

Título de la gráfica

Distribución de los deseos en función de participar en calidad de alto cargo o exalto cargo en el momento de la consulta, ante la afirmación: "El Ministerio de Sanidad desaparecerá o se integrará en un departamento ministerial más amplio, responsable de la política sanitaria y de otras dimensiones de la política social"

Escala de respuestas (1 a 9)



Valor de la prueba de U de Mann-Whitney

$p(U \text{ Mann-Whitney}) = 0,019$

En el ejemplo, los panelistas "ex-alto cargos" son más contrarios a que desaparezca el Ministerio de Sanidad (mediana=2, frente a la mediana situada en 4 de los panelistas en activo), aunque también contestan de modo más disperso (el 50% de las puntuaciones de los ex-alto cargos fluctúan en el intervalo 1 a 7, mientras que el 50% de las puntuaciones de los panelistas en activo se concentra entre 3 y 6). Las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas ($p=0,019 < 0,05$ en la prueba de Mann-Whitney).

Por último, se reportaron los resultados de análisis de correlaciones entre la expresión de deseos y pronósticos en diferentes cuestiones cuando estos aportaron información relevante para el estudio, esto es, cuando se hallaron correlaciones significativas y con alguna capacidad sugerente acerca del sentido y coherencia de las respuestas.

APARTADOS 5 Y 6.

El apartado 5 recoge la identificación de grandes consensos y disensos en la consulta. El apartado 6, que recoge los resultados correspondientes al área específica de consulta 1 del cuestionario de la primera ronda de consulta, refiere la identificación y valoración de oportunidades y amenazas para la legitimidad y sostenibilidad del SNS por parte del panel. Encontrará todos los detalles de metodología y resultados en el interior de cada capítulo.

RESULTADOS

7.	7.1 Gobierno del SNS.....	35
	I. Descentralización y coordinación: rol de las CC.AA. y el MSC.....	36
	II. Gestión y dimensiones políticas en el SNS	40
	III. Aseguramiento y provisión: la interfaz público-privada.....	43
	IV. Ciudadanía y centralidad del paciente.....	45
	7.2 Gasto y financiación.....	48
	I. Evolución del gasto sanitario.....	48
	II. Cobertura de prestaciones financiadas públicamente.....	52
	III. Financiación: corresponsabilidad y equidad	54
	7.3 Salud pública y dispositivos asistenciales.....	61
	I. Salud pública.....	62
	II. Atención primaria.....	65
	III. Atención especializada.....	67
	IV. Política farmacéutica.....	69
	V. Atención a colectivos desfavorecidos.....	75
	7.4 Calidad y modernización.....	77
	I. Formación y acreditación de profesionales.....	77
	II. Información y calidad.....	80
	III. Investigación y desarrollo.....	83
	7.5 Consensos y disensos.....	85
	7.6 Oportunidades y Amenazas para la legitimación y sostenibilidad del SNS.....	89

7. RESULTADOS

7.1 GOBIERNO DEL SNS

En el presente capítulo se presentan los deseos y pronósticos de ocurrencia real enunciados por el panel en relación con la evolución de diferentes escenarios de gobierno y gestión del SNS, la introducción de nuevas fórmulas de aseguramiento complementario y la implicación del público y los pacientes en las decisiones colectivas e individuales en la oferta asistencial y en las decisiones clínicas que les afectan.

Ante los procesos de reforma del marco constitucional y la arquitectura básica del estado tiene interés conocer el posicionamiento predictivo del panel en relación a una serie de supuestos de cambio en la actual organización administrativa de la sanidad pública y de las responsabilidades de establecimiento y ejecución de políticas sanitarias y de su coordinación. Entre las hipótesis propuestas destaca la respuesta colectiva más compartida que considera que el actual Consejo Interterritorial “será un ámbito de intercambio de información, estudio, negociación y acuerdo” que se asocia a una patente desconfianza en su futuro como “principal centro de decisión y autoridad superior del SNS”.

La indagación prospectiva se refiere asimismo al eventual surgimiento de una gestión sanitaria de nuevo cuño en cuya modernización la preponderancia de los objetivos financieros se equilibre, por lo menos, con los objetivos de salud, la gestión de los recursos humanos se asiente sobre la diversidad de instrumentos e incentivos y la politización de las instancias gestoras desaparezca o se aminore de manera reconocible.

Los apriorismos que tradicionalmente perpetúan el sesgo de las políticas sanitarias a favor o en contra de la complementariedad entre el aseguramiento público obligatorio y alguna modalidad de seguro voluntario privado, así como la transferencia de riesgos del asegurador al proveedor asistencial por medio de diversas modalidades de primas se someten, también, a la estimación colectiva de su mantenimiento o modificación en un futuro inmediato.

Este bloque se completa con la consulta acerca de las posibles direcciones de avance o retroceso en la profundización de la democratización verificable de la sanidad pública, a partir de la evolución de la participación del ciudadano –paciente o no– en ámbitos estratégicos de decisión en el desarrollo del sistema sanitario y en la autonomía y elección informada del paciente cuya importancia recoge de manera significativa la legislación correspondiente a los años iniciales del nuevo milenio.

Las predicciones de este apartado avalan muy levemente los escenarios de cambio propuestos, siendo la deseabilidad manifestada por los consultados muy superior a la expresión de la creencia en la realización de las propuestas.

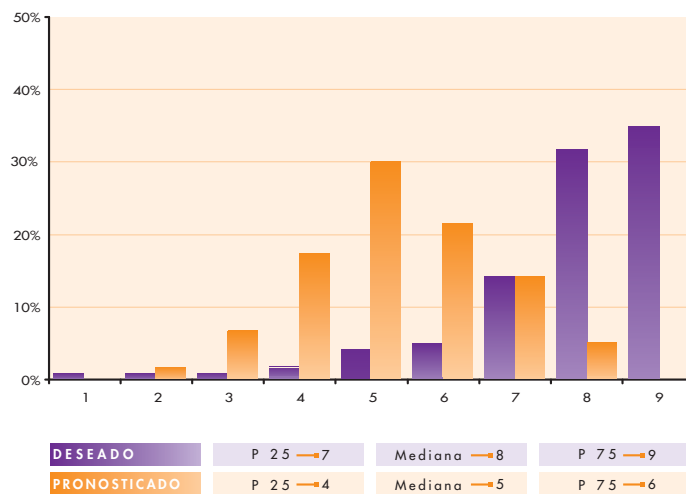
En el panorama resultante de continuismo, el reforzamiento de la homogeneidad prevalece frente a la diversidad y la pluralidad de elección, pese a formulaciones de deseabilidad más progresivas. La más firme y consistente de las predicciones se refiere al mantenimiento hegemónico de la naturaleza estatutaria del personal vinculado a las instituciones asistenciales, mientras que la mayor desconfianza y discrepancia entre los panelistas se manifiesta en el desacuerdo acerca de que el Consejo Interterritorial vaya a ser el principal centro de decisión y autoridad superior del SNS. La mayor discrepancia entre deseos y pronósticos se asocia con la propuesta de desaparición de la politización de la gestión y el mayor desacuerdo en cuanto a deseos se refiere a los distintos futuros que se vaticinan para el actual Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial. Los consultados no esperan que se promueva la participación de los usuarios en los órganos de decisión de las organizaciones asistenciales aunque, por el contrario, expresan una mayor coincidencia entre deseos y pronósticos acerca de que se garantice la efectiva expresión de la autonomía personal en las decisiones clínicas que afectan a los pacientes.

I. DESCENTRALIZACIÓN Y COORDINACIÓN: ROL DE LAS CC.AA. Y MSC

Se propuso al panel una serie de escenarios de evolución del rol y funciones del Consejo Interterritorial (CI) del SNS en un horizonte de 15 años (figuras 1 a 4). En relación con su evolución “hasta ser un ámbito de intercambio e información, estudio, negociación y acuerdo”, el panel expresa un marcado deseo de que tal evolución se produzca, aunque su pronóstico está sólo moderadamente en sintonía, con la mayor parte de panelistas puntuando en 5 –la mediana– y adyacentes.

Figura 7.1

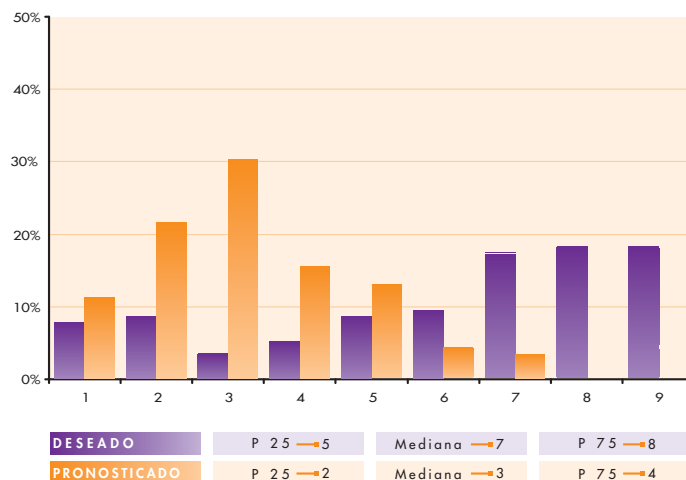
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El Consejo Interterritorial del SNS evolucionará hasta ser un ámbito de intercambio e información, estudio, negociación y acuerdo”.



La idea de un horizonte donde el CI fuera el principal centro de decisión del SNS recibe un apoyo menos marcado que el del escenario anterior, identificándose en el colectivo consultado posiciones mucho menos entusiastas. Adicionalmente, el panel mayoritariamente no augura que esta situación se produzca en el futuro.

Figura 7.2

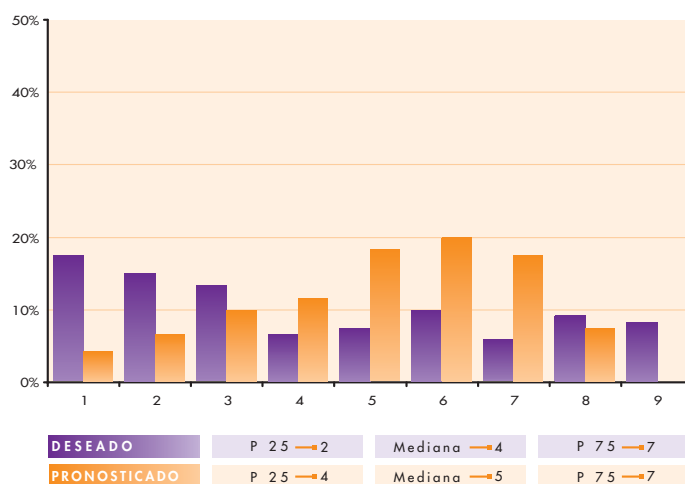
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El Consejo Interterritorial del SNS evolucionará hasta ser el principal centro de decisión y la autoridad superior del SNS”.



En cuanto a la hipótesis de ver en un futuro un CI como órgano consultivo del Ministerio de Sanidad, tanto el pronóstico, centrado en posiciones que expresan indefinición, como los deseos presentan distribuciones muy dispersas, más acentuada en esta última (el 50% central de puntuaciones del panel están entre los valores 2 y 7). Se realizó un análisis de subgrupos para tratar de explicar dicha dispersión, pero las variables utilizadas –MSC vs. Consejería de Sanidad, estar en activo en la gestión sanitaria vs. participar en la consulta como ex-alto cargo, la pertenencia al grupo de CCAA transferidas en primer lugar vs. la transferencia de 2001– no se asociaron significativamente con diferentes posiciones respecto a la valoración del escenario considerado.

Figura 7.3

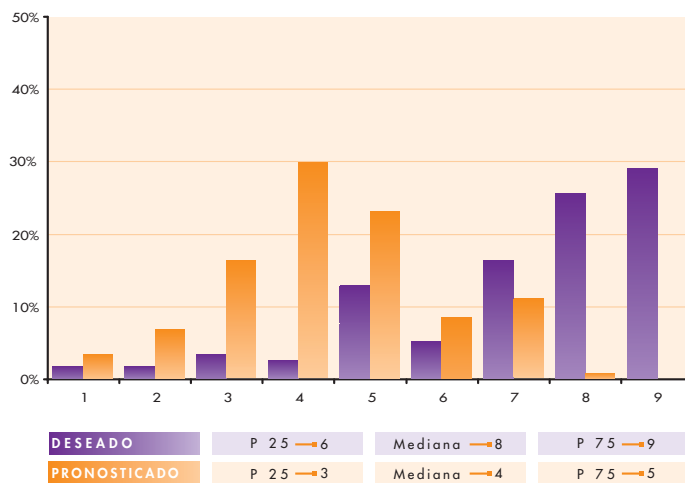
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El Consejo Interterritorial del SNS evolucionará hasta ser un órgano consultivo del Ministerio de Sanidad”.



Por último, la propuesta de una configuración integradora de las tres posibilidades examinadas, en función de la naturaleza y del nivel administrativo de las decisiones a tomar, es valorada como “moderadamente” deseable por el panel, mostrando escepticismo ante la posibilidad de que dicho escenario tenga lugar en un futuro próximo.

Figura 7.4

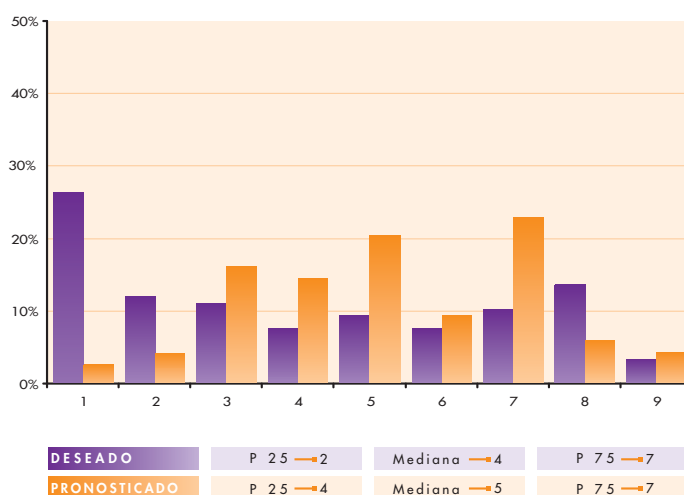
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El Consejo Interterritorial del SNS evolucionará hasta ser las tres dimensiones anteriores, en función de la naturaleza y nivel administrativo de las decisiones a tomar”.



Un futuro Ministerio de Sanidad distinto del actual se contempla con más prevención que entusiasmo. La desaparición planteada a 15 años vista del Ministerio de Sanidad, y su integración en un Departamento más amplio responsable de la Política Social en conjunto es un escenario que suscita evidentes desacuerdos en el panel tanto en la expresión de anhelos como de las probabilidades de que estos se cumplan, aunque más de la mitad de los panelistas no ocultan su deseo de que la propuesta prospere.

Figura 7.5

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El Ministerio de Sanidad desaparecerá o se integrará en un departamento ministerial más amplio, responsable de la política sanitaria y de otras dimensiones de la política social”.



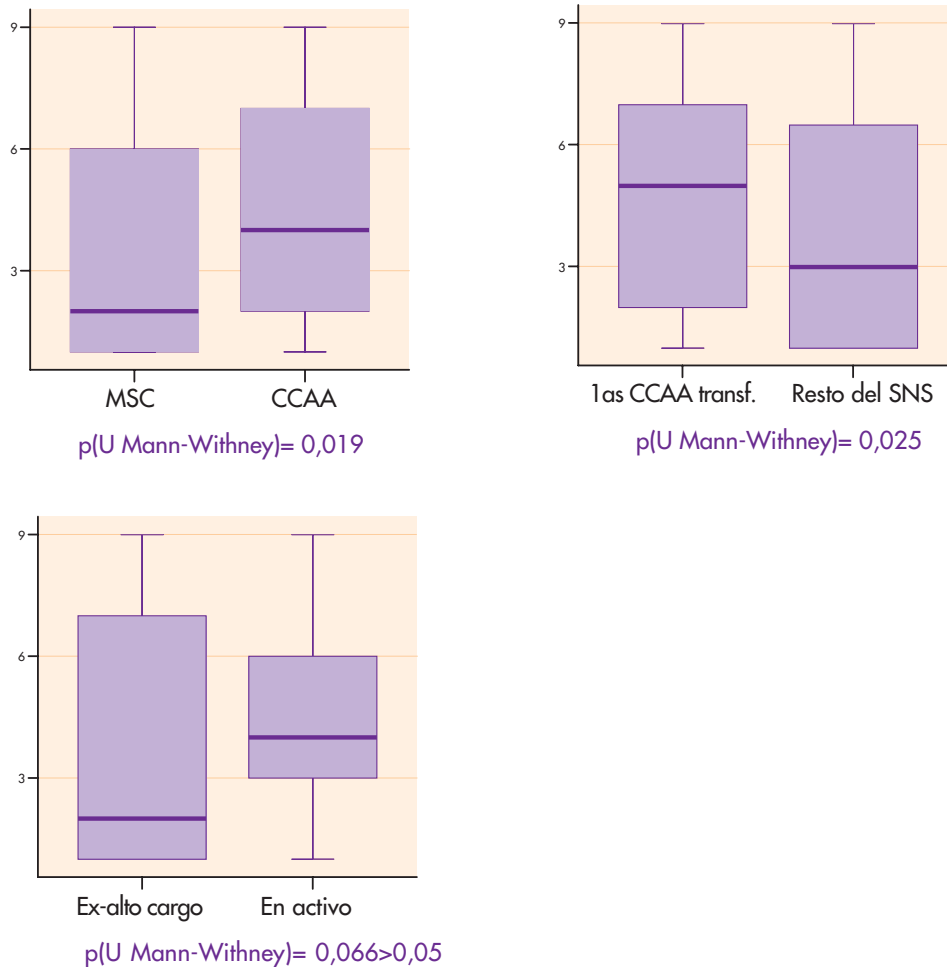
El análisis por subgrupos evidenció diferencias estadísticamente significativas en la expresión colectiva de deseos entre los panelistas pertenecientes al MSC (menos proclives a la desaparición del MSC) y los de las Consejerías (más favorables), y también entre los panelistas pertenecientes las CCAA transferidas en primer lugar y el resto del panel (más a favor del cambio los transferidos en las primeras transferencias). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la condición de ex-cargo o de permanecer en activo².

(2) $p=0,019 < 0,05$ en la prueba U de Mann-Whitney para diferencias entre los panelistas pertenecientes al MSC y los de las Consejerías; $p=0,025 < 0,05$ para las diferencias entre los panelistas de las Comunidades Autónomas transferidas en primer lugar y los pertenecientes al resto del SNS; $p=0,66 > 0,05$ para las diferencias entre los panelistas que participan en condición de ex-alto cargo y aquellos que están en activo en el momento de la consulta.

Los diagramas de caja aportan información gráfica sobre las respuestas de los diferentes grupos.

Figura 7.6

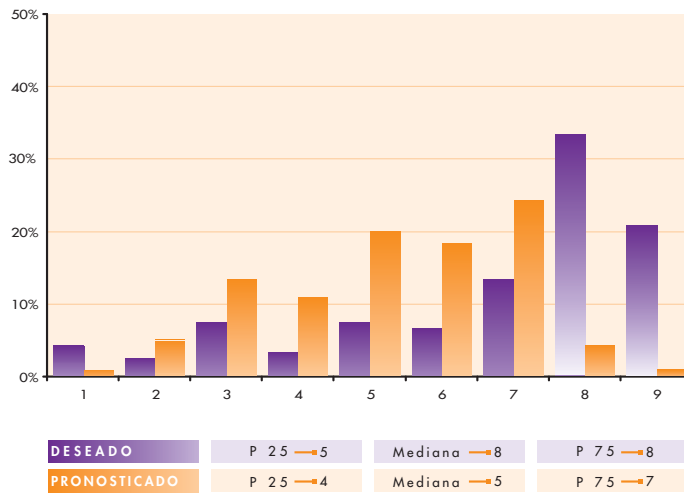
Distribución de los deseos en función de la pertenencia al MSC o CCAA, a las CCAA transferidas en primer lugar o no o ser ex-alto cargo o estar en activo en el momento de la consulta, ante la afirmación: "El Ministerio de Sanidad desaparecerá o se integrará en un departamento ministerial más amplio, responsable de la política sanitaria y de otras dimensiones de la política social"



Ante un futuro en que el rol de autoridad sanitaria –legislativa y ejecutiva– sea efectivamente ejercido en cada territorio por la Consejería responsable en materia sanitaria y para el conjunto del estado por el Consejo Interterritorial, el panel muestra su voluntad de que esto suceda, consolidándose el actual dibujo competencial, a pesar de la existencia de un sector minoritario de panelistas que se opone, mientras que el pronóstico de ocurrencia –lo que realmente se cree que pasará– es bastante disperso evidenciando una significativa incertidumbre sobre el futuro de este escenario, que no podemos explicar con la variables de análisis por subgrupos que manejamos.

Figura 7.7

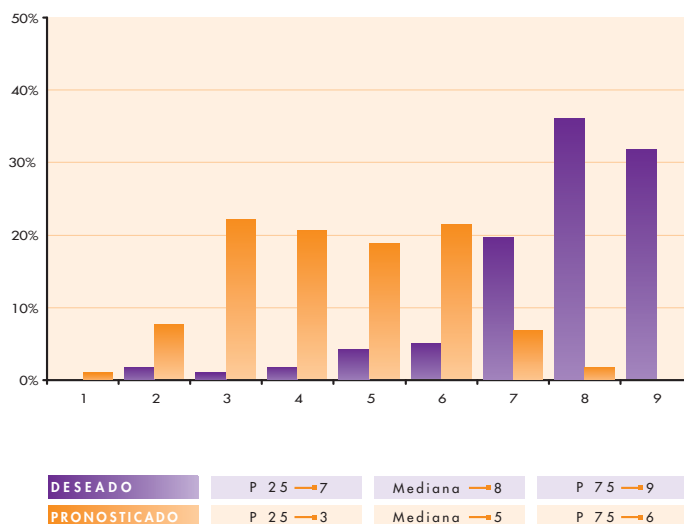
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El rol de Autoridad Sanitaria será ejercido en cada territorio por la Consejería competente en materia sanitaria y para el conjunto del estado por el Consejo Interterritorial”.



Un escenario de convergencia de las agencias de evaluación actuales en una agencia transversal similar al National Institute for Health and Clinical Excellence del Reino Unido³ muestra una marcada adhesión de gran parte del panel, en contraste con una creencia menos nítida en el pronóstico de que esto sea realmente así en el horizonte de la consulta.

Figura 7.8

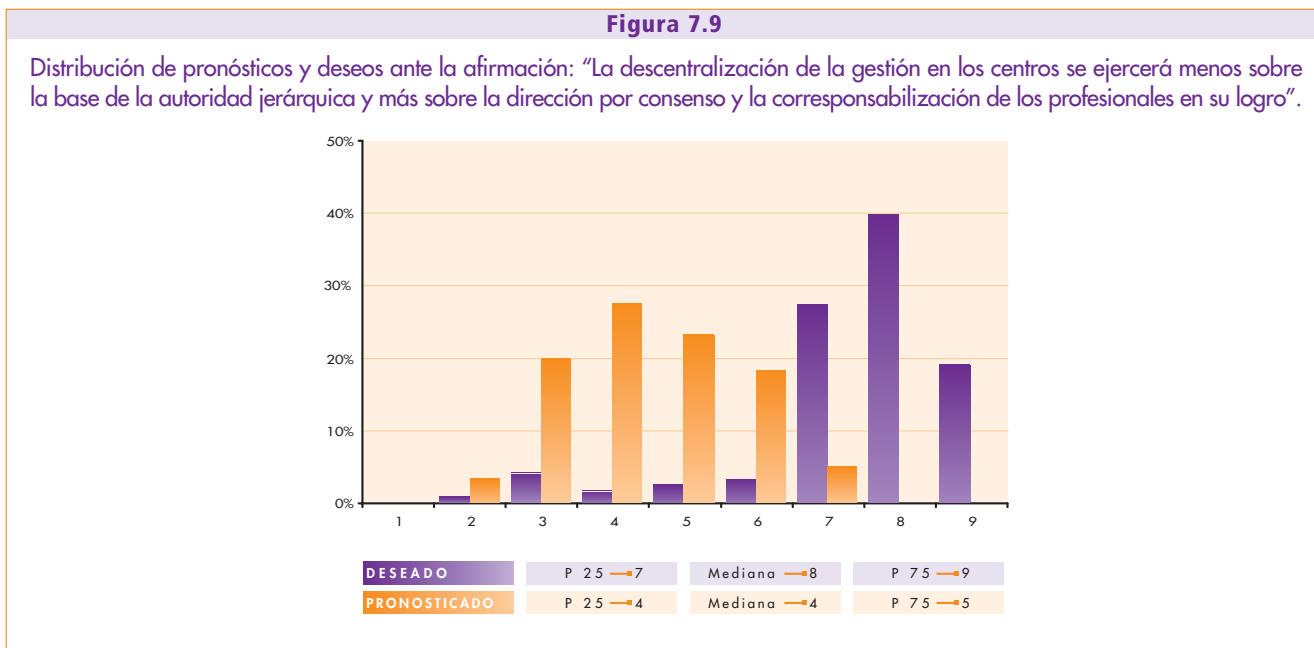
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las actuales Agencias de Evaluación tenderán a converger en un organismo transversal (tipo NICE británico) cooperativo, que responda a las consultas locales al tiempo que aúne esfuerzos en las cuestiones globales”.



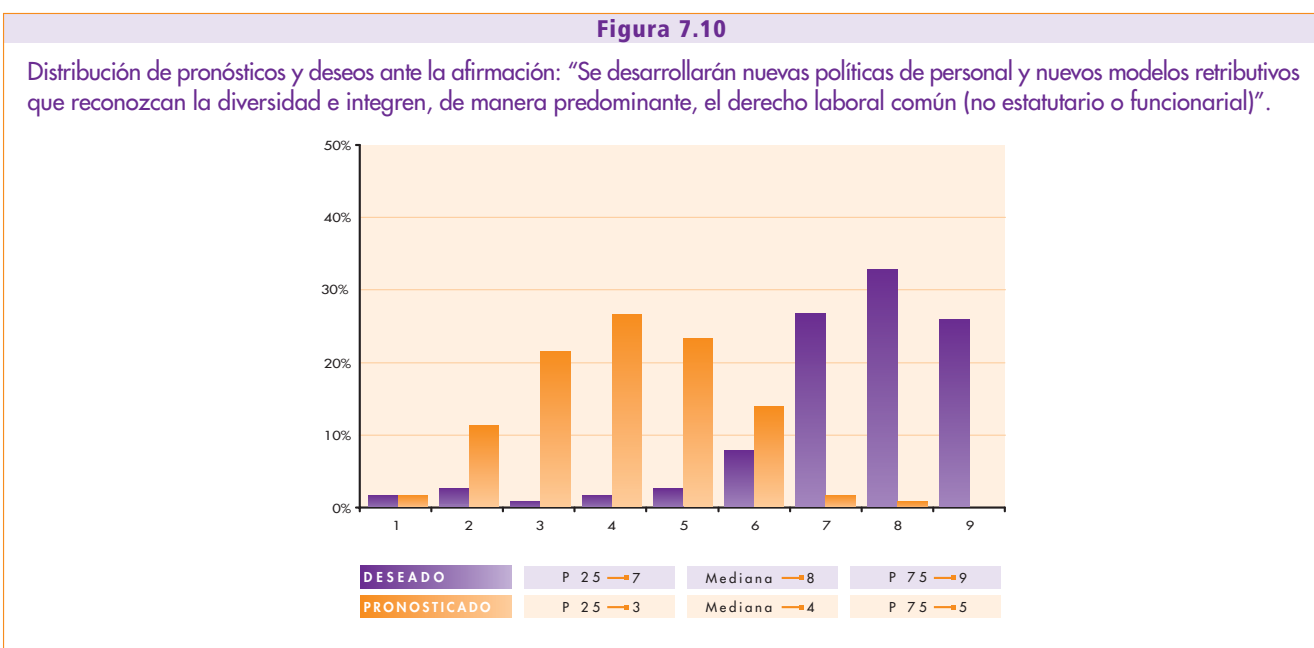
(3) El National Institute for Clinical Excellence and Public Health del National Health Service británico es la organización independiente responsable de proveer la mejor evidencia para todo el conjunto del NHS para la promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades –realizando actividades de evaluación de tecnologías, elaboración de guías de práctica clínica y evaluación de procedimientos clínicos y diagnósticos– accedido el 23 de agosto de 2005, dirección: www.nice.org.uk

II. GESTIÓN Y DIMENSIONES POLÍTICAS EN EL SNS

Ante la posibilidad de un escenario de descentralización de la gestión en los centros ejercida menos sobre la base de la autoridad jerárquica y más sobre la dirección por consenso y la corresponsabilización de los profesionales en el logro de objetivos de salud, el panel muestra su deseo mayoritario de que esto suceda, a la vez que cierto escepticismo -tal vez a la vista de la ejecutoria sobradamente conocida por la experiencia de los panelistas-, reflejado por una mediana de sólo 4 en las puntuaciones de pronóstico de que realmente esta situación se produzca.



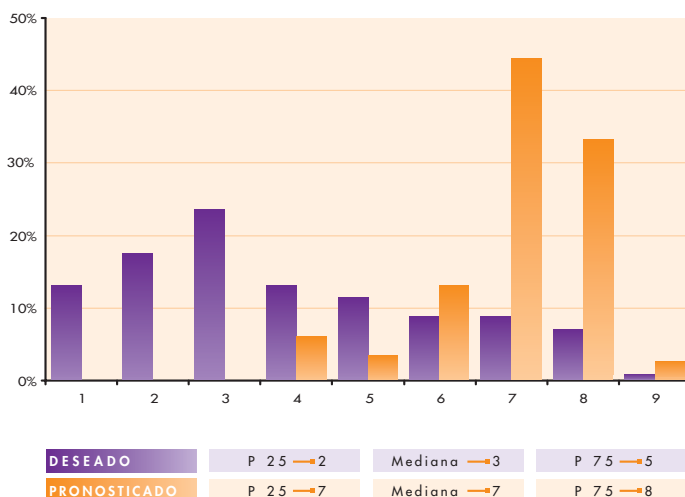
Llama la atención el contraste en la respuesta a la eventual modernización de la gestión de los recursos humanos del sistema público. El panel se muestra también escéptico, incluso más que en el caso anterior, en relación con el desarrollo de nuevas políticas de personal y nuevos modelos retributivos que integren el derecho laboral común, relegando la hegemonía de la vinculación estatutaria o funcionarial. Paradójicamente, este mismo escenario es claramente visto como atractivo para una destacada mayoría del panel que expresa su aspiración de ver hacerse realidad la extinción de la vinculación estatutaria.



Ante la cuestión anterior, planteada de manera “inversa”, acerca del mantenimiento de manera hegemónica de la naturaleza estatutaria del personal vinculado a las instituciones sanitarias del SNS, el panel ofrece una respuesta “en espejo” a la obtenida en la pregunta previa: se muestra claramente en contra a que dicha situación se perpetúe, pero pronostica mayoritariamente que así será.

Figura 7.11

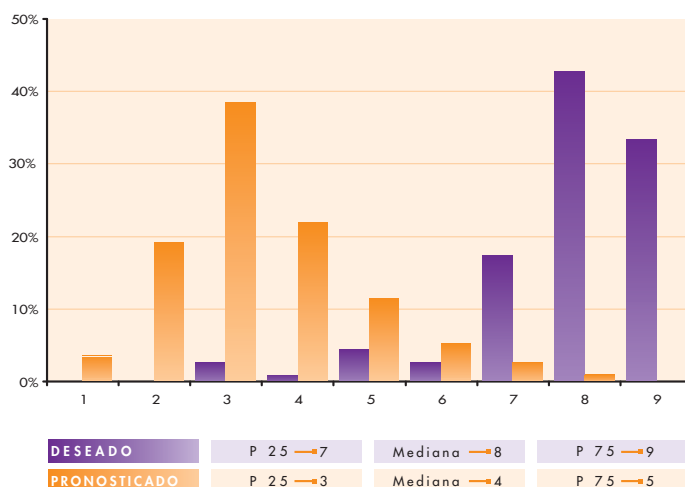
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se mantendrá, de manera hegemónica, la naturaleza estatutaria del personal vinculado a las instituciones sanitarias del SNS”.



La desconfianza del panel respecto a la viabilidad de que sus deseos de cambio se traduzcan efectivamente en nuevas formas organizativas se ilustra también con las respuestas acerca de la profesionalización de los gestores en detrimento de la subordinación política de la gestión en el SNS, el panel apuesta claramente por esta regeneración, pero muestra un claro convencimiento sobre la persistencia en el futuro de componentes de politización en la gestión.

Figura 7.12

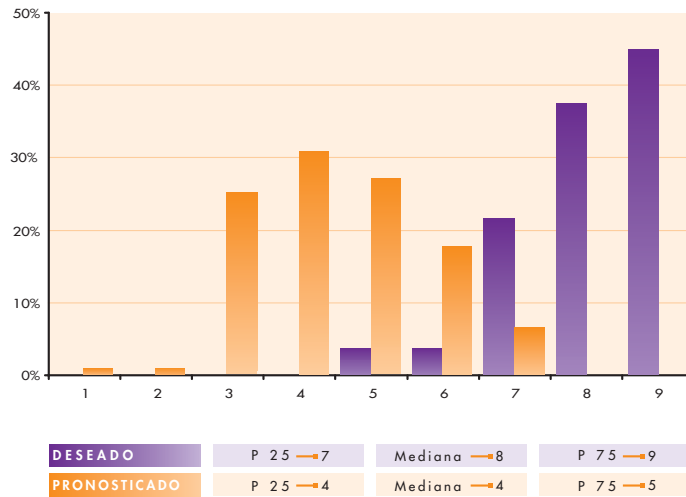
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Desaparecerán, o se reducirán de forma importante, los componentes de politización de la gestión sanitaria, con una importante profesionalización de la gestión”.



La priorización de políticas de gestión de la demanda y la contribución a la articulación informada de las expectativas de los usuarios como elementos clave de sostenibilidad del sistema son igualmente aspiraciones de destacado nivel de consenso del panel, que de nuevo se muestra escéptico –aunque de manera más moderada que en las preguntas inmediatamente anteriores– sobre que se de dicha priorización.

Figura 7.13

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se priorizarán políticas de moderación de la demanda sanitaria y de fomento de las expectativas informadas del ciudadano como condición necesaria para la sostenibilidad del sistema”.

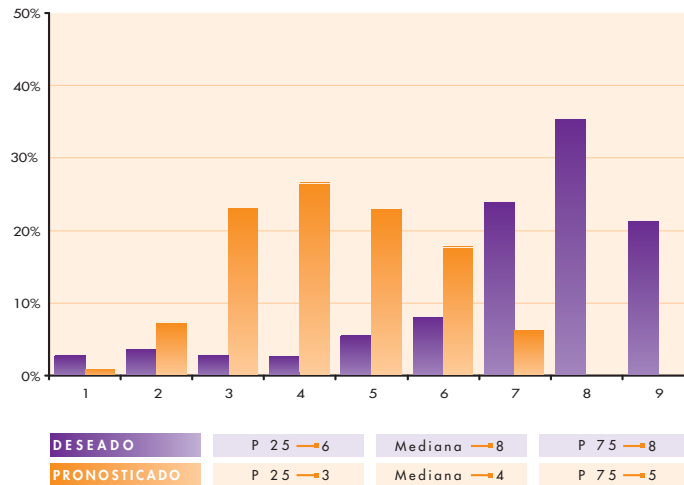


III. ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN: LA INTERFAZ PÚBLICO-PRIVADA

La sugerencia de acentuar la actual homogeneización del aseguramiento obligatorio público para todos los ciudadanos, incluyendo las actuales mutualidades, recibe un apoyo evidente por parte del panel, que en cambio expresa dudas sobre que dicha homogeneización se produzca efectivamente.

Figura 7.14

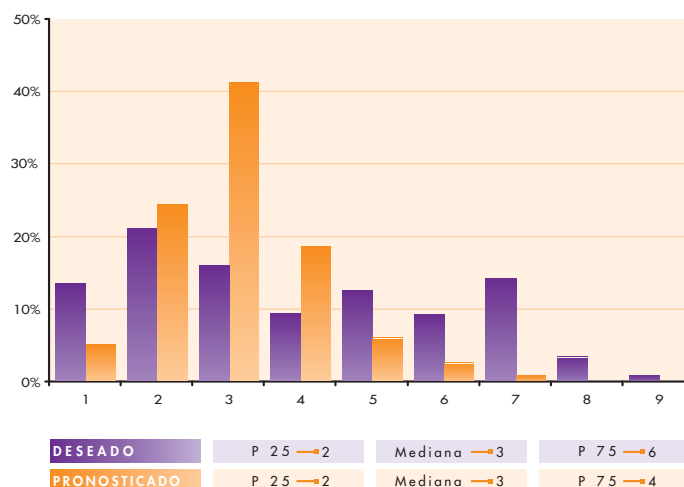
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se homogeneizarán las características del aseguramiento público obligatorio para todos los ciudadanos (incluyendo las mutualidades existentes hoy en día)".



Los consultados pronostican que no se desarrollará un escenario de elección entre un abanico de pólizas de cobertura pública, y la mayoría también expresa su rechazo a que esto suceda. Hay que destacar, no obstante, que un grupo minoritario de panelistas se muestra más favorable ante dicha propuesta, valorando sus deseos en puntuaciones entre 6 y 8. El análisis por subgrupos no ofreció resultados destacables.

Figura 7.15

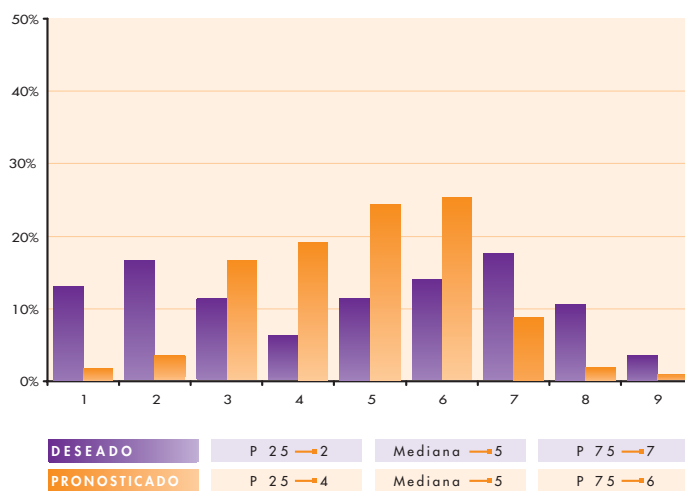
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "En los próximos 15 años el ciudadano podrá optar entre un abanico de pólizas de cobertura pública básica".



A pesar de que el colectivo reconoce como una oportunidad, aunque “débil” el establecimiento de una cobertura aseguradora complementaria optativa (apartado 6 del presente capítulo de Resultados, Oportunidades y Amenazas para el SNS), los consultados no mostraron acuerdo en cuanto al deseo de que se favorezca la elección voluntaria de pólizas complementarias al aseguramiento público, aunque en este caso se aprecia una distribución casi bimodal, con un grupo que rechaza esta medida (puntuaciones entre 1 y 3) y otro que se muestra favorable (puntuaciones entre 7 y 9). El pronóstico –lo que los panelistas creen que pasará– vuelve a ser de difícil interpretación puesto que la mayor parte de respuestas se sitúan en zonas de indefinición en torno al 5, la mediana, aunque con un 37% favorable al pronóstico. Los análisis por subgrupos no mostraron ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables utilizadas y las respuestas a esta pregunta. Pese a ello, las respuestas a las dos cuestiones previas relativas a la introducción de nuevos modelos de aseguramiento y gestión del aseguramiento público mostraban una elevada relación entre ellas⁴, sugiriendo que en las respuestas a ambas cuestiones subyace alguna clave explicativa probablemente relacionada con los valores o juicios prevalecientes y la relativa atención prestada hasta ahora al análisis empírico de las ventajas de la complementariedad de coberturas.

Figura 7.16

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se favorecerá la elección de pólizas libres complementarias de la cobertura pública única y obligatoria”.

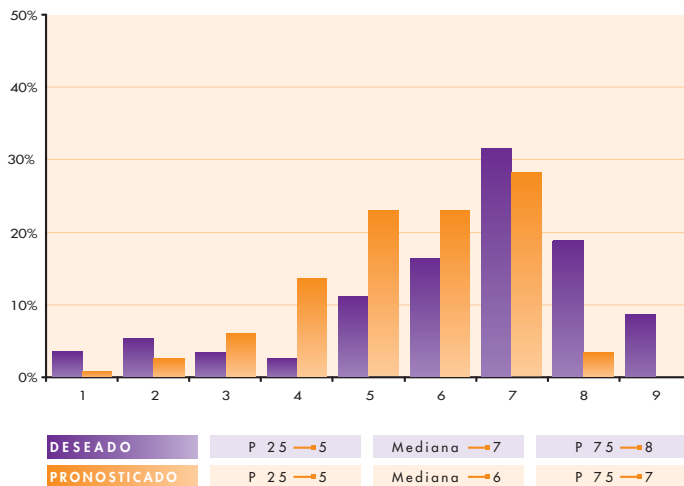


(4) El grado de relación existente entre los deseos del panel de que se introduzca un abanico de pólizas de cobertura pública básica y de que se favorezca la elección de pólizas libres complementarias de la pública viene determinado por el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson. Puede tomar valores entre -1 y 1, valores próximos a 0 indican correlación débil entre las variables. En este caso, $r = 0,58$; $p < 0,001$, lo que indica la existencia de relación positiva y significativa (y bastante potente) entre los posicionamientos de los panelistas ante ambos escenarios.

Consultados acerca de la implantación de modelos de provisión diferenciada de la financiación con transferencia de riesgo real a los proveedores, el panel muestra un deseo moderado en que esta situación se de en el futuro, e igualmente revela un aún más moderado optimismo en cuanto a su ocurrencia.

Figura 7.17

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se implantarán fórmulas de provisión de las prestaciones de financiación pública en las que exista transferencia efectiva de riesgos a los proveedores".

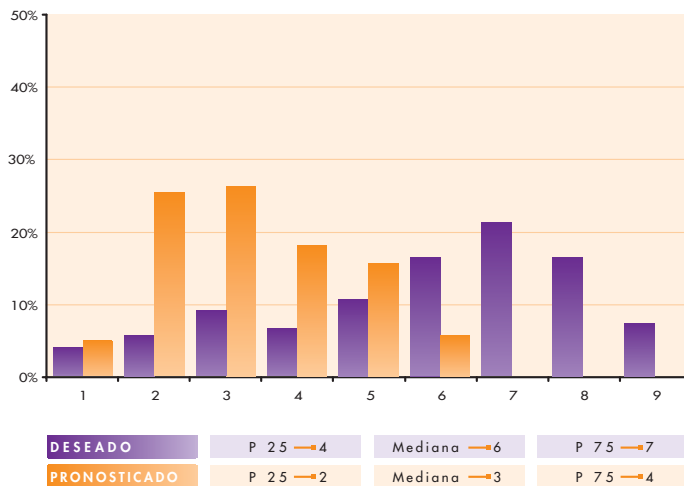


IV. CIUDADANÍA Y CENTRALIDAD DEL PACIENTE

Ante un escenario de futura promoción de la participación local de los pacientes y usuarios en los órganos ejecutivos de las organizaciones asistenciales, con capacidad de influir en las decisiones de asignación presupuestaria, el panel predice que esto no sucederá. En cuanto a la expresión de deseos, gran parte de panelistas lo desean, aunque casi una quinta parte se muestra muy reacio ante tal escenario.

Figura 7.18

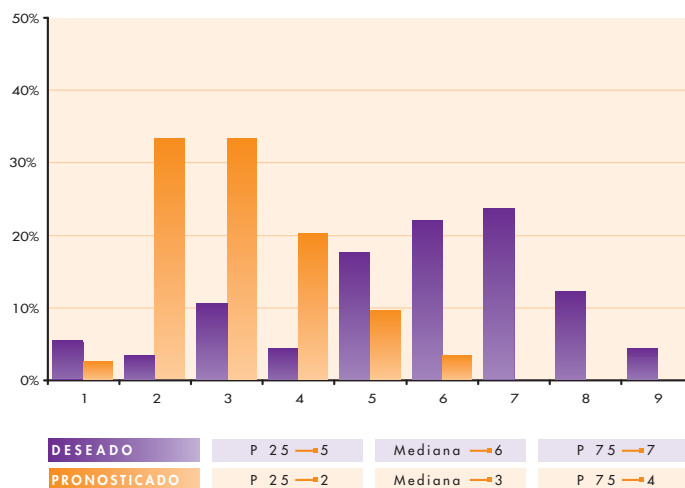
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se promoverá la participación local de los pacientes y usuarios en los órganos ejecutivos de las organizaciones asistenciales, con capacidad de influir en las decisiones de asignación presupuestaria".



Del mismo modo, la inclusión preferente de colectivos socialmente excluidos o en riesgo de discriminación en los órganos de decisión suscita un moderado apoyo y una escasa confianza de que vaya a suceder por parte de los consultados.

Figura 7.19

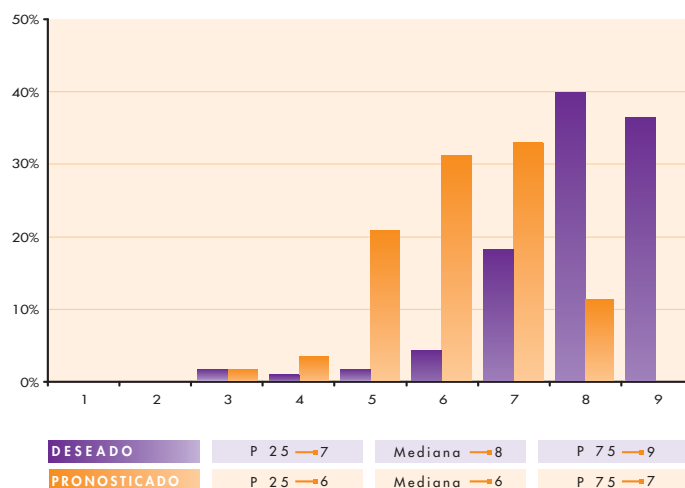
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se articularán políticas de participación preferente de los colectivos socialmente excluidos o en riesgo de discriminación en los mecanismos de decisión del sistema".



La posición del panel en cuestiones de participación colectiva de los pacientes contrasta con la posición que se manifiesta en relación a garantizar el derecho a decidir en las decisiones clínicas que les afectan. El panel muestra un decidido apoyo a la propuesta al tiempo que se muestra mayoritariamente optimista en que se llevará a la práctica.

Figura 7.20

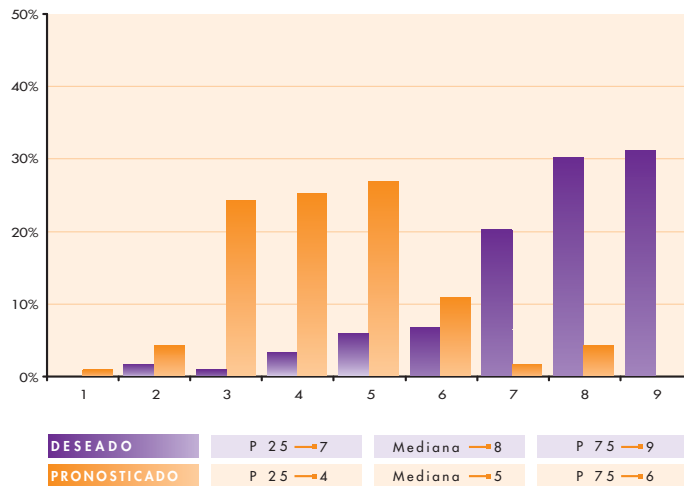
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se garantizará a los pacientes que lo deseen el derecho de participación informada y autónoma en las decisiones clínicas que les afecten".



El panel también muestra claramente sus deseos compartidos mayoritariamente de que se facilite a pacientes y usuarios información sobre el desempeño y los resultados de los proveedores asistenciales, aunque expresa escepticismo en el pronóstico de ocurrencia.

Figura 7.21

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se facilitará a pacientes y usuarios información sobre desempeño, recertificación profesional y resultados de los proveedores asistenciales para facilitar una toma de decisiones informada”.



7.2 GASTO Y FINANCIACIÓN EN EL SNS

A continuación se describen los resultados de la consulta en relación con diversos supuestos sobre la evolución del gasto sanitario, el alcance de la cobertura asistencial de financiación pública, así como la valoración de diversos escenarios de origen y corresponsabilización de la financiación y posibles cambios en la naturaleza del gasto público. La consulta interroga no solamente acerca de la deseabilidad y previsibilidad del crecimiento del gasto sanitario y de su sostenibilidad, sino también acerca de cómo vaya a financiarse este crecimiento y si se mantendrá o se modificará su destino tradicional: prestaciones de componente genuinamente asistencial versus gasto social no sanitario con impacto positivo sobre la salud.

El posicionamiento predictivo del panel en relación con la evolución del gasto total sanitario –y de sus componentes público y privado– se remite, también, a la de algunos factores que inciden en esa dinámica y en posibles cambios –o rigideces al cambio– en las decisiones de inclusión o exclusión de prestaciones en la cartera de servicios universales de financiación pública como principal factor contribuyente, junto con el envejecimiento demográfico, al crecimiento del gasto público.

La sostenibilidad financiera de la sanidad pública es objeto de análisis prospectivo en las dimensiones de corresponsabilidad fiscal, y de alternativas –en la línea de creación de conciencia del valor de las prestaciones y de su coste así como la reducción del sobreconsumo originado por el usuario– al obsoleto sistema de copago vigente. En este contexto, se propuso al panel que se posicionase en relación con la introducción de hasta cinco diferentes diseños de copago en el SNS. El conocimiento de qué tipos de copago son más o menos deseados puede ser un primer paso en la definición de políticas aceptables de corresponsabilidad del usuario en el coste de la prestación, asunto sistemáticamente pospuesto por los sucesivos gobiernos democráticos, a partir de la promulgación de la primera Ley General de Sanidad.

En la consideración prospectiva de la financiación se presta asimismo atención a la financiación capítativa de áreas geográficas de cobertura asistencial y proveedores en la medida en que su implantación favorece la descentralización, la integración de niveles asistenciales sobre base poblacional y la implantación de innovaciones de gestión de patologías y de cuidados.

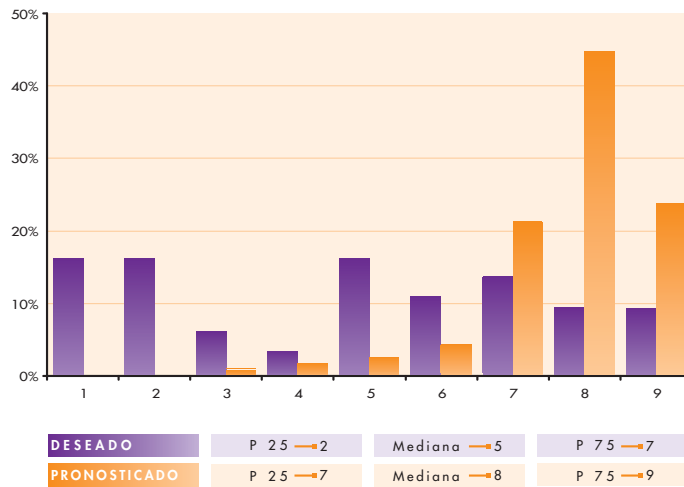
I. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO

En general las respuestas a las cuestiones relativas al pronóstico sobre la evolución del gasto presentan una cierta consistencia: los que creen que el gasto crecerá lo afirman para el gasto privado y también pero con menor acuerdo para el gasto farmacéutico. Y los que no desean que dicho escenario se de también confían en que no suceda, aunque aquí la correlación es aún más débil.⁵ El panel pronostica que el gasto sanitario público continuará creciendo más rápidamente que el Producto Interior Bruto, mientras que la expresión de deseos presenta una elevada dispersión y sigue una distribución claramente bimodal. El análisis por subgrupos con las variables disponibles no mostró diferencias significativas respecto a ninguna de ellas.

(5) Las cuestiones relativas a la evolución del gasto sanitario sobre el PIB y del gasto farmacéutico mostraron correlación positiva y significativa, aunque débil ($r=0,305$; $p<0,01$ para los deseos y $r=0,552$; $p<0,01$ para los pronósticos). Se halló correlación en los pronósticos de ocurrencia entre la primera y la relativa al crecimiento del gasto privado sobre el gasto en salud ($r=0,531$; $p<0,01$). Del mismo modo, se halló correlación entre en la expresión de deseos y pronósticos en las respuestas a las cuestiones de gasto farmacéutico y evolución del gasto privado sobre el total en salud ($r=0,441$; $p<0,01$ para los pronósticos y $r=0,277$ para los deseos).

Figura 7.22

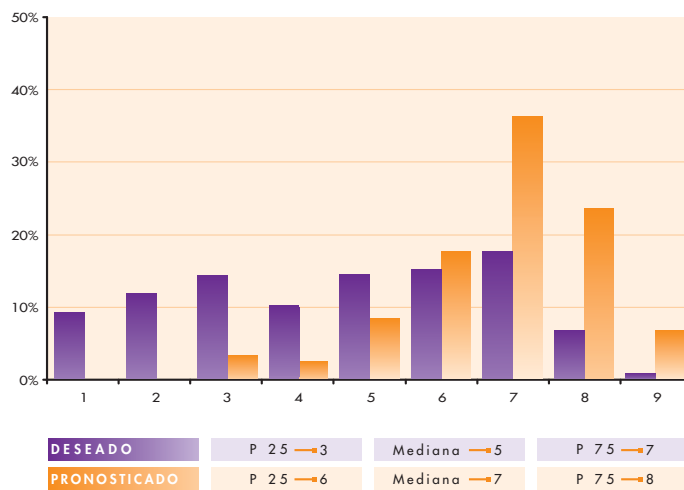
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Empujado por diversos factores (envejecimiento, tecnologías, precios, aumento de la renta familiar, ...) el gasto sanitario crecerá más rápidamente que el PIB".



Ante un escenario de incremento del gasto sanitario privado sobre el total del gasto en salud, el pronóstico colectivo es positivo, mientras que los deseos presentan una distribución más heterogénea, evidenciando un menor consenso entre los consultados. Tratamos de explicar esta dispersión pero el análisis por subgrupos tampoco mostró resultados destacables.

Figura 7.23

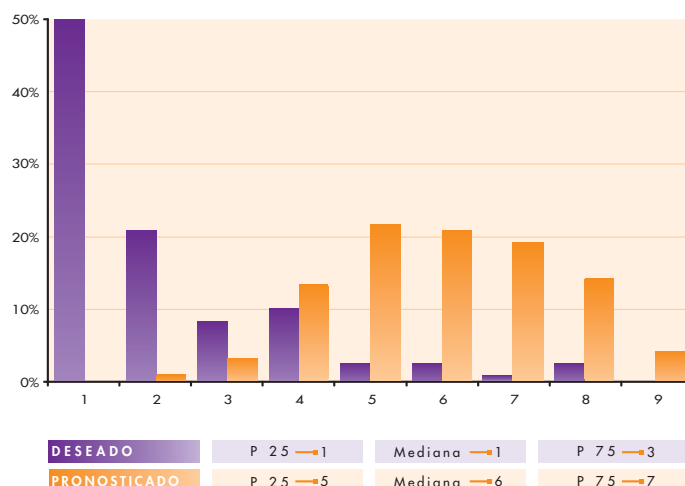
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se incrementará el porcentaje del gasto sanitario privado en el gasto sanitario total".



El panel muestra su rechazo con claridad a la perspectiva de que el “gasto farmacéutico (...) siga creciendo al ritmo de la última década”. Esta valoración negativa del escenario propuesto contrasta con el pronóstico de ocurrencia vaticinando una parte importante del panel la perpetuación de dicha dinámica.

Figura 7.24

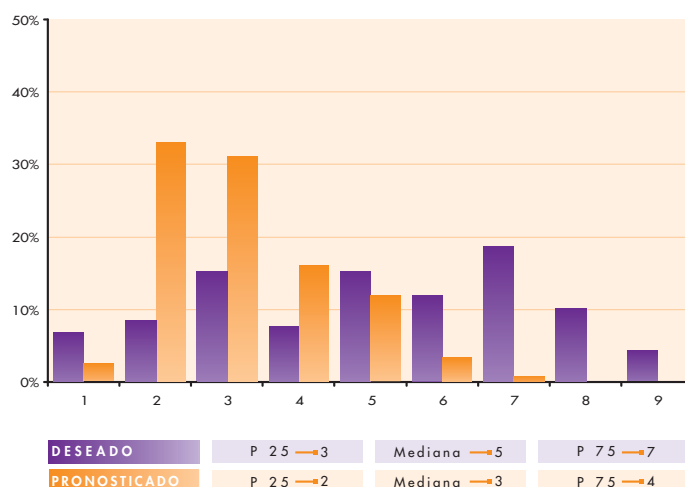
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El gasto farmacéutico financiado públicamente continuará creciendo al ritmo de la última década”.



El panel estima que la sociedad comparte su escasa fe en que vayan a dedicarse recursos públicos adicionales a sectores no sanitarios con impacto positivo y probado sobre la salud. Los deseos se expresan de manera difusa que se plasma en la gráfica por medio de una distribución informe con elevada dispersión. Los panelistas activos –altos cargos en activo– en el momento de la consulta se muestran más contrarios que los ex-alto cargos ante la perspectiva de dicho desplazamiento en la asignación de recursos (figura 26)⁶.

Figura 7.25

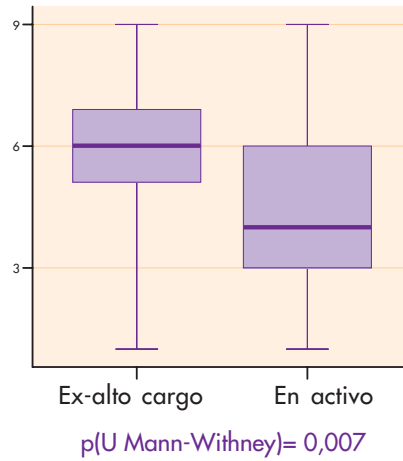
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “La sociedad preferirá que el crecimiento del gasto público de contenido social se dirija a sectores no sanitarios con un fuerte impacto sobre la salud (vivienda, infraestructuras, educación, servicios sociales, políticas de empleo, etc.)”.



(6) Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la condición de ex-cargo o de permanecer en activo, $p=0,007 > 0,05$ en la prueba de Mann-Whitney

Figura 7.26

Distribución de los deseos en función de participar como ex alto cargo o estar en activo en el momento de la consulta, ante la afirmación: “La sociedad preferirá que el crecimiento del gasto público de contenido social se dirija a sectores no sanitarios con un fuerte impacto sobre la salud (vivienda, infraestructuras, educación, servicios sociales, políticas de empleo,

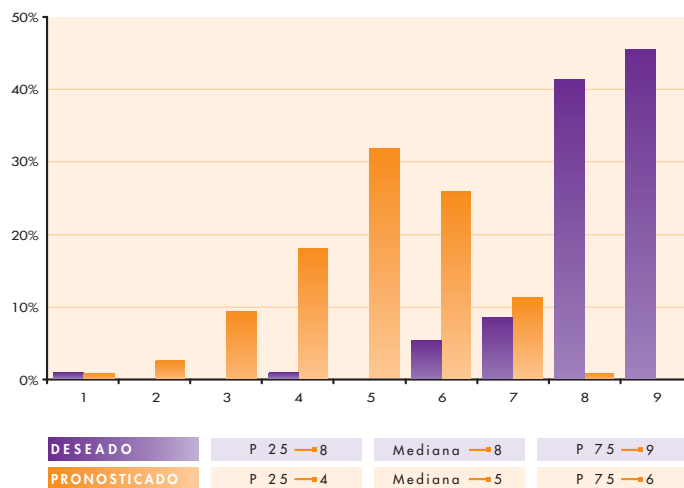


II. COBERTURA DE PRESTACIONES FINANCIADAS PÚBLICAMENTE

Tomar las decisiones sobre inclusión y exclusión de prestaciones en la cartera de servicios del SNS en base a estudios técnicos de coste-efectividad suscita una adhesión muy destacada, mientras que en la expresión de expectativa de ocurrencia el panel demuestra poca confianza en que esto vaya a suceder.

Figura 7.27

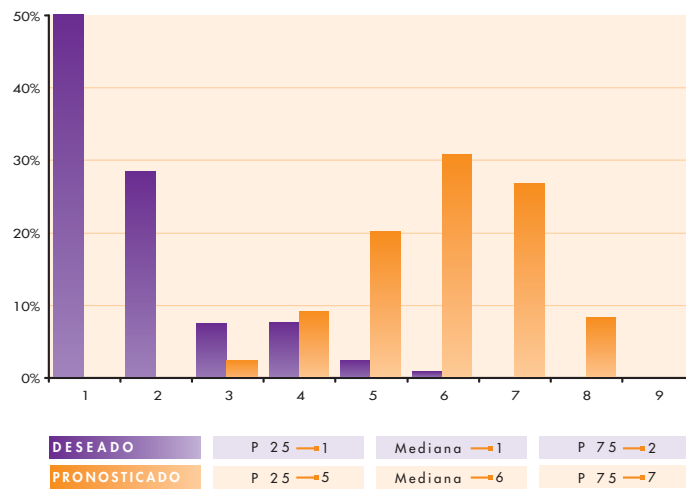
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las decisiones sobre inclusión/exclusión de prestaciones o servicios en la cartera de servicios del SNS se tomarán integrando explícitamente en la decisión los resultados de estudios técnicos de coste-efectividad.



El panel muestra mayor convicción en su pronóstico de ocurrencia de que dichas decisiones se tomen en base a criterios políticos u oportunistas a la vez que rechaza la deseabilidad de tal expectativa.

Figura 7.28

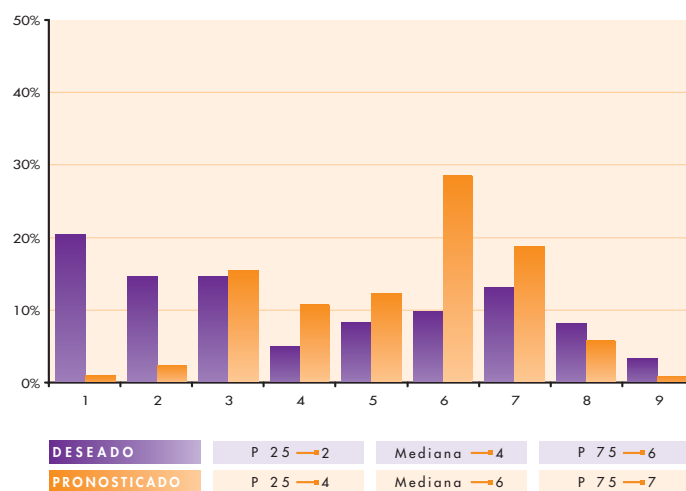
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las decisiones sobre inclusión/exclusión de prestaciones o servicios en la cartera de servicios del SNS se adoptarán en base a criterios políticos u oportunistas”.



La definición por parte de las CCAA de un núcleo duro de prestaciones debido a las dificultades para contener el gasto público es vista con bastante verosimilitud –pronóstico de ocurrencia– aunque con escaso entusiasmo. La respuesta es dispar por parte de los consultados en cuanto al deseo de ocurrencia. Los análisis de subgrupos en la expresión de deseos no aportaron diferencias significativas discriminando al panel en función de las variables explicativas utilizadas.

Figura 7.29

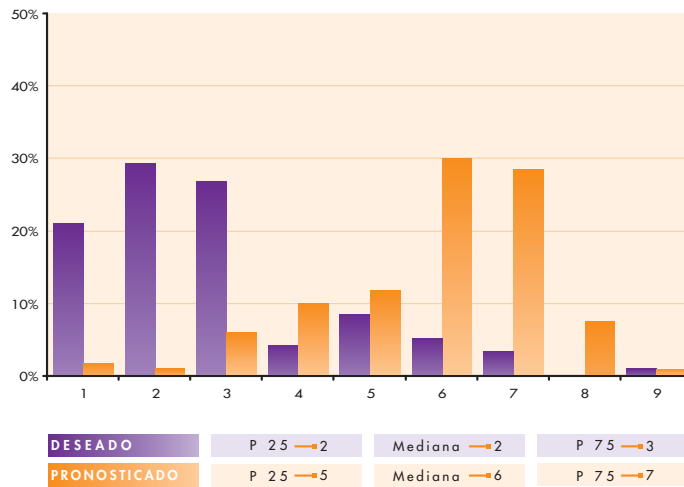
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las dificultades para contener el crecimiento del gasto junto a la limitación de la capacidad de endeudamiento, conducirán a que algunas CCAA definan el “núcleo duro” de prestaciones universales y las que quedan fuera de la financiación pública”.



La utilización del déficit público como conocido recurso de financiación del gasto público suscita un notable rechazo en los deseos de los consultados. Y de nuevo el panel, en claro contraste con sus deseos, se muestra más bien inclinado a creer que tal práctica no va a desaparecer.

Figura 7.30

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Reaparecerá el déficit público como instrumento que sufrague el incremento de gasto público y las carencias en la co-financiación de contribuyentes y usuarios”.

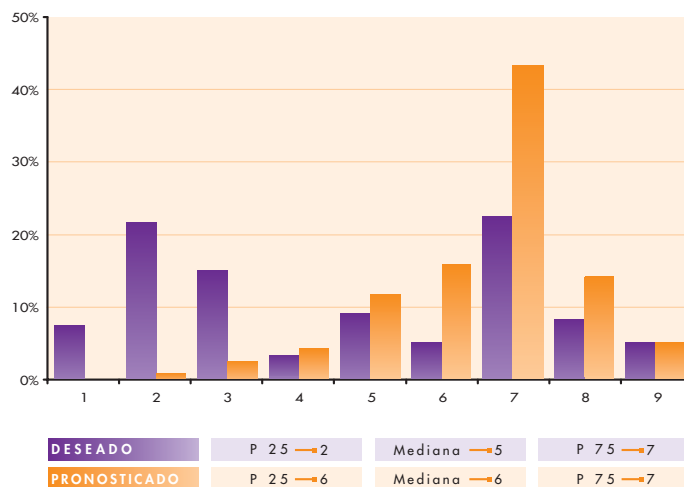


III. FINANCIACIÓN DEL SNS: CORRESPONSABILIDAD Y EQUIDAD

La escasa inclinación mostrada por el panel a delimitar las prestaciones en cuestiones anteriores no se acompaña de una posición similar por lo que respecta a la afluencia de recursos. Consultado acerca de la posibilidad de ver en un futuro impuestos para la financiación específica de la sanidad pública, los consultados pronostican mayoritariamente que eso va a ocurrir, mientras que la valoración de la deseabilidad aparece claramente controvertida, mostrando la curva de distribución de las respuestas una clara bimodalidad. Nuestras variables de control no permitieron detectar diferencias significativas.

Figura 7.31

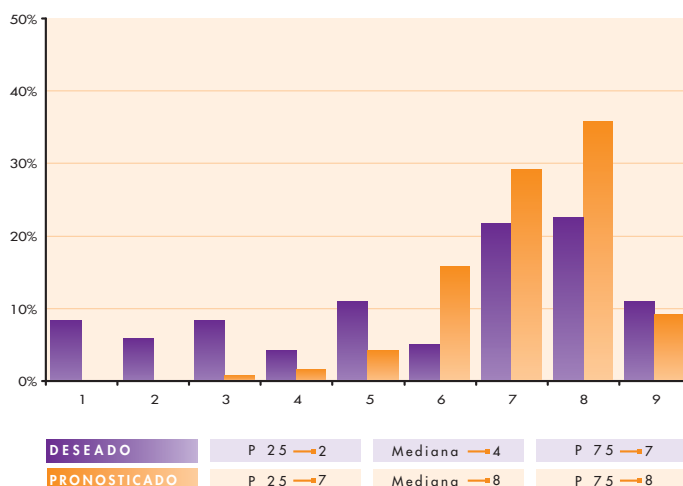
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se establecerán impuestos específicos para la financiación de la Sanidad”.



El panel pronostica y, en este caso lo avala con un deseo mayoritario, que se otorgará capacidad normativa corresponsable a las Comunidades Autónomas para regular y gestionar la imposición indirecta. El grueso del panel se muestra a favor de que se implante dicho tipo de medida aunque un grupo reducido se posiciona en contra. Se hallaron diferencias significativas entre los panelistas pertenecientes las CCAA transferidas en primer lugar y el resto del panel, siendo más favorables ante la medida los primeros⁷.

Figura 7.32

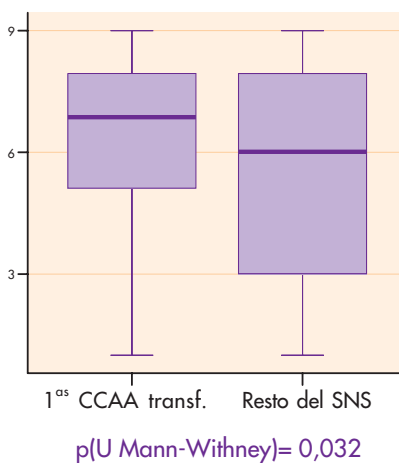
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se otorgará capacidad normativa corresponsable a las Comunidades Autónomas para regular y gestionar la imposición indirecta (por ejemplo, impuestos sobre el tabaco y alcohol)".



Dichas diferencias también se aprecian en la representación de diagrama de caja.

Figura 7.33

Distribución de los deseos en función de pertenecer a las CCAA transferidas en primer lugar o al resto del SNS, ante la afirmación: "Se otorgará capacidad normativa corresponsable a las Comunidades Autónomas para regular y gestionar la imposición indirecta (por ejemplo, impuestos sobre el tabaco y alcohol)".



Se propuso al panel que se posicionase en relación con la introducción de diferentes diseños de copago en el SNS (figura 34). En general el colectivo consultado mostró un menor rechazo a estas medidas del que parecería derivarse de la “opinión publicada”. De las cinco opciones propuestas cuatro presentan una deseabilidad moderadamente elevada (medianas de 5 o 6). El único enunciado que concita un neto rechazo (mediana de 2) es la posibilidad de copagos por “servicios asistenciales”.

Tan sólo un 13% de los encuestados rechazan toda forma de copago propuesta (puntúan siempre entre 1 y 3 su deseo de ver materializado cualquier tipo de copago). Otro 13% rechaza cuatro de las cinco opciones planteadas. Entre estos últimos la opción que resulta más aceptable (60%) es la sustitución en el actual copago sobre medicamentos del factor edad por los tramos de renta como criterio de exención.

Una predicción similar se aprecia entre el 9% de encuestados que rechazan tres de las cinco modalidades sugeridas, para un 73% de los cuales la modificación del copago farmacéutico es una de las dos opciones aceptables, no apreciándose diferencias significativas respecto a las restantes.

Los análisis de los subgrupos previamente definidos no ofrecieron resultados destacables para las cuestiones referidas al copago. Sin embargo, se aprecia la existencia de una relación significativa y positiva en la expresión de deseo en el quinteto de cuestiones: aquellos favorables al copago lo son en la mayoría de las modalidades propuestas, mientras que sus opositores lo son en casi todos los frentes⁸.

(8) Se realizó un análisis de correlaciones entre las respuestas a las distintas cuestiones de copago. Se utilizó el estadístico $r =$ Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson. Este estadístico ofrece información sobre la relación entre dos variables; toma valores de -1 a 1, valores próximos a 0 indican correlación débil mientras que valores próximos a (-1) indican fuerte relación de signo negativo y a (1) fuerte relación de signo positivo. Se halló una fuerte correlación en los deseos del panel en el conjunto de las cuestiones de copago: opositores y adeptos lo son para todas sus modalidades— existencia de correlaciones fuertes, positivas y significativas con valores del 40 al 80% (del 0,4 al 0,8 en la escala -1/1) entre pares de cuestiones. Lo mismo sucede con los pronósticos. Las correlaciones cruzadas entre pronósticos y deseos también muestran la existencia de correlación positiva y significativa, aunque este caso la relación es más débil, moviéndose entre valores del 20 y el 42% de correlación bivariada entre pares de cuestiones.

Figura 7.34

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación:
"Se instaurará o generalizará el copago..."

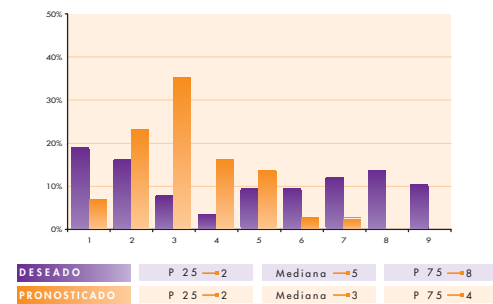
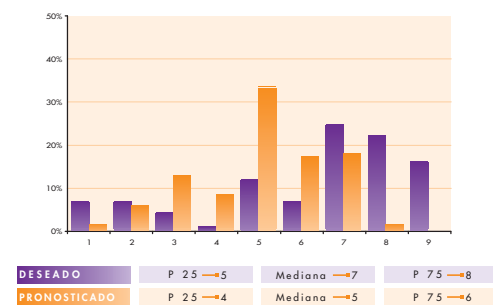
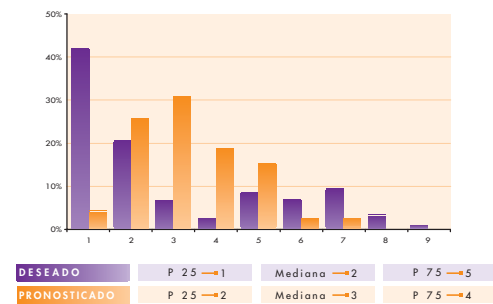
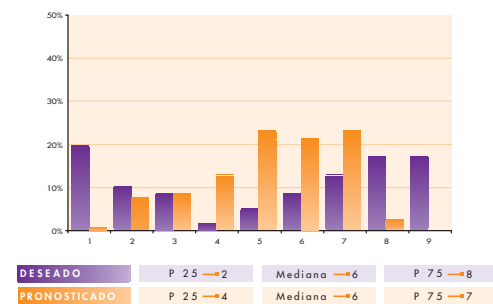
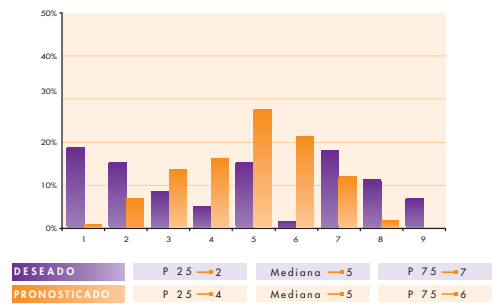
... por servicios "hoteleros" en la asistencia sanitaria con internamiento.

... por servicios no estrictamente sanitarios que se realicen conforme a las preferencias de los pacientes (habitaciones de uso individual, comidas a la carta, elección de proveedores fuera de su área de servicio, etc.).

... sobre servicios asistenciales.

... sobre los medicamentos, pero el factor edad actual será sustituido por los tramos de renta como criterio de exención.

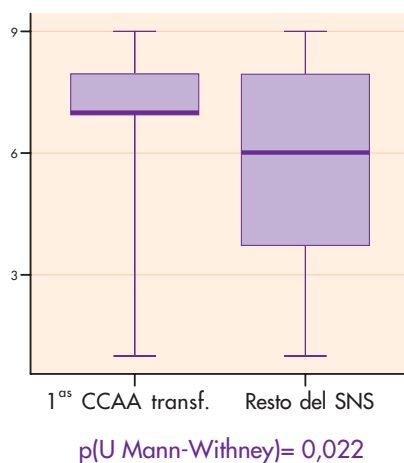
... en función de la aportación a la salud de cada tecnología clínica.



Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función de pertenecer a las CCAA transferidas en primer lugar respecto al resto del panel en relación con el copago sobre medicamentos, más favorable el grupo de pioneros en la gestión sanitaria autonómica⁹. El resto de contrastes no ofrecieron diferencias significativas entre grupos.

Figura 7.35

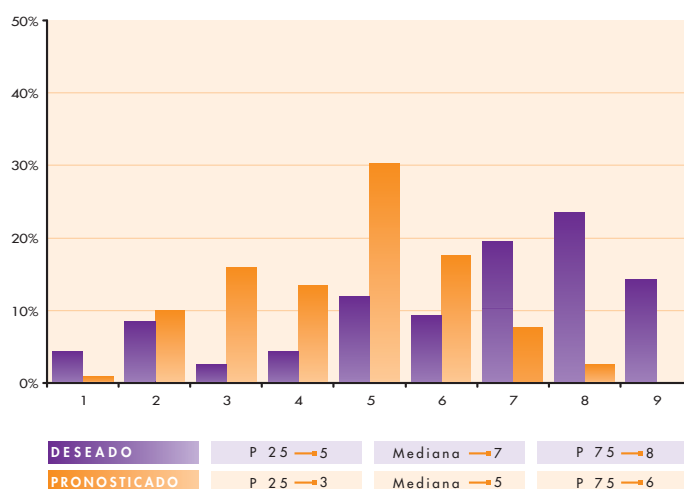
Distribución de los deseos en función de pertenecer a las CCAA transferidas en primer lugar o al resto del SNS, ante la afirmación: "Se instaurará o generalizará el copago sobre los medicamentos, pero el factor edad actual será sustituido por los tramos de renta como criterio de exención".



La utilización del superávit de la Seguridad Social para instituir una prestación de dependencia por parte del Estado suscita una reacción positiva en cuanto a su deseo de materialización por parte del panel, a pesar de cierta disidencia, mientras que el posicionamiento conjunto en cuanto al pronóstico de ocurrencia muestra una considerable dispersión sin que aflore con claridad una posición predominante.

Figura 7.36

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "El actual superávit de la Seguridad Social se utilizará para instituir una prestación de dependencia como "derecho" garantizado por el Estado".

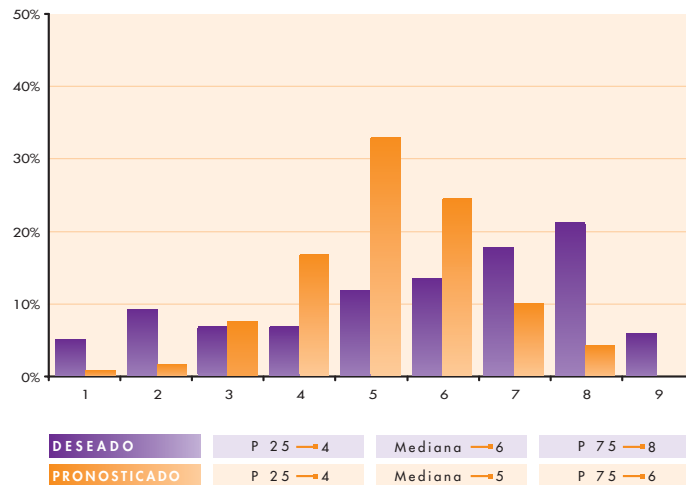


(9) $p=0,022 < 0,05$ en la prueba de Mann-Whitney.

Por último, la perspectiva de implantar fórmulas de financiación capitativa para el conjunto de proveedores suscita reacciones diversas en el panel, con un grupo claramente a favor y otro más contrario a la implantación de fórmulas de reembolso de base poblacional. El análisis de contrastes no ofreció diferencias significativas entre grupos del panel.

Figura 7.37

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se generalizará la financiación capitativa por áreas o regiones sanitarias para el conjunto de proveedores públicos o concertados, y en cualquier nivel asistencial”.



7.3. SALUD PÚBLICA Y DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

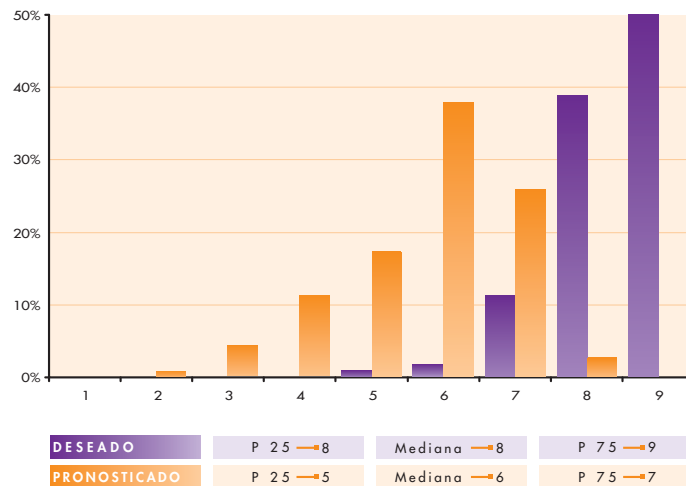
En este bloque se recogen las valoraciones de pronóstico y de deseo de los panelistas en relación con diversas líneas de innovación en la concepción y desarrollo de políticas de salud pública y para los niveles asistenciales de atención primaria y atención especializada. La consulta hace hincapié en diversas posibilidades de establecer inflexiones en el tradicional tratamiento de la denominada "política farmacéutica". Las innovaciones en la política de salud pública sugeridas son, en general, avaladas por los pronósticos de ocurrencia a pesar de su carácter inusualmente novedoso - intervenciones coactivas, presión fiscal selectiva e incentivos "fuertes" para influir en cambios de comportamiento. Merecen especial atención los resultados de la consulta acerca de la probabilidad de que la tantas veces argumentada centralidad organizativa de la Atención Primaria en los distintos niveles de la estructura asistencial del sistema sanitario público ocurra así como la viabilidad en la integración de innovaciones de micro gestión clínica para la gestión de patologías y la optimización de los recursos altamente especializados. Resulta también de interés observar el posicionamiento de los consultados en relación con el uso de las tecnologías de la información como recurso para desarrollar la rendición de cuentas de los proveedores asistenciales a los pacientes y a los ciudadanos para estimular su confianza y facilitar su elección informada. La valoración prospectiva de la gestión de la prestación farmacéutica por parte de los panelistas se aborda planteando al panel escenarios de tratamiento alternativo de los eslabones críticos de la cadena de valor de la prestación farmacéutica: incentivos a la innovación, regulación de precios, prescripción y distribución y dispensación de los medicamentos. El apartado se cierra con un grupo de cuestiones relacionado con la probabilidad de que la sensibilidad y flexibilidad del sistema sanitario permita dar respuesta a necesidades sociales de colectivos específicos y corregir sesgos de discriminación.

I. SALUD PÚBLICA

El desarrollo de políticas de Salud Pública que contribuyan efectivamente a modelar actitudes informadas y responsables de la población es una iniciativa unánimemente bien acogida por los panelistas destacando un pronóstico de ocurrencia que expresa optimismo en contraste con la reserva -registrada con frecuencia- en lo tocante a la materialización efectiva de escenarios fuertemente deseados por la mayoría.

Figura 7.38

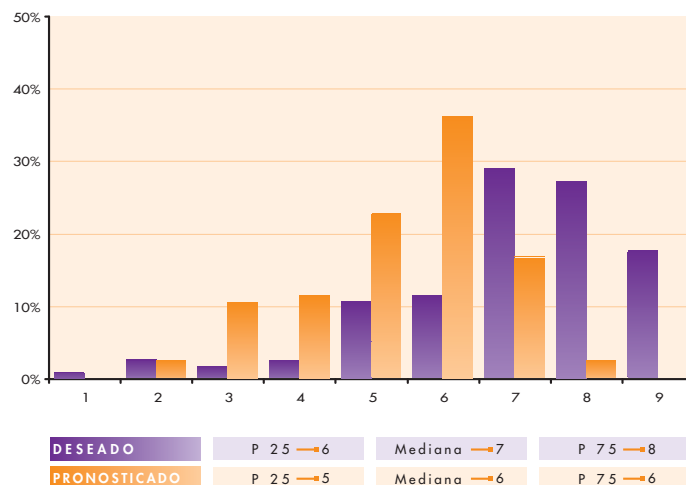
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "El SNS desarrollará políticas de Salud Pública que contribuyan efectivamente a modelar actitudes informadas y responsables de la población".



En el contexto del escenario anteriormente reseñado, la utilización de estrategias de naturaleza inédita entre nosotros recibe un apoyo mayoritario, en deseo y en pronóstico de ocurrencia aunque algo más débil que en la propuesta anterior.

Figura 7.39

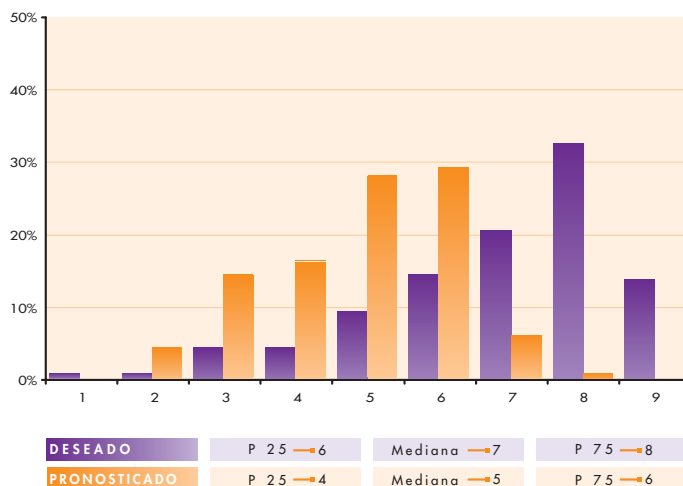
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se utilizarán estrategias novedosas para el control de enfermedades crónicas no transmisibles, más allá del simple control de la contaminación ambiental (ej: suplementación con folatos de los cereales, medicamentos seguros y de bajo coste en las aguas de consumo público, recepción de mensajes de salud en el teléfono o televisor, etc.)".



La valoración de la adopción de normativa de naturaleza legal e “intervencionista” en relación con los hábitos y conductas de los ciudadanos sigue un patrón de conformidad similar a las anteriores: una valoración positiva en términos de deseabilidad y un pronóstico de realización coincidente aunque más templado.

Figura 7.40

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se adoptarán medidas legislativas, en relación con hábitos y conductas de las personas, hasta ahora poco exploradas (ej: aumento de la fiscalidad de los alimentos menos sanos, obligación de instaurar programas de promoción de la actividad física para trabajadores de ciertos sectores industriales, etc.)”.



Se planteó al panel tres estrategias potencialmente útiles para la mejora colectiva del estado de salud (figuras 41, 42 y 43). El impulso de políticas de promoción de la actividad física y hábitos saludables políticas, así como aquellas encaminadas a reducir las diferencias sociales en el nivel educativo y en la distribución de la riqueza reciben una adhesión sin fisuras. Apoyo que también se hace patente por lo que se refiere al desarrollo de los aspectos preventivos de la farmacogenómica, aunque con menor convicción. Sin embargo los pronósticos de ocurrencia son muy moderados, siendo particularmente prudente el pronóstico de ocurrencia relativo a las políticas de corte redistributivo.

Figura 7.41

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “De entre las estrategias potencialmente útiles para mejorar el estado de salud de la población, se desarrollará especialmente la Farmacogenómica”.

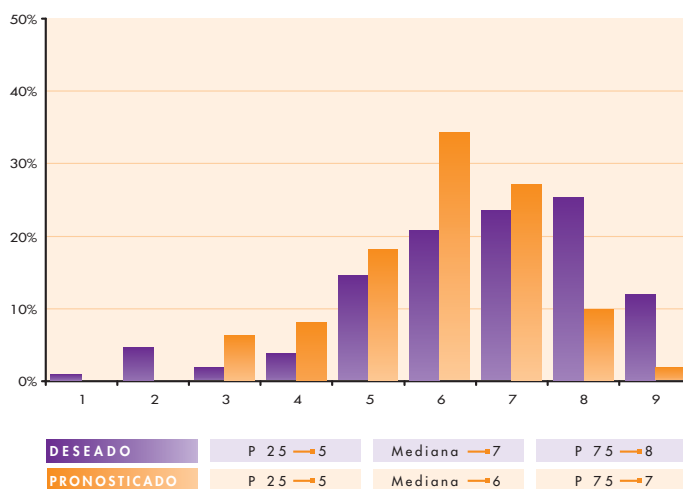


Figura 7.42

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "De entre las estrategias potencialmente útiles para mejorar el estado de salud de la población, se desarrollarán especialmente políticas de promoción de la actividad física y hábitos saludables".

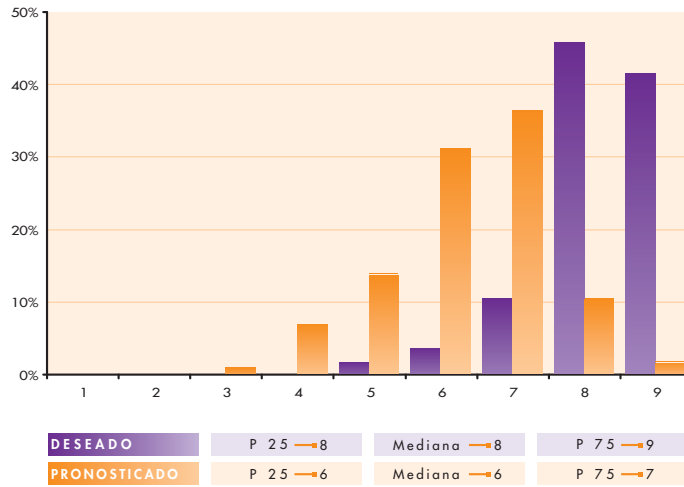
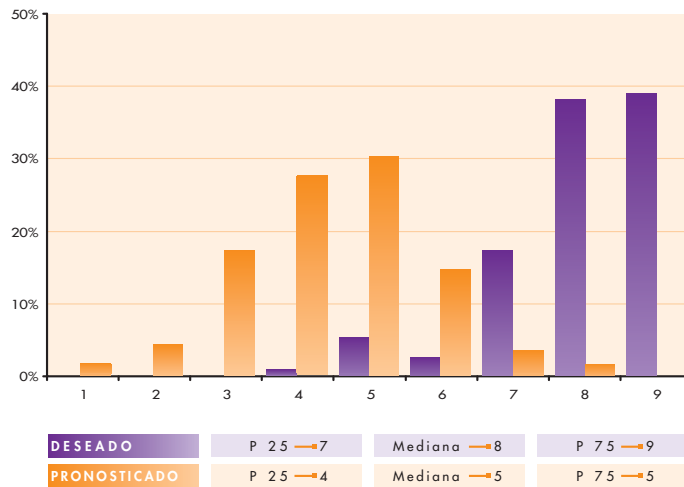


Figura 7.43

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "De entre las estrategias potencialmente útiles para mejorar el estado de salud de la población, se desarrollarán especialmente políticas de reducción de las diferencias sociales en el nivel educativo y en la distribución de la riqueza".

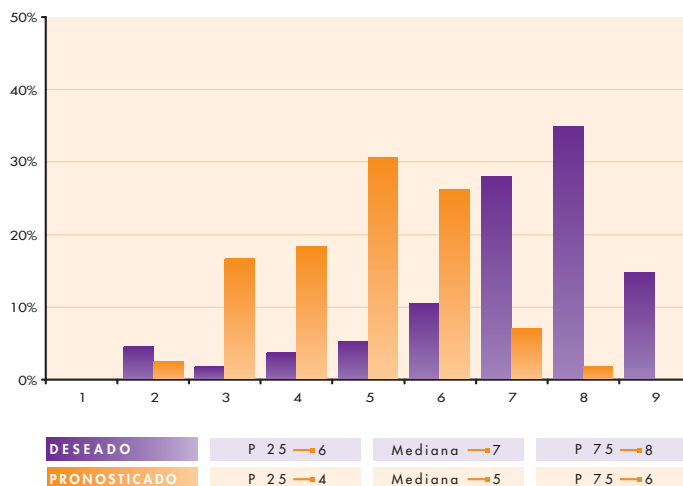


II. ATENCIÓN PRIMARIA

El panel muestra una adhesión notable a que la atención primaria (AP) evolucione finalmente hacia un diseño organizativo con amplia capacidad y responsabilidad en la asignación de recursos aunque se posiciona con escasa convicción en la expresión del pronóstico de ocurrencia.

Figura 7.44

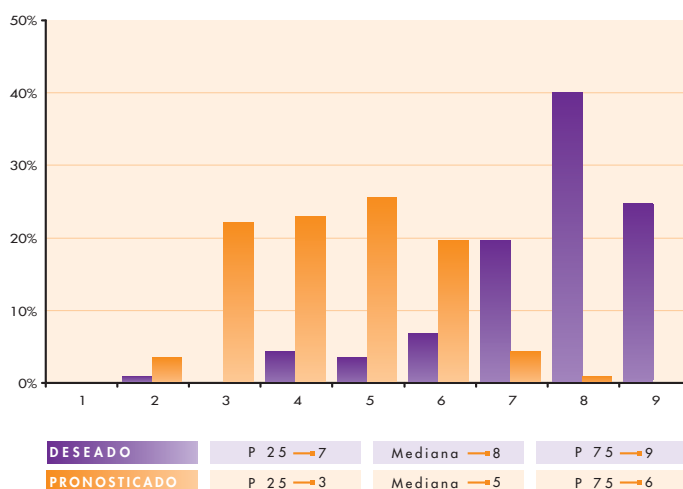
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "La Atención Primaria evolucionará hacia un sistema asistencial con amplia capacidad de asignación de recursos".



De manera congruente con lo anterior el panel apoya la eventualidad de un aumento del peso presupuestario para la Atención Primaria para el robustecimiento de las actividades de promoción de la salud, prevención y prestaciones de cuidados, mostrándose abiertamente escéptico en la predicción de que realmente vaya a suceder.

Figura 7.45

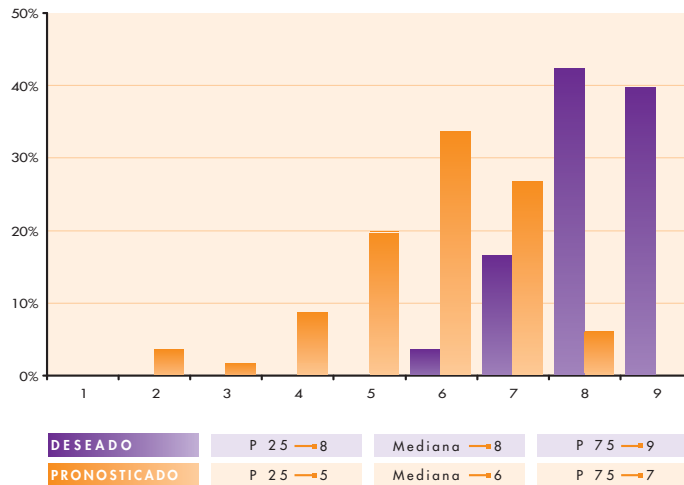
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Aumentará significativamente el peso presupuestario e importancia de las políticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y apoyo a los cuidados en atención primaria".



El rediseño de los equipos y de la oferta de prestaciones de AP huyendo de la estandarización burocrática y tratando de dar respuestas al perfil específico de las necesidades de la población atendida despliega un consenso sólido en los deseos de los miembros del panel, en correspondencia con un pronóstico tendencialmente optimista de realización.

Figura 7.46

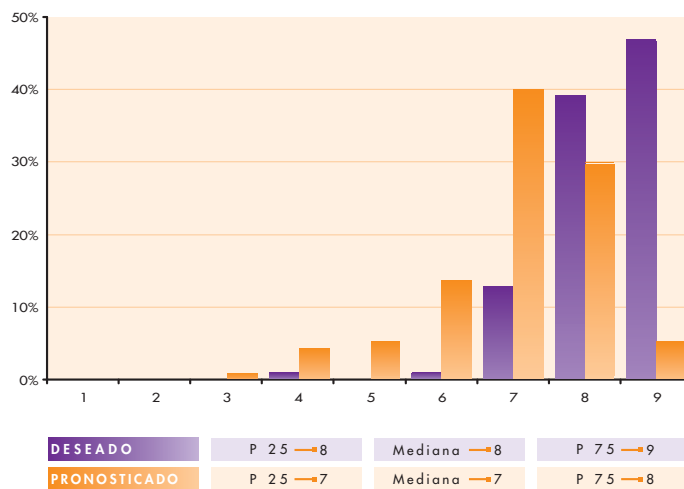
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El diseño modular de los equipos de Atención Primaria atenderá a las necesidades reales de la población (ej: más pediatras en zonas “fértil” y más enfermeras en zonas envejecidas, etc.)”.



Entre las respuestas más optimistas registradas en la consulta destaca la que se refiere al deseo de ocurrencia y al pronóstico en relación con la adopción e integración del uso de guías farmacológicas y guías de práctica clínica en la práctica asistencial de la Atención Primaria.

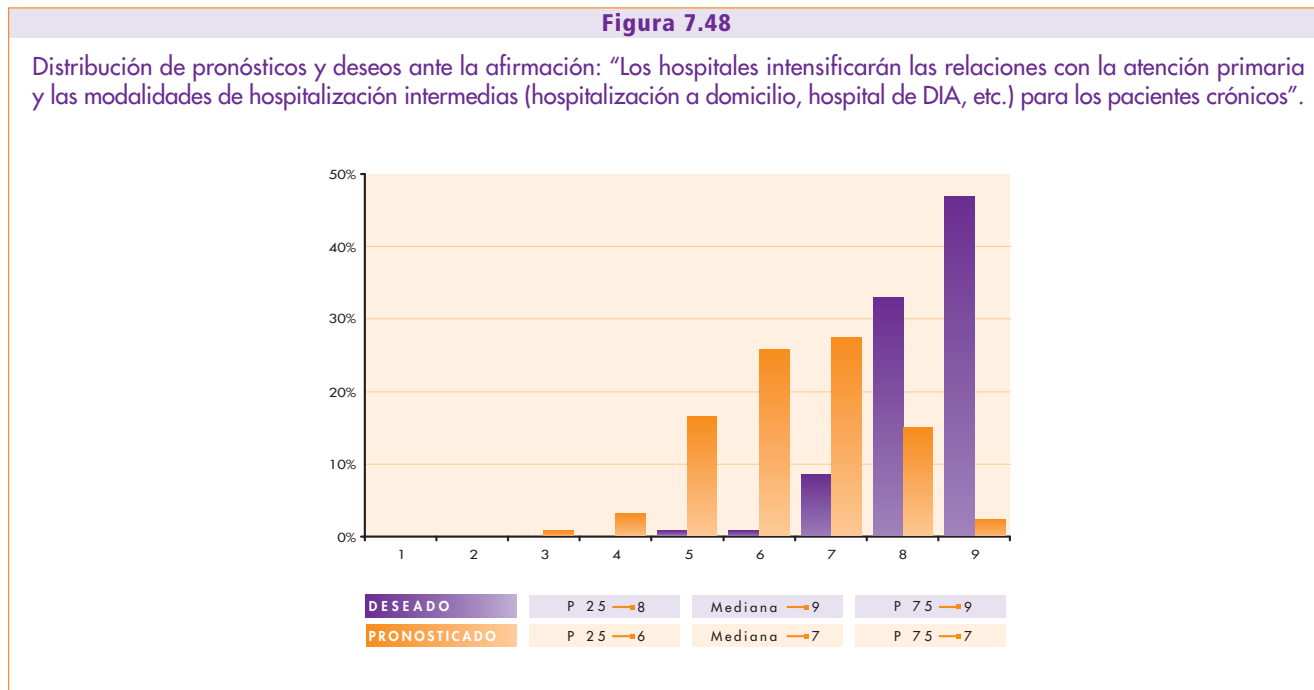
Figura 7.47

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se integrará el uso de guías farmacológicas y guías de práctica clínica en la atención primaria”.

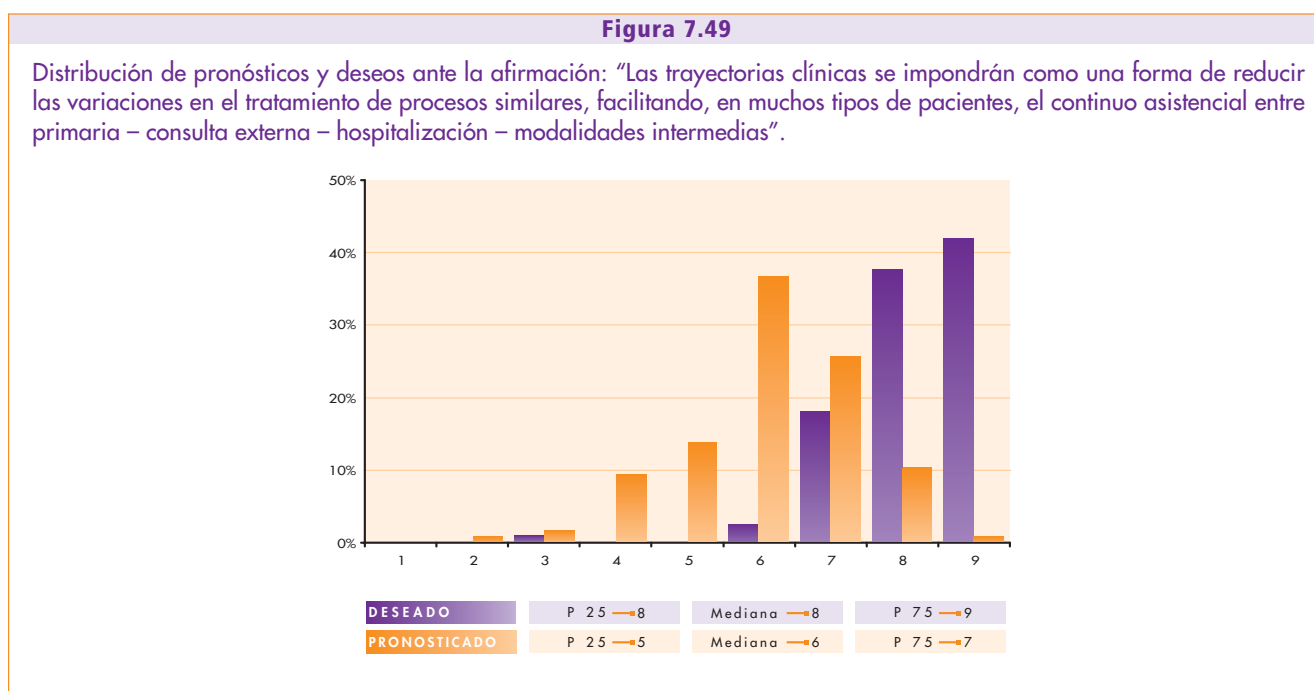


III. ASISTENCIA ESPECIALIZADA

El panel muestra una destacada congruencia y unanimidad en la expresión de su posición en deseos y probabilidades de ocurrencia acerca de que los hospitales intensifiquen sus relaciones de resolución y continuidad asistencial con la Atención Primaria y las modalidades de hospitalización intermedias.



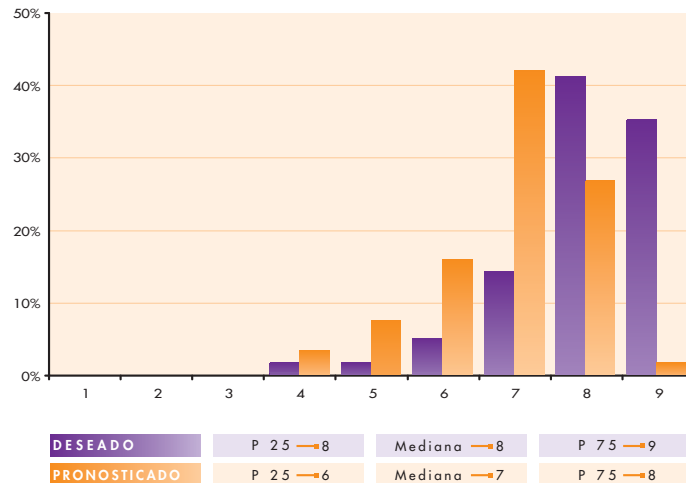
El panel, de manera similar a lo manifestado en relación con la integración de instrumentos de gestión clínica en la Atención Primaria, se muestra unánimemente a favor de que las trayectorias clínicas se impongan como una forma de reducir la variabilidad sin justificación en el tratamiento y facilitando el “continuo asistencial” entre niveles asistenciales. Los panelistas además se muestran contentivamente optimistas acerca de su viabilidad de ocurrencia.



Aún mayor adhesión manifiestan los panelistas a las propuestas que se les plantean en relación con la intensificación de la especialización de los hospitales y la pérdida del referente de la “cama” como indicador de capacidad, competencia clínica y actividad. La congruencia entre deseos y pronósticos de ocurrencia también en este caso es muy destacada.

Figura 7.50

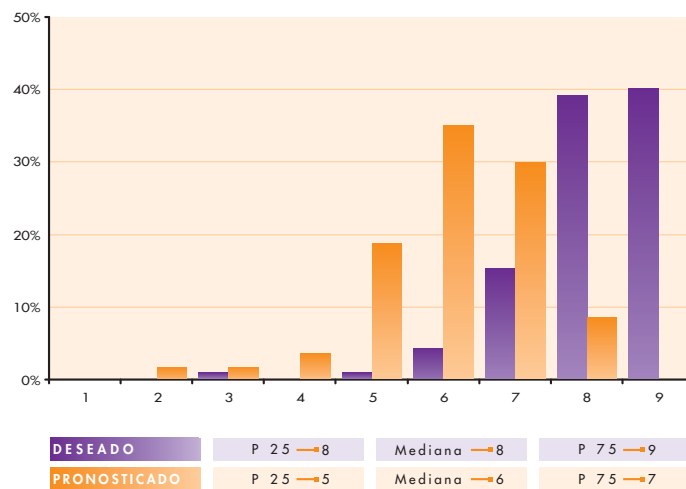
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se intensificará la especialización para los casos agudos y los de “alta tecnología”, perdiendo la cama su preeminencia como referente de capacidad y actividad”.



En idéntico sentido de alineación entre deseos y pronósticos de ocurrencia –aunque en este caso con un reseñable distanciamiento entre ambos– se registra consenso sin apenas discrepancia en el deseo de que las tecnologías de la información permitan a los pacientes elegir proveedor de un modo informado y al sistema público rendir cuentas a la sociedad.

Figura 7.51

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las tecnologías de la información permitirán el desarrollo y difusión de amplios conjuntos de indicadores de calidad y costes que serán útiles para facilitar las elecciones de los pacientes y la rendición de cuentas a la sociedad”.



IV. POLÍTICA FARMACÉUTICA

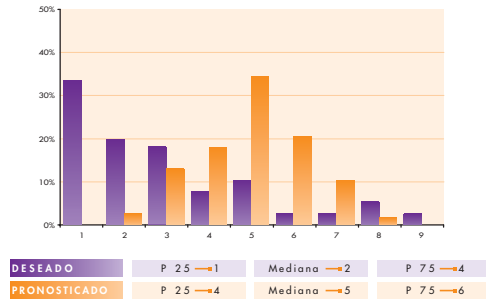
Se consultó al panel sobre diversos escenarios de evolución de la política farmacéutica del SNS: en relación con los procesos de regulación y control de precios, las modalidades de financiación de las innovaciones terapéuticas y el sistema de distribución de medicamentos.

En relación con los procesos de regulación de precios, se detecta una disconformidad ampliamente compartida con la situación en el momento de realización del análisis aunque no emerge un apoyo destacado a ninguna de las alternativas propuestas. El panel rechaza mayoritariamente medidas regulatorias innovadoras, apreciándose en las cuestiones propuestas posiciones minoritarias de diversa entidad a favor de las medidas, aunque el grueso de consultados cree que no se van a adoptar medidas de este tipo. La fórmula de regulación de precios mediante fijación de precios máximos con posibilidad de descuentos por parte de los dispensadores es la única medida que recibe cierto apoyo –casi una tercera parte de los panelistas declara desear que se implante, aunque el pronóstico de ocurrencia es claramente negativo. Una solución a lo National Health Service británico –regulación de la tasa de beneficios de las compañías farmacéuticas– recibe una valoración muy dispar, con más de la mitad de adhesiones de diversa intensidad y con algo más de una cuarta parte del panel manifestando que podría ocurrir. Algo menos de una tercera parte se alinean positivamente con un escenario de libertad de precios para los medicamentos sin receta o los prescritos por médicos de ejercicio privado y los genéricos con una minoría por debajo del 20% que considera este escenario plausible. Muchos menos panelistas se plantean que sea posible la desregulación –incentivando su disponibilidad para los usuarios del sistema público– de las innovaciones con valor terapéutico probado frente a un 28% que lo desearían. (figura 7.52)

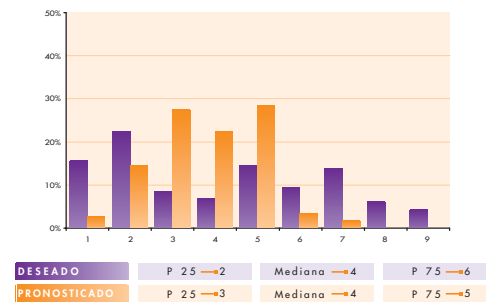
Figura 7.52

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: **“Con respecto a los procesos de regulación de precios...”**

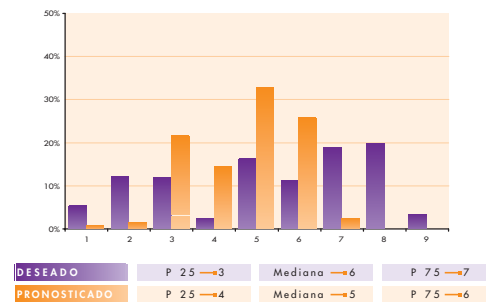
Se mantendrá básicamente la situación actual”.



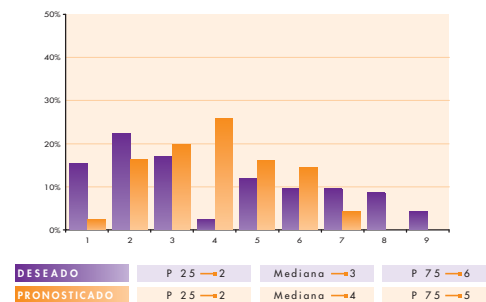
Se flexibilizara la fijación de precios sobre la base de regular la máxima tasa de beneficio de cada compañía farmacéutica”.



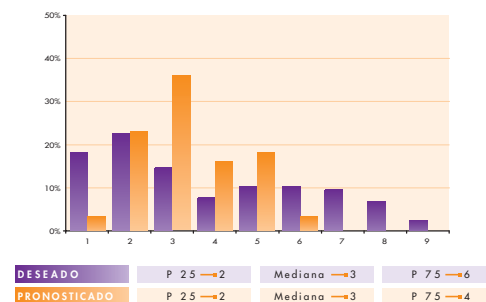
Se regularán los precios estableciendo explícitamente un precio máximo con libertad de descuento por parte de los dispensadores”.



Se establecerá libertad de precios para los medicamentos sin receta, los prescritos por médicos en ejercicio libre y los genéricos”.



Se desregularán los precios para las innovaciones de valor terapéutico diferencial probado”.

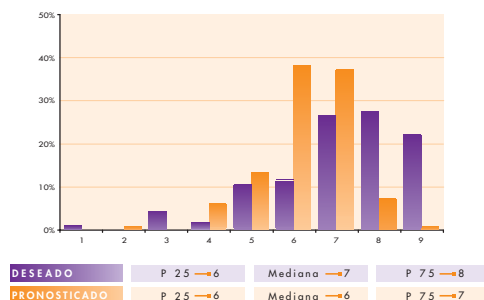


En relación con las políticas de contención de costes, el panel pronostica que la incentivación de la sustitución por genéricos será la medida más utilizada con una mayoría -más del 80%- que lo avala con su deseo (figura 53), aunque también confía en el funcionamiento de los sistemas de precios de referencia -con un nivel algo inferior de adhesión- y la exclusión del catálogo de prestaciones públicas de aquellos fármacos de efectividad no probada.

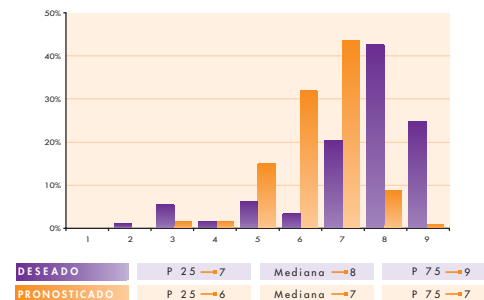
Figura 7.53

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación:
 "Las políticas de control de los precios de los medicamentos financiados por el SNS se conformarán sobre todo por:

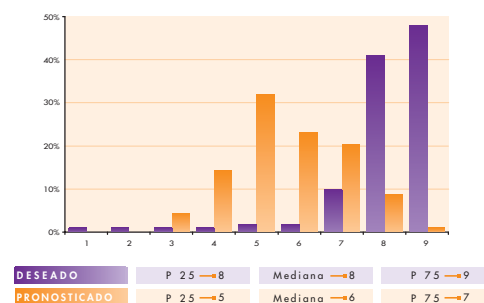
Sistemas de precios de referencia".



Incentivación de la sustitución por medicamentos genéricos".



Exclusión del catálogo de prestaciones públicas de aquellos fármacos de dudosa efectividad".

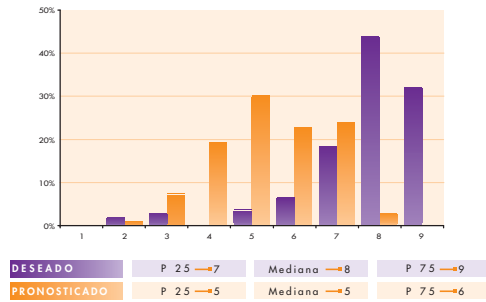


En cuanto a la financiación de innovaciones farmacéuticas, la regulación del precio en función de la aportación de valor de la innovación respecto a los fármacos pre-existentes y la financiación selectiva con exclusión de las novedades con aportación diferencial nula, reciben un destacado aval en el deseo de ocurrencia del panel aunque no llega a la mitad la proporción de panelistas que creen que vayan a implantarse estas medidas. Sólo la mitad de los consultados quisieran que se descentralizara -y menos de una quinta parte del panel pronostican su posible ocurrencia- la financiación de los medicamentos a partir de la fijación de un PVP máximo con libertad para negociar entre las CCAA y la industria farmacéutica.

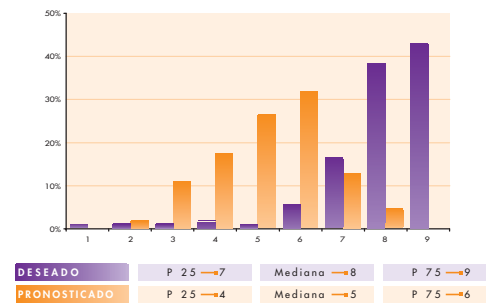
Figura 7.54

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación:
 “En relación con la financiación de innovaciones farmacéuticas, las políticas públicas se caracterizarán por:

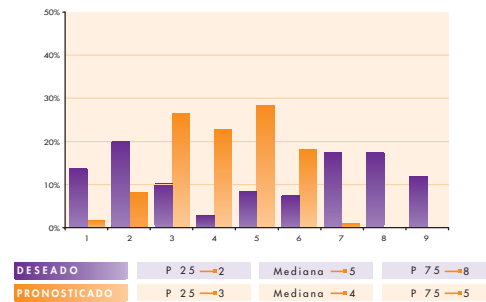
Regulación del precio en función de la aportación de valor de la novedad respecto a los fármacos pre-existentes”.



Financiación selectiva con exclusión de las novedades con aportación diferencial nula”.



Negociación descentralizada de las CCAA como financiadores públicos a partir de un PVP máximo”.

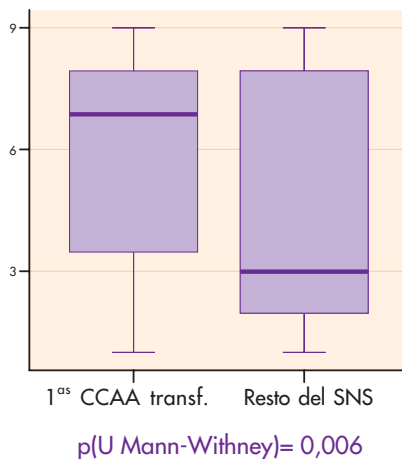


Además, por lo que se refiere al hipotético proceso de negociación descentralizada de las CCAA como financiadores públicos a partir de un PVP máximo (figura 55), los panelistas pertenecientes al grupo de CCAA que recibieron en primer lugar las transferencias sanitarias son favorables a la medida mientras que el resto del panel se muestra significativamente menos afín a este escenario¹⁰.

(10) $p=0,006 < 0,05$ en la prueba de Mann-Whitney.

Figura 7.55

Distribución de los deseos en función de pertenecer a las CCAA transferidas en primer lugar o al resto del SNS, ante la afirmación: "En relación con la financiación de innovaciones farmacéuticas, las políticas públicas se caracterizarán por la negociación descentralizada de las CCAA como financiadores públicos a partir de un PVP máximo".

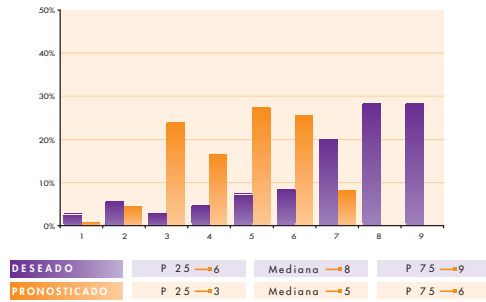


Las cuestiones relacionadas con la distribución y dispensación de fármacos cierran la consulta sobre el pronóstico de la evolución de la política sanitaria de la prestación farmacéutica. La eliminación de las restricciones a la libre apertura y transmisión de oficinas de farmacia recibe una adhesión decidida por parte de los consultados en una proporción destacada de un 80% del colectivo consultado de los que apenas una tercera parte pronostican su ocurrencia frente a un 40% que vaticinan el mantenimiento de la situación actual. La posibilidad de que se impulse la competencia en descuentos a partir de precios máximos establecidos por la Administración es avalada por el deseo de casi un 70% de consultados mientras que superan un concluyente 85% los que se manifiestan negativamente acerca de su efectiva materialización. Aunque es deseado por casi la mitad de los panelistas, una aplastante mayoría desconfía que llegue a materializarse que los medicamentos de financiación y prescripción pública pasen a dispensarse en los Centros de Salud (figura 7.56).

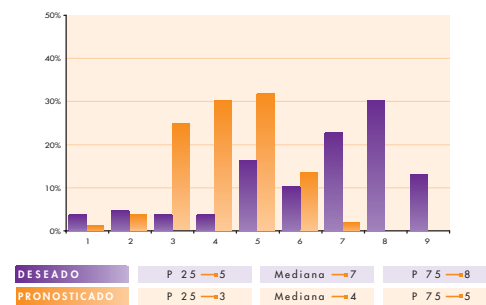
Figura 7.56

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación:
 "En relación con la distribución y dispensación de especialidades farmacéuticas, en los próximos 15 años:

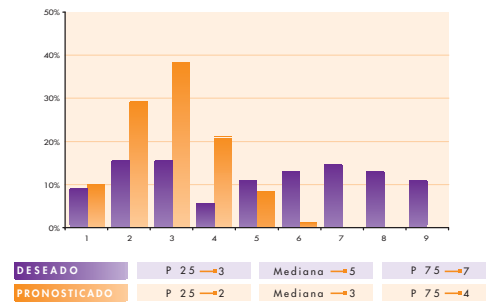
Se eliminarán las restricciones a la libre apertura y transmisión de oficinas de farmacia".



Se favorecerá la competencia en precios a partir de los precios máximos establecidos por la Administración".



Los medicamentos de prescripción financiados públicamente se dispensarán en los Centros de Salud".

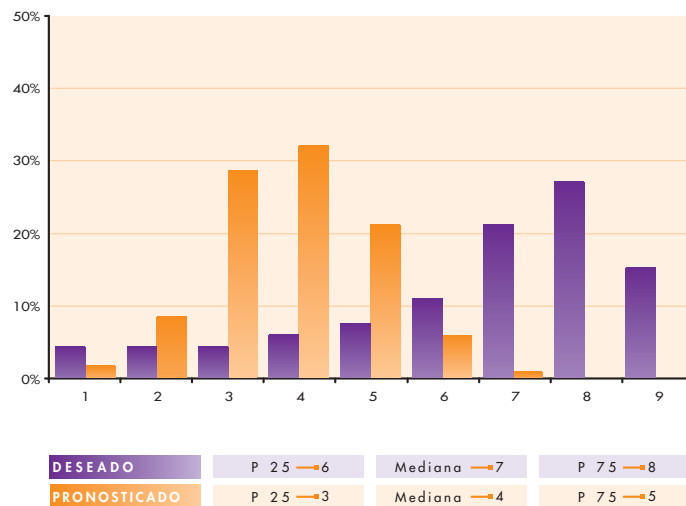


V. ATENCIÓN A COLECTIVOS Y GRUPOS ESPECÍFICOS

Los componentes del panel expresan su deseo de manera mayoritaria de que se integren en una misma estructura de oferta de servicios personales los servicios sociales y los sanitarios. Sin embargo también de manera mayoritaria no muestran más que una confianza mínima en que este proceso tenga lugar en el horizonte que propone la consulta.

Figura 7.57

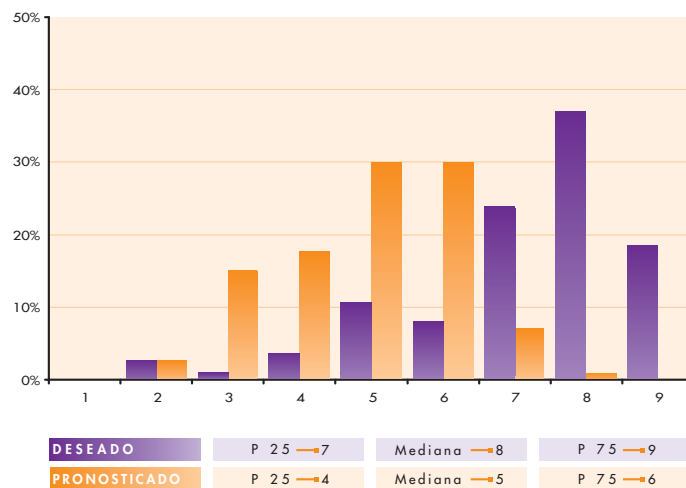
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Los servicios sanitarios y los servicios sociales personales se integrarán en una misma y única estructura que permitirá la personalización caso por caso de la atención socio sanitaria a cargo de gestores de casos –case managers–”.



La incorporación de la perspectiva de género para eliminar las desigualdades de acceso y de utilización de los recursos sanitarios por razón de sexo y género es percibida como deseable con una importante unanimidad que no obstante se atempera en el pronóstico, sólo un 35% cree explícitamente que va a tener lugar realmente este proceso y un 28% se manifiesta de manera ambigua e indiferente.

Figura 7.58

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El SNS mejorará, de forma real, su sensibilidad y capacidad de dar respuesta a las necesidades específicas (de investigación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y participación informada) de los paciente en lo que se refiere a las desigualdades por razón de sexo y género”.



Finalmente el panel expresa de manera muy congruente su deseo y su pronóstico de ocurrencia acerca del crecimiento del espacio presupuestario del ámbito de la salud mental y de los cuidados paliativos (Fig. 59 y 60).

Figura 7.59

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El ámbito de salud mental ganará peso presupuestario en los próximos años”.

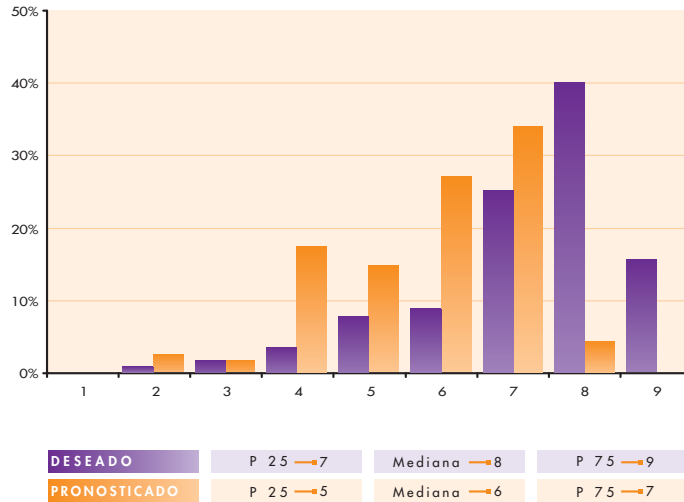
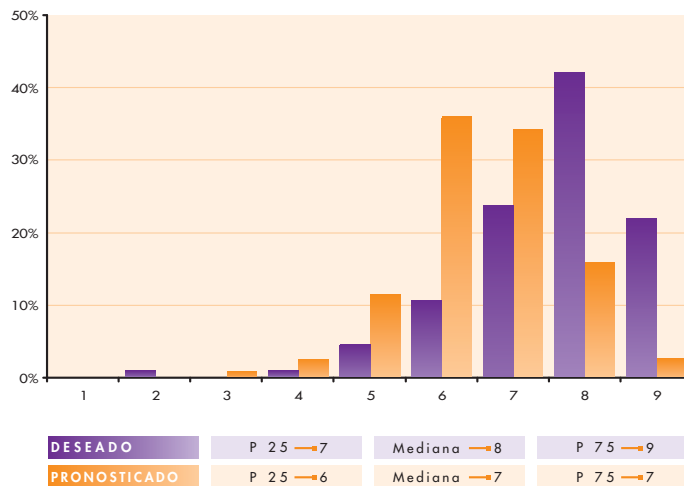


Figura 7.60

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El ámbito de los cuidados paliativos ganará peso presupuestario en los próximos años”.



7.4 CALIDAD Y MODERNIZACIÓN DEL SNS

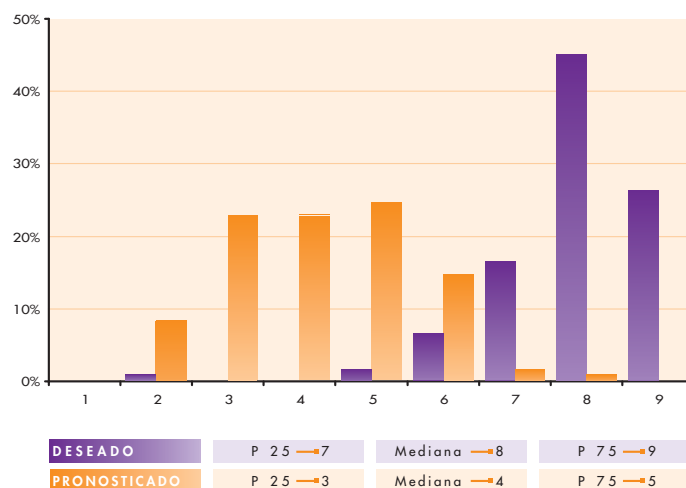
La consulta se cierra con una indagación acerca de qué pronósticos y adhesiones suscita el desarrollo de una selección de factores de modernización y de calidad del sistema sanitario público: dimensiones críticas de formación de los profesionales de la salud; incentivos a la calidad de procesos y resultados; información adecuada para la evaluación de la eficiencia y la equidad del sistema sanitario; mejora de la competitividad de la investigación y desarrollo así como transferibilidad de los resultados de la innovación a la práctica clínica en beneficio de los pacientes. El marcado contraste entre deseos y pronósticos de ocurrencia por lo que se refiere a la introducción de innovaciones en la formación y la gestión de recursos humanos del sistema público de salud no deja de pasar inadvertido. Parece necesario actuar sobre las causas que originan que aquello que se manifiesta desear de manera tan unánime se contempla al mismo tiempo con tanta reserva en lo tocante a su materialización. No obstante, emergen también motivos para cierta esperanza en algún cambio significativo de la cultura de gestión y de la rendición de cuentas, ya que cerca de la mitad de los panelistas consideran probable que el público pueda acceder y disponer de información útil, sistemática y homogénea sobre el comportamiento de los proveedores asistenciales de la red pública. Los pronósticos y valoraciones acerca del reforzamiento de la competitividad y la relevancia del sistema de investigación y desarrollo biocientífico como factor crítico para la modernización del SNS, que concluyen el presente apartado, muestran niveles de discrepancia menos pronunciados.

I. FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES

Llama la atención el entusiasmo con el que el panel alcanza uno de los consensos más sólidos en apoyo de que las Facultades de Medicina orienten su responsabilidad social de manera congruente con la necesidad de que los objetivos de la formación de los médicos pueda ser verificada en relación a un perfil explícito de competencias. Pero apenas una quinta parte de consultados expresa alguna esperanza acerca de que esta aspiración se vea cumplida con carácter general en los próximos quince años.

Figura 7.61

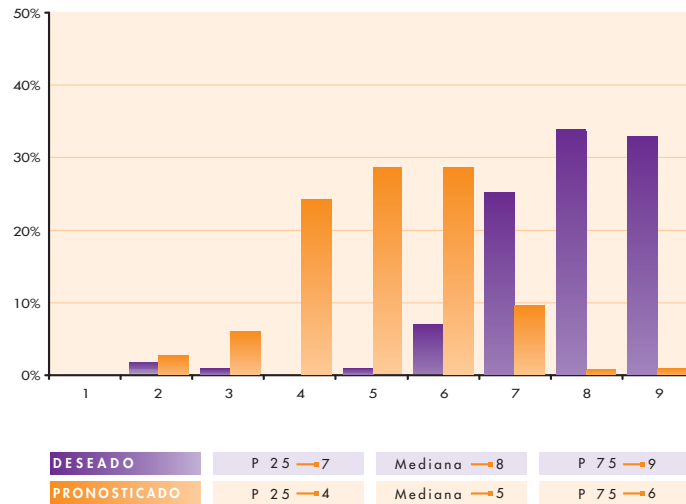
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Las Facultades de Medicina se orientarán a la obtención de resultados definidos en términos de perfiles competenciales de la profesión médica (entre los que se incluirán las actitudes, además de los conocimientos y habilidades)”.



Un contraste igualmente preocupante entre deseos y pronósticos de ocurrencia caracteriza las respuestas a la propuesta de introducir innovaciones pedagógicas que se ilustran con la ejercitación simulada del desarrollo de competencias clínicas con anterioridad a que los estudiantes se enfrenten a situaciones reales.

Figura 7.62

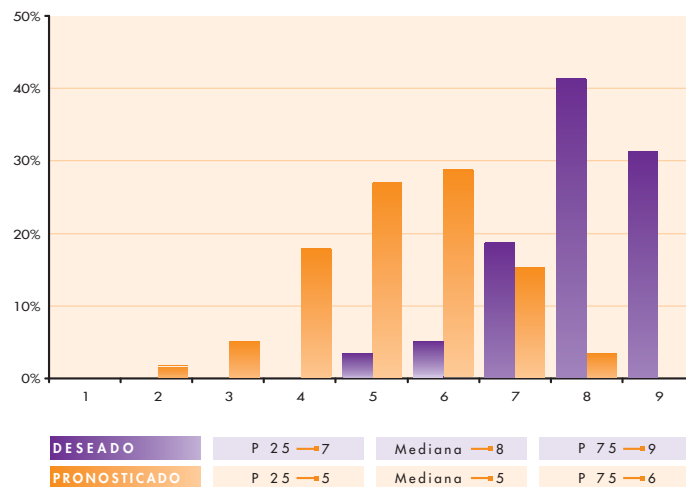
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Los alumnos, para el desarrollo inicial de sus capacidades clínicas, podrán ejercitarse en situaciones simuladas antes de enfrentarse a los pacientes reales”.



Los escépticos y los que muestran su pesimismo en relación a que tenga lugar realmente la integración del desarrollo profesional continuado en el desempeño profesional en las organizaciones asistenciales son más de la mitad de los consultados, mientras un rotundo 95% muestra deseos de que fuera posible.

Figura 7.63

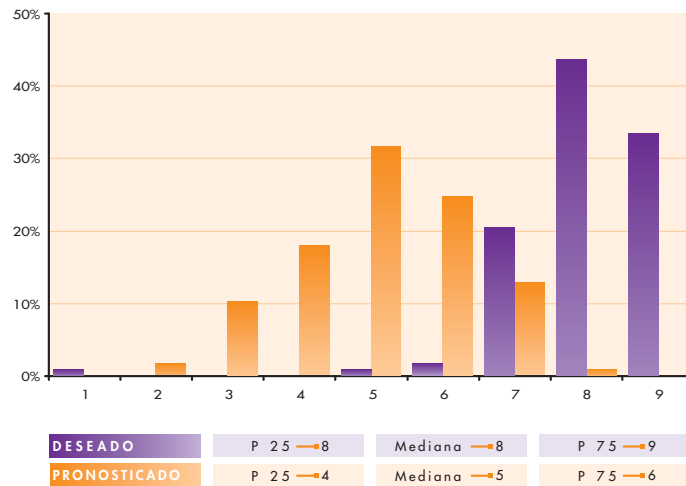
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “El desarrollo profesional continuado, antes limitado a la formación continuada, se integrará en el desempeño profesional de las organizaciones asistenciales”.



Un patrón idéntico de contraste entre un fuerte consenso en los deseos de ocurrencia y un pronóstico negativo se advierte en relación a que nuestra sociedad disfrute de la garantía que significa la certificación regular y sistemática de competencias, conocimientos y capacidad de los profesionales que prestan sus servicios en el sistema público de salud. En este caso, no obstante, más de una tercera parte de panelistas expresan su creencia en que esto va a suceder.

Figura 7.64

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "La evaluación regular y sistemática de competencias, conocimientos y capacidades para el ejercicio profesional será considerada por los profesionales y la sociedad como parte indisoluble del currículo profesional".

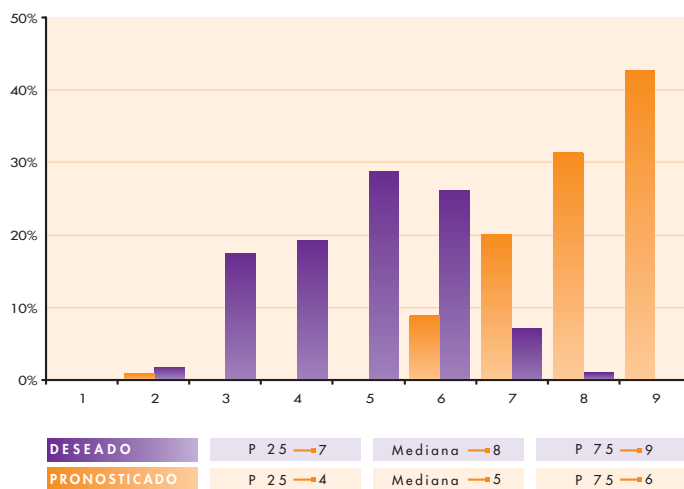


II. INFORMACIÓN Y CALIDAD EN EL SNS

Los indecisos y pesimistas superan a los panelistas que ven viable la coordinación de la compatibilidad y la conectividad de los diferentes sistemas de información y sus plataformas de los componentes del Consejo Interterritorial. A este pronóstico le corresponde una de las mayores manifestaciones de consenso expresada como deseo por el panel.

Figura 7.65

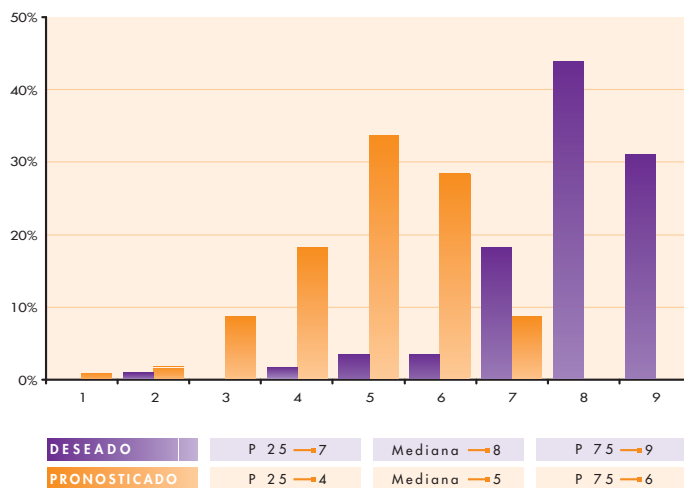
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Las autoridades sanitarias relevantes, por medio de un plan estatal de información sanitaria, asegurarán la compatibilidad y conectividad de los sistemas de tecnología de la información del SNS".



La alineación de los sistemas retributivos y los incentivos de las organizaciones y los profesionales con objetivos específicos de mejora de la calidad asistencial es un escenario que recibe un sólido apoyo por parte del panel reflejado en la expresión de deseos, mientras que la expresión de la probabilidad de ocurrencia se reparte de manera equilibrada entre pesimistas, indiferentes y más de una tercera parte de panelistas "optimistas".

Figura 7.66

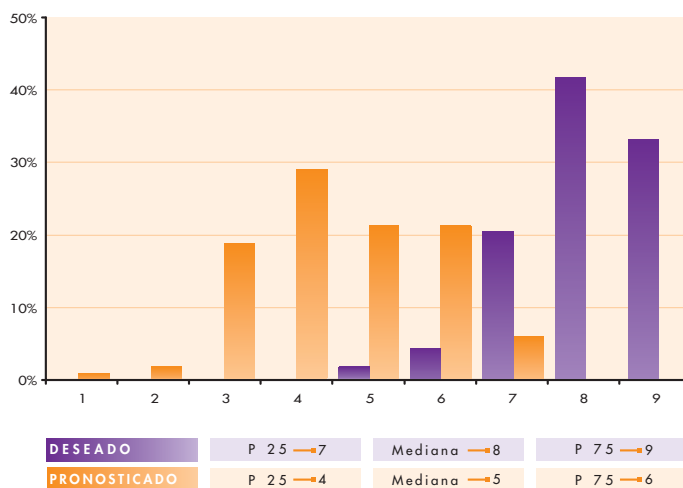
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se articularán políticas de alineación de los sistemas de pago y los incentivos de las organizaciones y los profesionales con objetivos específicos de mejora de la calidad asistencial".



Es difícil que pase desapercibido que algo menos de un tercio de consultados consideran aceptable el pronóstico de ocurrencia acerca del avance de prácticas acreditadas de benchmarking como manifestación de cambio en la cultura innovadora y de cooperación entre profesionales sanitarios, administradores y gestores del sistema público. Especialmente cuando en la expresión de deseos de ocurrencia el panel muestra una decidida adhesión a la propuesta.

Figura 7.67

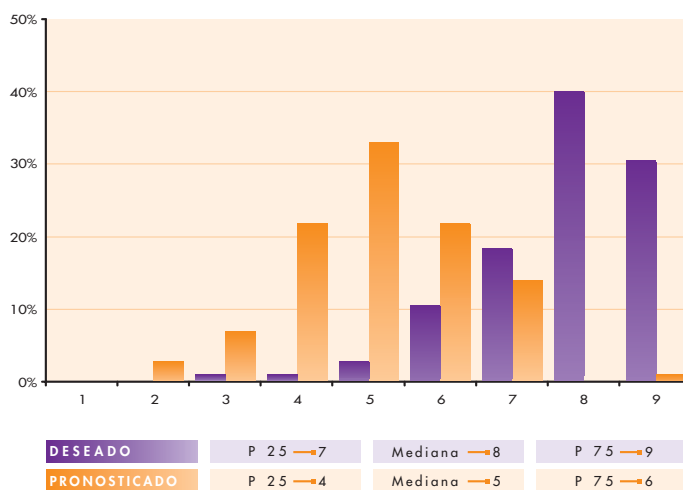
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Las experiencias de aprendizaje de las instituciones con mejores resultados y el desarrollo de instrumentos de coordinación y cooperación entre organizaciones y profesionales, serán práctica habitual en las organizaciones asistenciales del SNS".



El desarrollo, en los próximos 15 años, de "liderazgo clínico" y de la "toma de decisiones compartidas con los pacientes" como aportes decisivos para el desarrollo de políticas de calidad asistencial recibe de nuevo una destacada adhesión por parte del panel, aunque tan solo un tercio de panelistas manifiesta sin ambigüedades creer que este cambio cultural en las organizaciones asistenciales tendrá lugar efectivamente.

Figura 7.68

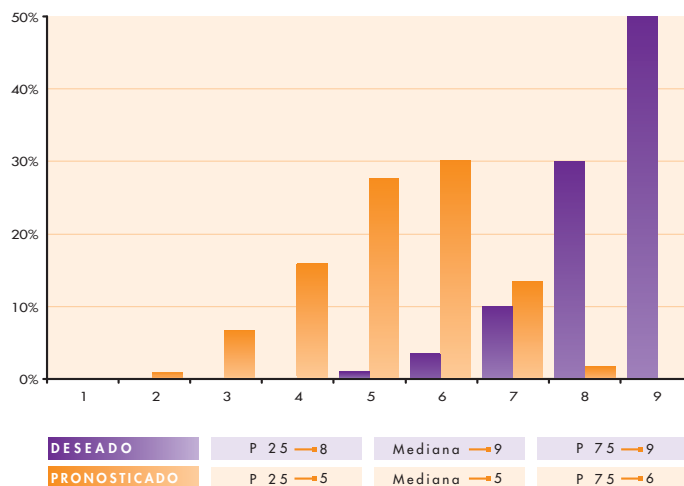
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "El desarrollo del "liderazgo clínico" y de la "toma de decisiones compartidas con los pacientes" constituirán ejes fundamentales de las políticas de gestión de la calidad asistencial".



Sin una sola manifestación de discrepancia en los deseos del panel, el grupo de consultados manifiesta la posición de grupo más optimista –cercana a la mitad– en el pronóstico de ocurrencia acerca de la disponibilidad de información pertinente sobre el funcionamiento de las instituciones de servicio de la red sanitaria pública.

Figura 7.69

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: “Se dispondrá de información útil, sistemática y homogénea de los centros y servicios de la red pública”.

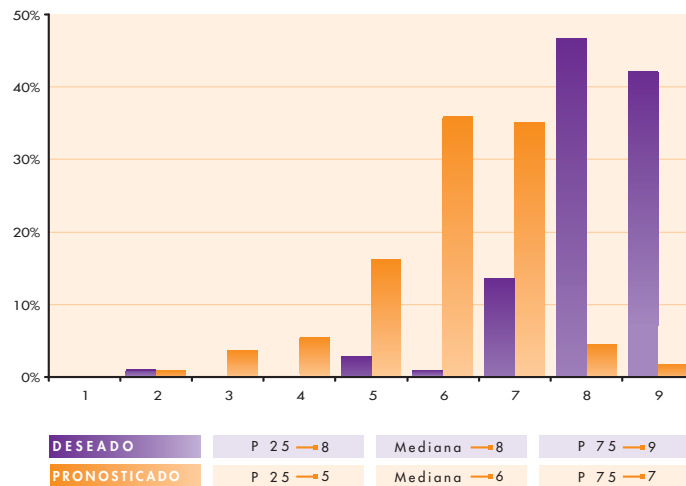


III. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN EL SNS

Rompe con el frecuente contraste entre deseos optimistas y predicciones de comportamiento pesimistas el acercamiento entre las expectativas la adhesión a la propuesta de aumento en la asignación de recursos públicos a la investigación biomédica y el pronóstico positivo de ocurrencia.

Figura 7.70

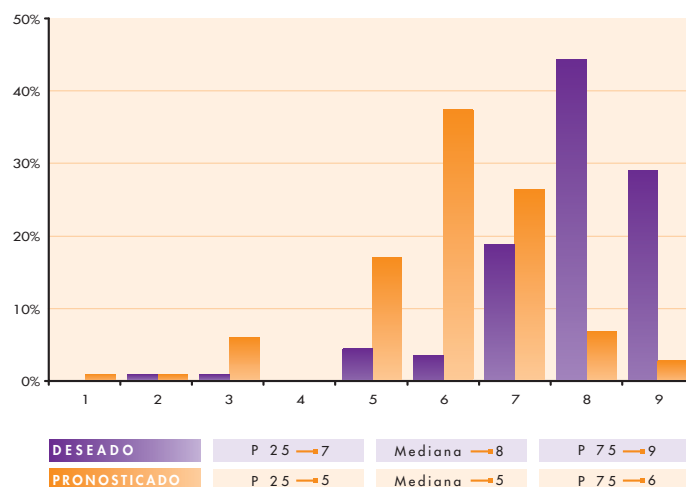
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "La investigación biomédica incrementará su importancia en el presupuesto del sistema español de ciencia y tecnología"



Tampoco se advierten divergencias extremas en la expresión de pronósticos acerca de la configuración de un escenario de financiación coordinada de la investigación biomédica entre las distintas administraciones públicas competentes.

Figura 7.71

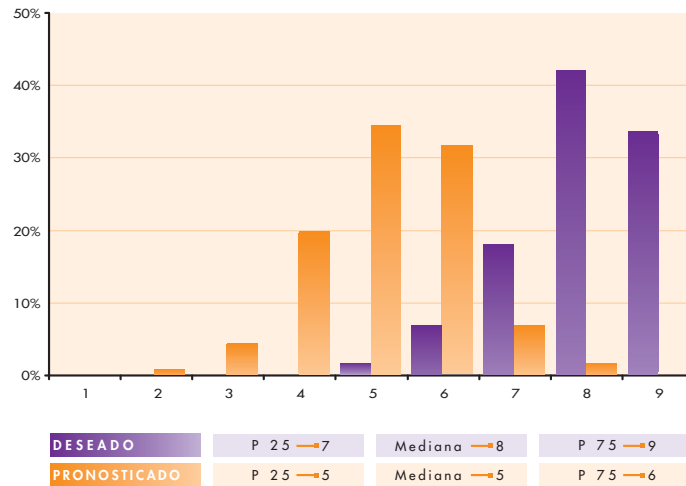
Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se articularán políticas de alineación de los sistemas de pago y los incentivos de las organizaciones y los profesionales con objetivos específicos de mejora de la calidad asistencial".



Finalmente, la expresión de consenso casi absoluto sobre que el sistema sanitario público cuente con dispositivos modernos y competitivos de transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica se complementa con casi la mitad de las adhesiones en términos de validación de un pronóstico positivo de ocurrencia.

Figura 7.72

Distribución de pronósticos y deseos ante la afirmación: "Se introducirán de manera sólida e irreversible la cultura y los instrumentos específicos de transferencia de tecnología en el sistema de investigación en salud"



7.5 CONSENSOS Y DIVERGENCIAS

El presente apartado ofrece un tratamiento diferencial de la información obtenida en la consulta. Tras una exposición exhaustiva de los resultados obtenidos “cuestión a cuestión”, se pretende ofrecer ahora una visión global de las principales dimensiones de consenso y de disenso en la consulta, tanto en relación con las valoraciones predictivas como en la expresión de voluntades de los panelistas. La identificación de grandes disensos y consensos se expone mediante la ayuda de figuras que ilustran con claridad las cuestiones que suscitan más acuerdo y desacuerdo entre los consultados.

I. GRANDES CONSENSOS Y DISENSOS

La interpretación de los resultados presentados se complementa con una visión de conjunto referida a las cuestiones que suscitaron predicciones de deseo y pronósticos de ocurrencia con mayor consenso y con mayor discrepancia.

La figura 73 reproduce los mayores consensos de la consulta referidos a los deseos de ocurrencia. Los grandes consensos representados en globos azules indican un elevado deseo, anhelo de ocurrencia – 80% de las respuestas o más entre 7 y 9. Los grandes consensos representados en globos rojos indican rechazo mayoritario – 80% de respuestas o más entre 1 y 3.

La figura 74 reproduce los consensos referidos a los pronósticos de ocurrencia. Los grandes consensos representados en globos azules indican un pronóstico positivo de ocurrencia, 80% de las respuestas o más entre 7 y 9. Los grandes consensos representados en globos rojos indican pronóstico escéptico en cuanto a la ocurrencia del escenario valorado, 80% de respuestas o más entre 1 y 3.

La figura 75 recoge los mayores disensos de la consulta en cuanto a los deseos de ocurrencia, esto es, aquellos ítem en que se registró una mayor dispersión, interpretable como desacuerdo. Se mantiene el criterio utilizado a lo largo del estudio, considerando dispersión elevada aquella situación en que existe una distancia de 4 puntos o más entre los percentiles 25 y 75 (que delimitan el 50% central de las respuestas del panel).

Las respuestas de pronóstico no presentaron casos de elevada dispersión, esto es, en ningún caso el 50% de observaciones centrales de la distribución de respuestas estuvo comprendido en un intervalo de 4 puntos o más. Esto sucede porque la tónica predictiva no adoleció de fuertes desacuerdos, lo destacable fue la frecuente concentración de las respuestas en posiciones centrales –entre 4 y 6– de la escala de 1 a 9.

Figura 7.73

Grandes consensos en la expresión de **DESEOS** (80% respuestas entre 2 puntos o menos, con mediana entre 7 y 9 para los anhelos y entre 1 y 3 entre para los rechazos)

El diseño modular de los equipos de Atención Primaria atenderá a las necesidades reales de la población (ej: más pediatras en zonas "fértil" y más enfermeras en zonas envejecidas, etc.)

La investigación biomédica incrementará su importancia en el presupuesto del sistema español de ciencia y tecnología.

Se dispondrá de información útil, sistemática y homogénea de los centros y servicios de la red pública.

De entre las estrategias potencialmente útiles para mejorar el estado de salud de la población, se desarrollarán especialmente políticas de promoción de la actividad física y hábitos saludables.

La evaluación regular y sistemática de competencias, conocimientos y capacidades para el ejercicio profesional será considerada por los profesionales y la sociedad como parte indisoluble del currículo profesional.

Exclusión del catálogo de prestaciones públicas de aquellos fármacos de dudosa efectividad.

El SNS desarrollará políticas de Salud Pública que contribuyan efectivamente a modelar actitudes informadas y responsables de la población.

Los hospitales intensificarán las relaciones con la atención primaria y las modalidades de hospitalización intermedias (hospitalización a domicilio, hospital de día, etc) para los pacientes crónicos.

Se intensificará la especialización para los casos agudos y los de "alta tecnología", perdiendo la cama su preeminencia como referente de capacidad y actividad.

■ **anhelo**

■ **rechazo**

Las trayectorias clínicas se impondrán como una forma de reducir las variaciones en el tratamiento de procesos similares, facilitando, en muchos tipos de pacientes, el continuo asistencial entre primaria –consulta externa– hospitalización – modalidades intermedias.

Las tecnologías de la información permitirán el desarrollo y difusión de amplios conjuntos de indicadores de calidad y costes que serán útiles para facilitar las elecciones de los pacientes y la rendición de cuentas a la sociedad.

Reaparecerá el déficit público como instrumento que sufrague el incremento de gasto público y las carencias en la co-financiación de contribuyentes y usuarios.

El gasto farmacéutico financiado públicamente continuará creciendo al ritmo de la última década.

Las decisiones sobre inclusión/exclusión de prestaciones o servicios en la cartera de servicios del SNS se adoptarán en base a criterios políticos u oportunistas.

Figura 7.74

Grandes consensos en la expresión de **PRONÓSTICOS** (80% respuestas entre 2 puntos o menos, con mediana entre 7 y 9 para los optimistas y entre 1 y 3 entre para los pesimistas)

■ optimismo

■ pesimismo

Se mantendrá, de manera hegemónica, la naturaleza estatutaria del personal vinculado a las instituciones sanitarias del SNS

Los hospitales intensificarán las relaciones con la atención primaria y las modalidades de hospitalización intermedias (hospitalización a domicilio, hospital de día, etc) para los pacientes crónicos

El ámbito de los cuidados paliativos ganará peso presupuestario en los próximos años.

Se establecerán impuestos específicos para la financiación de la Sanidad.

Se integrará el uso de guías farmacológicas y guías de práctica clínica en la atención primaria.

Se otorgará capacidad normativa corresponsable a las Comunidades Autónomas para regular y gestionar la imposición indirecta (por ejemplo, impuestos sobre el tabaco y alcohol).

Se utilizarán estrategias novedosas para el control de enfermedades crónicas no transmisibles, más allá del simple control de la contaminación ambiental (ej: suplementación con folatos de los cereales, medicamentos seguros y de bajo coste en las aguas de consumo público, recepción de mensajes de salud en el teléfono o televisor, etc.)

De entre las estrategias potencialmente útiles para mejorar el estado de salud de la población, se desarrollarán especialmente políticas de promoción de la actividad física y hábitos saludables

Desaparecerán, o se reducirán de forma importante, los componentes de politización de la gestión sanitaria, con una importante profesionalización de la gestión.

La descentralización de la gestión en los centros se ejercerá menos sobre la base de la autoridad jerárquica y más sobre la dirección por consenso y la corresponsabilización de los profesionales en su logro.

Se priorizarán políticas de moderación de la demanda sanitaria y de fomento de las expectativas informadas del ciudadano como condición necesaria para la sostenibilidad del sistema

Figura 7.75

DISENSOS en los DESEOS: 4 puntos o más entre P25 Y P75

Gobierno del SNS

El Consejo Interterritorial evolucionará hasta ser un órgano consultivo del Ministerio de Sanidad

El Ministerio de Sanidad desaparecerá o se integrará en un departamento ministerial más amplio, responsable

Aseguramiento

En los próximos 15 años el ciudadano podrá optar entre un abanico de pólizas de cobertura pública básica.

Se favorecerá la elección de pólizas libres complementarias de la cobertura pública única y obligatoria.

Política farmacéutica

Con respecto a los procesos de regulación de precios y en el periodo bajo análisis:

Se flexibilizará la fijación de precios sobre la base de regular la máxima tasa de beneficio de cada compañía farmacéutica

Se regularán los precios estableciendo explícitamente un precio máximo con libertad de descuento por parte de los dispensadores

Se establecerá libertad de precios para los medicamentos sin receta, los prescritos por médicos en ejercicio libre y los genéricos

Se desregularán los precios para las innovaciones de valor terapéutico diferencial probado

Los medicamentos de prescripción financiados públicamente se dispensarán en los Centros de Salud

Negociación descentralizada de las CCAA como financiadores públicos (CCAA) a partir de un PVP máximo

Financiación y corresponsabilidad

Se otorgará capacidad normativa corresponsable a las Comunidades Autónomas para regular y gestionar la imposición indirecta (por ejemplo, impuestos sobre el tabaco y alcohol)

Se instaurará o generalizará el copago:

... por servicios "hoteleros" en la asistencia sanitaria con internamiento.

... por servicios no estrictamente sanitarios que se realicen conforme a las preferencias de los pacientes (habitaciones de uso individual, comidas a la carta, elección de proveedores fuera de su área de servicio, etc.)

... sobre los medicamentos, pero el factor edad actual será sustituido por los tramos de renta como criterio de exención.

... en función de la aportación a la salud de cada tecnología clínica.

Se establecerán impuestos específicos para la financiación de la Sanidad.

La sociedad preferirá que el crecimiento del gasto público de contenido social se dirija a sectores no sanitarios con un fuerte impacto sobre la salud (vivienda, infraestructuras, educación, servicios sociales, políticas de empleo, etc.).

Evolución del gasto

Empujado por diversos factores (envejecimiento, tecnologías, precios, aumento de la renta familiar, ...) el gasto sanitario crecerá más rápidamente que el PIB.

Se incrementará el porcentaje del gasto sanitario privado en el gasto sanitario total.

7.6 OPORTUNIDADES Y AMENAZAS PARA LA LEGITIMACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SNS

Las tensiones vinculadas al crecimiento del gasto sanitario y a su financiación están de manera preeminente en la base del debate sobre la sostenibilidad del sistema público de salud tal como actualmente se conoce. Tan importante como la capacidad colectiva de mantener un nivel de financiación acompasado con el gasto sanitario que la sociedad elige es que el sistema sanitario no sólo sea sostenible sino que sea al mismo tiempo efectivo, accesible, equitativo y abierto a la rendición de cuentas.

En el cuestionario de la primera ronda de consulta del presente Delphi, se propuso –en el área de consulta 1– a los panelistas una serie de posibles desarrollos en el entorno del Sistema Nacional de Salud y en su organización y estructura para que fueran enjuiciados estratégicamente como oportunidades o como amenazas estratégicas para su sostenibilidad y su legitimación social. Los panelistas identificaron en uno u otro sentido estos factores y además señalaron su parecer acerca de la intensidad de las oportunidades y amenazas en una escala de 1 –la intensidad más baja– a 9, la intensidad más elevada.

La descripción de resultados que sigue se acompaña de apoyo gráfico por medio de diagramas de caja (figuras 76 y 77). Los diagramas de caja representan, para cada cuestión, la distribución de las respuestas de los panelistas. Las cajas representan el área dónde se concentran el 50% de las respuestas, estando limitadas por los valores correspondientes a los percentiles 25 y 75, y expresándose la mediana por medio de una barra que cruza cada caja. La mayor o menor amplitud de las cajas corresponde al grado de dispersión de las observaciones, así una caja “larga” evidencia una elevada dispersión del 50% de observaciones centrales de la distribución. Para la facilitar la representación gráfica, se utilizó una escala de -9 a 9, y se asumió como Amenazas aquellos ítem cuya mediana tomó valores negativos (de -1 a -9) y Oportunidades aquellos en que la mediana tomó valores positivos (de 1 a 9). En el ejemplo a continuación se ilustra claramente el sentido de la lectura gráfica.

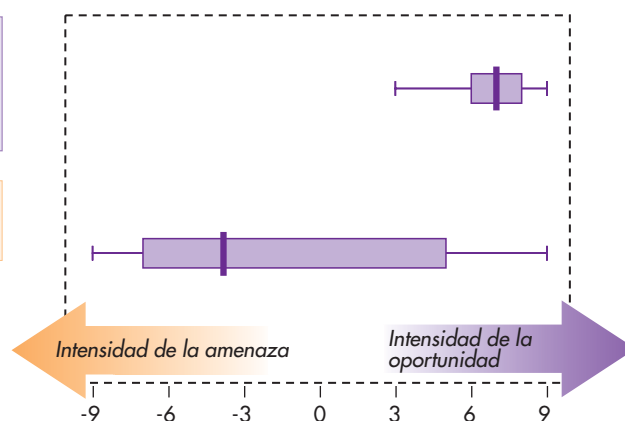
Ejemplo. Oportunidades y Amenazas para la SOSTENIBILIDAD del SNS. Ejemplo de presentación de resultados

Oportunidad fuerte

Se realizará sistemáticamente una evaluación clínica y económica de las nuevas tecnologías, y su incorporación a la cartera de servicios gratuita del SNS se limitará a las coste-efectivas.

Amenaza débil

Se mantendrá el acceso universal y gratuito a una cartera de servicios abierta.



- La evaluación sistemática y rigurosa de tecnologías como garante de inclusión exclusiva de prestaciones coste efectivas en la cartera de servicios del SNS es un escenario valorado como Oportunidad por el panel (Mediana=7, representada por la barra morada oscuro). Esta valoración es compartida por la gran mayoría del panel, estando el 50% central de las respuestas del grupo concentradas entre 6 y 8 – el área incluida en la caja morada, 6 y 8 corresponden a los valores de los percentiles 25 y 75). Con mediana de 7 o más, consideramos la Oportunidad como fuerte (cuadro de enunciado azul oscuro frente a azul claro cuando esta es débil, con mediana igual o inferior a 6)
- Por otra parte, un escenario de mantenimiento del acceso universal y gratuito a una cartera de servicios extensa es contemplado por el panel como una Amenaza (Mediana de las respuestas= -4). Sin embargo, aquí la dispersión, esto es, el desacuerdo dentro del panel, es mayor: el 50% central de las respuestas van desde puntuaciones de -7 a 5 positivo. En definitiva, a pesar de que la lectura global es valoración de Amenaza, existen panelistas que la puntuaron con puntuaciones positivas, considerándola por tanto una Oportunidad. Con medianas entre -9 y -7, consideramos la Amenaza como fuerte y aparece en cuadro rojo oscuro (en el ejemplo, cuadro de enunciado rojo claro al tratarse de una Amenaza débil, con mediana (-4).

A tenor de los resultados los panelistas consideraron colectivamente como oportunidad de legitimación “fuerte” del SNS, la centralidad del paciente –facilitando se elección informada de centros y profesionales– y la delimitación de la cobertura sanitaria de financiación pública, aunque paradójicamente manteniendo la uniformización de las prestaciones en detrimento de una mayor sensibilidad del sistema público hacia las preferencias y necesidades específicas de ciudadanos, colectivos y territorios. Esta visión de “apertura limitada” del sistema se corresponde con una formulación poco definida (véase Resultados, Apartado 1.4: Ciudadanía y centralidad del Paciente) de los deseos de participación de los usuarios y pacientes en las instancias de diseño y gestión de los servicios asistenciales, y un pronóstico de ocurrencia negativo. Y abiertamente negativa en el pronóstico de abrir el aseguramiento obligatorio público a un mayor rango de elección de pólizas públicas y voluntarias complementarias (véase resultados. Apartado 1.3: Aseguramiento y provisión: la interfaz público-privado).

En lo tocante a la sostenibilidad el pronunciamiento más intenso, como oportunidad “ fuerte” se refiere a las expectativas de innovación tecnológica diagnóstica y de tratamiento farmacológico y a la evolución del contenido de la cartera de prestaciones gratuita del SNS sobre la base de la evidencia de coste-efectividad. Paradójicamente en la expresión de sus pronósticos de ocurrencia los panelistas otorgan más verosimilitud a que la incorporación de nuevas prestaciones sea discrecional por parte de los políticos que a la adopción de criterios replicables de efectividad técnica y coste.

Como amenazas “fuertes” emergen un hipotético –no probado– incremento de la utilización de la cobertura pública por parte de la inmigración y el envejecimiento de la población, factor que no se considera decisivo en algunas recientes proyecciones de crecimiento del gasto sanitario.

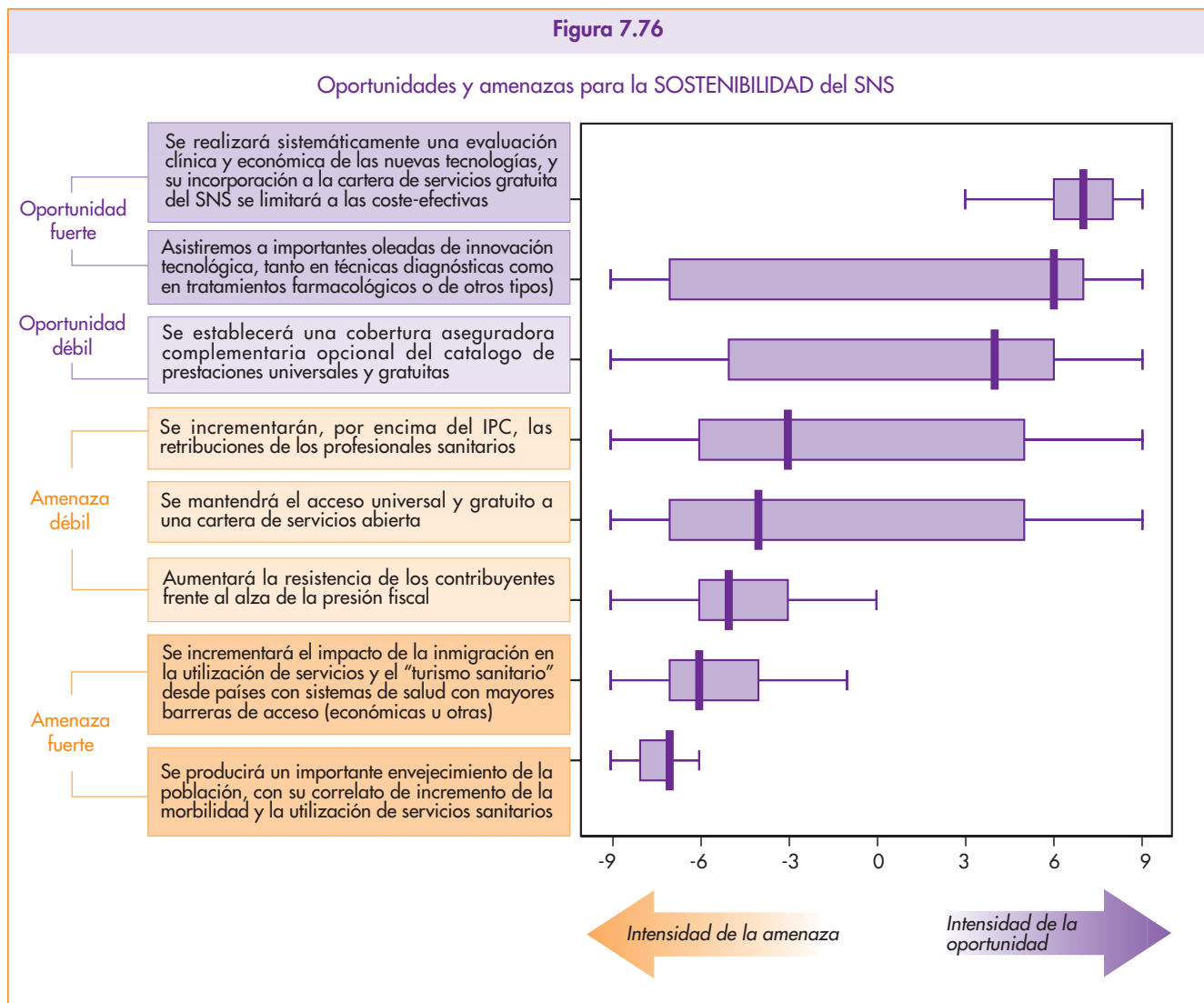
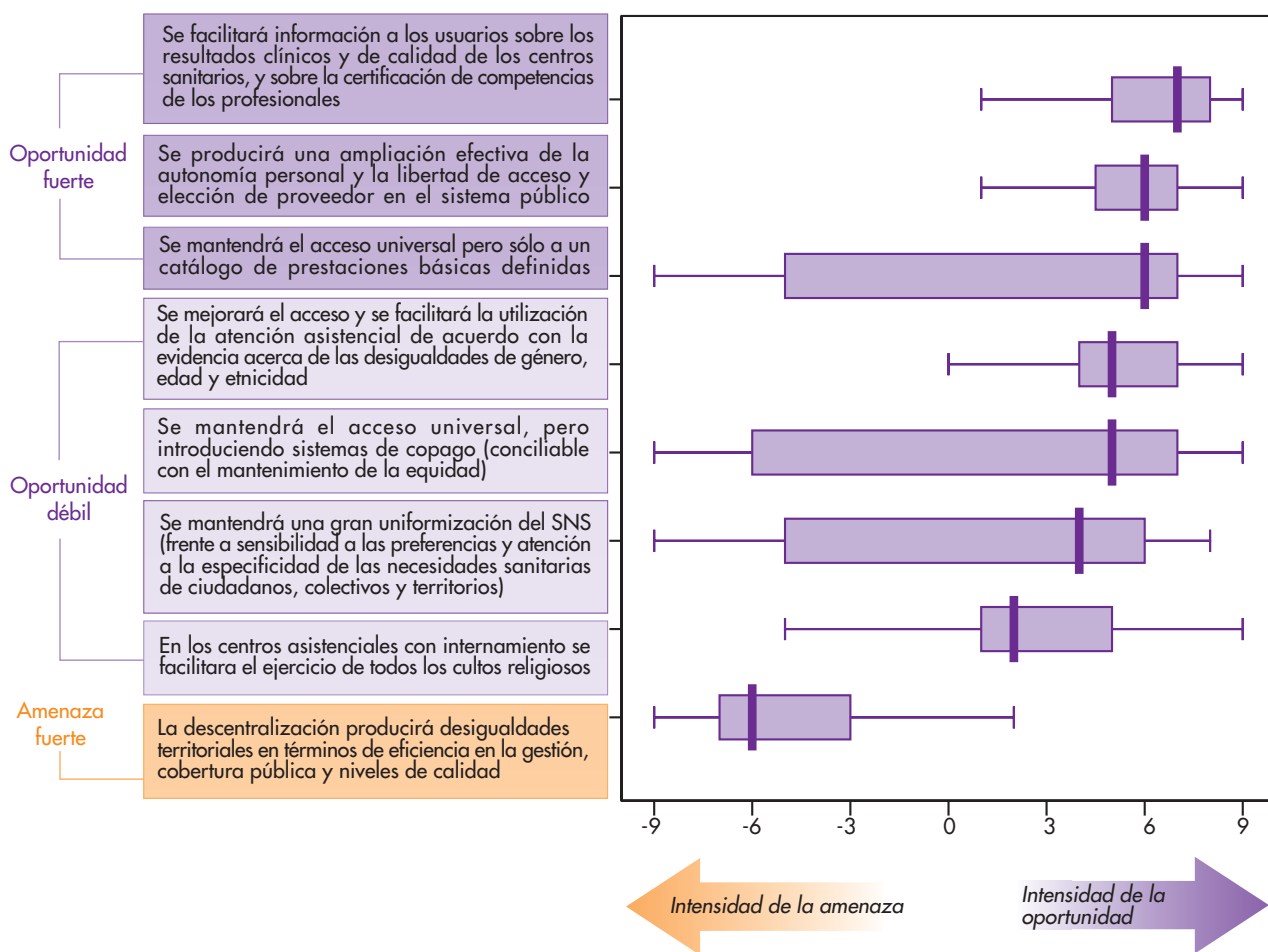


Figura 7.77

Oportunidades y amenazas para la LEGITIMACIÓN del SNS



COMENTARIOS FINALES



8.

8 Comentarios finales.....	95
----------------------------	----

8. COMENTARIOS FINALES

El ejercicio de prospectiva presentado aporta información inédita y esperamos relevante para el análisis del futuro inmediato –posible y deseable– de nuestro Sistema Nacional de Salud. Los resultados tienen interés porque reflejan las visiones de aquellos que han gobernado el SNS desde hace veinte años, e inéditos porque es la primera vez que dicho colectivo se manifiesta en conjunto en un ejercicio de consenso predictivo sobre cuales serán –y cuales desearían que fuesen– las dimensiones de desarrollo y sostenibilidad que regirán la evolución del sistema público de salud en los próximos quince años.

El análisis de la expresión de deseos y pronósticos de ocurrencia ha permitido detectar un posicionamiento dual del panel de consultados. No se han registrado pronósticos extremos en un contexto general de acentuada centralidad –convergencia– a lo largo de la consulta. Sin embargo esta “tibieza” en la predicción de escenarios contrasta con una expresión más perfilada de lo que desean que ocurra los panelistas.

Una lectura “plana” de los resultados podría resultar poco interesante por la referida centralidad de gran parte de las predicciones. Sin embargo la especificidad y la naturaleza “exclusiva” de los panelistas otorga un especial valor a la expresión de sus “deseos” que revelan una interesante tensión entre lo que “debería” suceder – más cerca de la modernización del SNS - y lo que realmente se espera que suceda, más cerca del mantenimiento de sus “esencias” primigenias.

Los grandes consensos –aquello que el panel desea con mayor intensidad y firmeza– se alcanzan en relación con el desarrollo de plataformas conectivas de información como base para la gestión de la calidad asistencial, la potenciación de medidas de corresponsabilización en Salud Pública, una mayor coordinación de niveles asistenciales, así como un mayor rigor en la evaluación de tecnologías y las competencias profesionales. En cambio, los grandes disensos se dan en la valoración de escenarios relativos a estructuras y bases organizativas: el modelo de gobierno y de financiación, la evolución del gasto sanitario, la corresponsabilización de las Comunidades Autónomas e instauración de copagos, el modelo de aseguramiento y el sistema de regulación y fijación de precios de los medicamentos.

En resumen, el Delphi señala escenarios claramente deseables para el SNS, y da cuenta de una mayor dificultad para acordar el modo de obtener dichos resultados: la hoja de ruta. En definitiva el Delphi realizado ha tratado de ahondar en el conocimiento de actitudes de contraste, cambio, continuidad e innovación en la concepción de las políticas sanitarias, con el propósito de contribuir a la mejora del abordaje de las oportunidades y conflictos que acompañarán el desarrollo inmediato del Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con una práctica consolidada por el grupo director, el lector dispone –en el anexo 3– de la posibilidad de acceder a la base de datos generada por las contestaciones de los panelistas. El uso de esta información ha de permitir a quien lo desee contrastar, y en su caso contestar, la interpretación de los resultados presentados, esperamos que de manera razonada, en este Informe.

ANEXOS



9.

9 Anexos.....	97
Anexo 1. Resultados de las dos sesiones de grupo nominal	99
Anexo 2. Cuestionario correspondiente a la Primera Ronda de consulta.....	123
Anexo 3. Formulario de Acceso a la base de datos.....	141

ANEXO 1. RESULTADOS DE LOS GRUPOS NOMINALES

El presente anexo recoge los informes de resultados de las dos sesiones de grupo nominal realizadas al efecto de definir el ámbito de consulta del estudio.

Las sesiones de grupo nominal tuvieron lugar en Madrid el 26 de Julio de 2004 y en Barcelona el 17 de Septiembre de 2004.

En dichas reuniones, el grupo director del estudio convocó a una serie de panelistas, seleccionados en base a su experiencia en el sector y su profundo conocimiento del mismo desde diferentes perspectivas (ver tabla 1 del presente informe).

El objetivo de los grupos nominales fue identificar y valorar las dimensiones de concepción, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que serán críticas desde un punto de vista de su sostenibilidad y legitimidad en el horizonte de los próximos 15 años. Este trabajo se situó en la base del proyecto, ya que las dimensiones identificadas fueron aquellas sobre las que se elaboró el cuestionario objeto de la consulta al que contestó en panel de autoridades sanitarias.

Se buscó encontrar el máximo número de respuestas a la pregunta "nominal" realizada:

A su juicio, ¿cuáles son los procesos, decisiones, cambios y, en general, los factores determinantes para el mantenimiento y mejora de la universalidad, accesibilidad, equidad intrageneracional, calidad técnica, capacidad financiera, legitimidad social y, en resumen, para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud?

Las respuestas aportadas -en forma de ítem o factor relevante- fueron puntuadas también por los panelistas en una escala de 1 – nada relevante - a 9 – totalmente relevante - para la sostenibilidad y legitimación del sistema público de salud.

Los ítem se presentan organizados en áreas temáticas y ordenados –dentro de cada área– en función de la puntuación que obtuvieron en la reunión. Las áreas también están priorizadas, apareciendo en primer lugar aquellas que contienen los ítem mejor puntuados.

Desarrollo y sostenibilidad del SNS descentralizado Análisis prospectivo

GRUPO NOMINAL de 26 de julio de 2004 – Madrid

Informe de Resultados para los participantes

CONTEXTO Y OBJETIVOS

La Fundación Abril Martorell y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad han decidido iniciar una reflexión para dibujar el panorama, prospectivo (como se contempla el futuro) y prescriptivo (como se desea el futuro), de las dimensiones críticas que determinan la concepción, organización y resultados del SNS como logro irrenunciable en la profundización en la calidad democrática en nuestra sociedad.

El objetivo del proyecto es obtener del colectivo de autoridades sanitarias del Sistema Nacional de Salud (Ministros, Consejeros y altos directivos) de las dos últimas décadas, una visión plural y anticipativa de las alternativas para su desarrollo, legitimación y sostenibilidad en el horizonte de los próximos 15 años. Se pretende que los resultados de esta prospección ofrezcan una visión estratégica de alta significación por la calidad, experiencia y compromiso personal de los participantes.

Para preparar el análisis prospectivo, el núcleo director del proyecto ha realizado una reunión de un grupo de panelistas, seleccionados en base a su experiencia en el sector y su profundo conocimiento del mismo desde diferentes perspectivas. Esta reunión tiene como objetivo identificar y valorar las dimensiones de concepción, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que serán críticas desde un punto de vista de su sostenibilidad y legitimidad en el horizonte de los próximos 15 años. Este trabajo se sitúa en la base del proyecto, ya que debe identificar las dimensiones sobre las que posteriormente trabajaran las autoridades sanitarias de las dos últimas décadas.

MÉTODO Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La metodología elegida es una reunión estructurada y formalizada mediante la técnica del grupo nominal. Durante la misma se busca, sobre todo, encontrar el máximo número de respuestas a la pregunta “nominal” realizada:

A su juicio, ¿cuáles son los procesos, decisiones, cambios y, en general, los factores determinantes para el mantenimiento/mejora de la universalidad, accesibilidad, equidad intrageneracional, calidad técnica, capacidad financiera, legitimidad social y, en resumen, para la sostenibilidad del sistema nacional de salud?

PARTICIPANTES

- Esteban de Manuel, Instituto de Ciencias de la Salud de Aragón
- Verónica Casado, médico
- Javier Olave, Diario Médico
- Javier Sánchez-Mariana, Ministerio de Sanidad y Consumo
- José Asúa, Departamento de Salud del País Vasco
- Pablo Lázaro, TAISS
- Juan del Llano, Fundación Gaspar Casal
- Emilio Benito, El País
- Eva de la Torre, Planner Media
- Francisco Fernández, Correo Farmacéutico
- Aníbal García Sempere (Moderador), Fundación Salud, Innovación y Sociedad
- Salvador Peiró (Moderador), Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

RESULTADOS

Se identificaron 105 ítem o factores. Los ítem fueron puntuados por los panelistas en una escala de 1 –nada relevante– a 9 –totalmente relevante– para la sostenibilidad y legitimación del sistema público de salud.

En las páginas siguientes se presentan en forma de tabla 96 de los 105 factores identificados - 9 de los ítem estaban recogidos en otros y por lo tanto resultaban redundantes. Los ítem se presentan organizados en áreas temáticas y ordenados – dentro de cada área- en función de la puntuación que obtuvieron en la reunión. Para cada ítem, se ha marcado la mediana (en negrita y subrayada) y los percentiles 25 y 75 (valores que delimitan el area con fondo naranja), que incluyen el 50% central de observaciones. Las áreas también están priorizadas, apareciendo en primer lugar aquellas que contienen los ítem mejor puntuados (es decir, mediana más alta y menor dispersión).

Ejemplo de lectura: ítem 27

27- Definir los términos de la colaboración entre sector público y privado, para sumar recursos y acometer las reformas necesarias sobre la dedicación del personal facultativo.	1 2 3	4 5 <u>6</u>	7 8 9
--	-------	---------------------	--------------

La definición de los términos de colaboración entre sector público y el sector privado para realizar las reformas necesarias sobre la dedicación del personal facultativo obtiene una mediana de 6 (cifra en negrita y subrayada), con un percentil 25 igual a cuatro (p25=4) y un percentil 75 igual a ocho (p75=8) (área de cifras con fondo naranja).

Para aquellos ítem en que la mediana comporta decimales (por ejemplo 7,5 u 8,5), se marcan en negrita y subrayan las cifras adyacentes (7 y 8; 8 y 9).

Se han agrupado los factores identificados en la reunión en 16 áreas de interés, ordenadas en función de la inclusión de los ítem mejor puntuados (el área “Mejora de la atención primaria” contiene el ítem mejor puntuado de todas las áreas y por lo tanto se presenta en primer lugar; el ítem mejor puntuado del área “Política farmacéutica” es el más bajo de todas las áreas y por lo tanto se presenta en último lugar).

Las áreas son: 1) Mejorar la atención primaria de salud; 2) Políticas y planificación para reestructurar el SNS; 3) Mejora de la financiación; 4) Mejora de la I+D+I; 5) Cartera de servicios; 6) Mejora de la coordinación asistencial y entre niveles; 7) Mejorar la eficiencia de la atención sanitaria; 8) Desarrollo de tecnologías y sistemas de información sanitaria; 9) Atención a grupos específicos de población; 10) Recursos humanos; 11) Equidad y accesibilidad; 12) Incremento del rol del paciente; 13) Calidad y efectividad; 14) Salud pública y políticas de salud; 15) Control de la demanda y 16) Política farmacéutica.

Una mayor resolutivez de la atención primaria, junto con un incremento de la inyección de recursos en este ámbito son vistas como acciones claves para la sostenibilidad y legitimación del SNS por el panel de expertos. La efectiva coordinación entre sistemas de salud autonómicos, la despolitización de la toma de decisiones de política y planificación del sistema y la elaboración de un Plan Nacional de Salud que dinamice la efectiva gestión descentralizada del sistema son también factores de gran relevancia. El panel considera igualmente de la mayor importancia aumentar los recursos financieros globales de sistema. La mejora de las condiciones para el desarrollo de I+D+I, mediante un aumento de recursos y la instauración de procesos de priorización explícitos, es vista a su vez como un factor clave de sostenibilidad. El establecimiento de procesos explícitos de inclusión, así como la definición de criterios de financiación de prestaciones basados en necesidades y coste-efectividad son clave para la definición de la cartera de servicios del sistema público. La eliminación de bolsas de ineficiencia, la simplificación de los procesos administrativos y la reducción al máximo de las esperas para pruebas diagnósticas son elementos fundamentales para la mejora de la eficiencia del sistema en el futuro. La mejora de los sistemas de información y el desarrollo de nuevas tecnologías –historia clínica informatizada, registros– son muy igualmente valoradas por los expertos. El desarrollo de un continuum socio-asistencial para grupos de población específicos también recibe un elevado apoyo. El área de recursos humanos cuenta con el mayor número de factores, relacionados con la necesidad de reestructurar todo el sistema de gestión de profesionales del sistema, reflexionar sobre sus motivaciones y sus incentivos, la formación y el reconocimiento profesional. El aseguramiento de unos niveles básicos de atención en todas las CCAA, así como la capacitación y corresponsabilización de los pacientes en las tomas de decisiones de salud que les afectan cuentan con el respaldo destacado del panel. A su vez, se pone énfasis en la monitorización de la calidad de los procesos de atención, atacando la variabilidad clínica mediante la elaboración de GPC. El desarrollo de políticas intersectoriales se valora como decisivo en el abordaje de los problemas de salud pública. Medidas de control de la demanda como la concienciación y corresponsabilización de la población en el coste de los servicios son vistas igualmente como necesarias. Por último, la promoción del uso de genéricos y el uso racional de medicamentos, o el desarrollo de un programa de farmacia a largo plazo son valoradas como factores relacionados con la política farmacéutica determinantes para la sostenibilidad y legitimación del sistema.

n					
Mejorar la atención primaria de salud	17-	Promover una atención primaria más resolutive, incluyendo la incorporación de tecnologías diagnósticas y telemedicina	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	37-	Garantizar un mínimo de tiempo para las consultas de atención primaria, tendente a favorecer la realización de actividades preventivas	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	29-	Incremento de la ambulatorización de los cuidados, hacia la atención primaria, con incremento de financiación de este nivel hasta alcanzar el 50% entre niveles	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	61-	Cambios relevantes en la atención primaria (más tiempo) ¹	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
Reestructurar el Sistema Nacional de Salud Políticas. Planificación.	28-	Hacer del Ministerio de Sanidad un órgano "federal" y que las Comunidades Autónomas estén implicadas en la toma de decisiones (en financiación, medicamentos, prestaciones,..)	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	25-	Plan Nacional de Salud que implique a las Comunidades Autónomas y que obligue a buscar vías de cooperación entre ellas (centros de referencia, desplazamientos, coordinación de I+D+I). Organismo ejecutivo de coordinación del sistema	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	82-	Ajustar la ordenación de la oferta a las características de la demanda y no al revés	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	4-	Buscar un pacto de estado que permita a la sociedad definir qué sistema se quiere y a partir de ahí trabajar sobre él	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	81-	Análisis riguroso y honesto de las necesidades de salud a medio-largo plazo para diseñar e implantar las estrategias adecuadas	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	88-	Despolitizar la coordinación y dejarse coordinar	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	1-	Dar credibilidad y legitimidad a la planificación estratégica para sustituir el uso de la sanidad como arma electoral y establecer prioridades consensuadas entre todos los agentes del SNS y especialmente el parlamento	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	27-	Definir los términos de la colaboración entre sector público y privado, para sumar recursos y acometer las reformas necesarias sobre la dedicación del personal facultativo	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	14-	Dar mayor entrada a proveedores privados (dentro del sistema público) para mejorar la satisfacción del usuario y el desarrollo profesional	1 <u>2</u> 3	4 5 6	7 8 9

¹ Suprimir. Contendida en la 17.

Incrementar la financiación del Sistema Nacional de Salud	9- Reforzar la financiación pública del Sistema Nacional de Salud a partir de los Presupuestos Generales del Estado e incremento sobre el PIB si es preciso (sin descuidar el control de las ineficiencias)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	13- Atender al aumento de la demanda y las expectativas (principal problema financiero)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	71- Aumentar la financiación con impuestos especiales (tabaco, alcohol, gasolina) y copagos que ayuden a racionalizar la demanda (ej: urgencias)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Mejorar la I+D+I	65- Aumento significativo de la inversión en I+D+I, pública y privada	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	93- Aumentar los recursos dedicados a investigación clínica y en servicios sanitarios	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	98- Priorizar la investigación en función de su relevancia	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	53- Evitar la duplicidad de recursos en I+D, docencia y evaluación	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	91- Establecer controles y protocolos para los ensayos clínicos que aseguren que los voluntarios son voluntarios	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Cartera de servicios	68- Establecer <i>procesos explícitos</i> de inclusión y financiación pública de nuevas intervenciones (tecnologías, fármacos, procesos organizativos)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	64- Introducción de criterios objetivos, atendiendo a <i>necesidades reales de salud y coste-eficacia</i> , para la financiación pública de nuevas tecnologías	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	67- Evaluación de prestaciones para su inclusión o mantenimiento en la cartera de servicios del SNS ²	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	66- Planes de revisión periódica de la relación coste-eficacia de los medicamentos financiados (posible "desfinanciación")	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	10- Regulación de la entrada y la evaluación del uso de prestaciones incluidas en la cartera de servicios (<i>hincapié en la seguridad y en la regulación del I+D+I</i>)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	23- Evaluar las tecnologías y los medicamentos y que las administraciones atiendan a esas evaluaciones conforme a su coste efectividad ³	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	36- Incorporar los nuevos desarrollos en genómica, biología molecular y medicina regenerativa una vez evaluados adecuadamente	1 2 3	4 5 6	7 8 9

² Suprimir. Contendida en la 68 y 64.

³ Suprimir. Incluida en la 64.

Mejorar la coordinación asistencial y entre niveles del SNS	40- Favorecer e incrementar la relación entre niveles asistenciales: continuidad de cuidados. Generación de guías de práctica clínica para evitar redundancias, estancamientos, colas, etc., en el pase entre niveles	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	49- Refuerzo del papel de gestor y coordinador de casos del médico de familia. Refuerzo del trabajo en equipo entre niveles	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	34- Eliminar la visión de departamentos estancos respecto al gasto y adoptar una visión global del mismo	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	73- Estímulo real -incluso a ligado a objetivos, plus salarial, ... - de la colaboración entre agentes de salud (equipos multidisciplinares)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	79- Cambiar la visión actual -atomizada- de eficiencia del sistema por una visión global (del conjunto de la organización antes que de un centro o una parte)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Mejora de la eficiencia de la atención sanitaria	2- Eliminar selectivamente bolsas de ineficiencia: uso inapropiado de tratamientos, de pruebas diagnósticas, de ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas,...	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	8- Simplificar (informatizar) los procesos de cita, consultas, manejo de historias y entrega de resultados	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	55- Reducir al mínimo (a la espera técnica) la lista de espera diagnóstica como estrategia clave de salud y de ahorro	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	103- Seleccionar "bien" a los responsables de unidades clínicas (eliminar los "incompetentes").	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	102- Profesionalizar la gestión	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	59- Coparticipación en ciertas decisiones de gestión: equipos de gestión clínica	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	5- Cambio en la gestión de los servicios públicos de salud: introducción de criterios de gestión privada en todas las instituciones sanitarias	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	21- Desarrollo y homogeneización de los procesos de evaluación económica y de calidad (asistencial y de gestión)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	84- Favorecer la profesionalización de las estructuras intermedias de gestión ⁴	1 2 3	4 5 6	7 8 9
31- Desarrollar y operativizar la "abundante" legislación existente	1 2 3	4 5 6	7 8 9	

⁴Suprimir. Incluida en la 102.

Desarrollo de las tecnologías de la información y de los sistemas de información Sanitaria	51- Continuar con la mejora de los Sistemas de Información Sanitaria en todos sus frentes	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	24- Uso de las nuevas tecnologías para dar información al Sistema, a los profesionales y los usuarios del propio sistema	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	85- Historia clínica electrónica válida para todos los niveles y tendencia a tarjeta sanitaria con información básica	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	76- Desburocratización del sistema apostando por sistemas de información fiables y con cierto nivel de homogeneidad entre CCAA, sobre actividad, morbi-mortalidad y consecución de objetivos	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	32- Desarrollo de "registros" (enfermedad y prestaciones) en los problemas de salud más importantes	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	89- Apuesta por la receta electrónica (ahorro para el sistema, comodidad para el paciente y coordinación entre profesionales)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	104- Aprovechar Internet como instrumento de ayuda a las decisiones médicas	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	22- Resolver la paradoja de que el SNS es la primera empresa en gestión del conocimiento pero no produce conocimiento sobre lo que gestiona	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	74- Apuesta fuerte por tecnologías y formación que favorezcan la ambulatorización	1 2 3	4 5 6	7 8 9
72- Buscar formas de comparación de resultados de las diferentes modalidades de gestión organizativa en sanidad	1 2 3	4 5 6	7 8 9	
Atención a grupos específicos de población	70- Diseñar operacionalmente el continuum asistencial sanitario -domiciliario- social para <i>ancianos, demencias, minusvalías y enfermedades crónicas</i> (dependencias)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	38- Crear una red de <i>centros de día</i> complementada con unidades de atención domiciliaria para personas mayores, crónicos, ...	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	3- Crear un espacio socio-sanitario nuevo que atienda al <i>envejecimiento y a la emigración</i> , muy especialmente en relación con los profesionales y su dedicación a la dependencia	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	7- Definir los espacios correspondientes al sector sanitario y socio-sanitario, especialmente en lo que se refiere a la dependencia, y evitar la confusión de presupuestos	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	92- Mejorar/ampliar la atención pública en <i>salud mental y odontología</i> (preventiva y asistencial)	1 2 3	4 5 6	7 8 9

Recursos humanos	15- Modificación completa del sistema de gestión de recursos humanos: desfuncionarización, carrera profesional, productividad variable, dirección por objetivos, ...	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	12- Análisis/reflexión sobre la motivación de los médicos teniendo en cuenta también los valores (rearme ético de la práctica médica)	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	11- Crear incentivos para el alineamiento de los intereses de los médicos, pacientes y gestores, enfatizando en la formación continua y en la carrera profesional	1 2 3	<u>4</u> 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	26- Aumentar la corresponsabilidad de los profesionales en las decisiones organizativas y de recursos pero compartiendo restricciones y riesgos	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	58- Incrementar la formación (pre, post y continuada) sobre valores profesionales y competencias genéricas (comunicación, bioética, gestión de la atención y el razonamiento clínico basado en la evidencia)	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	101-Dejar de ignorar a otros colectivos claves (enfermería) en la planificación	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	63- Asunción real por parte de la Administración de la Formación Médica Continuada	1 2 <u>3</u>	<u>4</u> 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	77- Reconocimiento profesional. Regular la dedicación profesional (exclusividades, cruces público-privado)	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	87- Planificar la formación de especialistas en función de la necesidad asistencial	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	75- Potenciar la utilización de los RR existentes (doble jornada, fines de semana) con la dotación adecuada	1 2 3	<u>4</u> 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	46- Aprovechar Bolonia para dar un vuelco a la formación pregrado. Mantener el MIR y reforzar la formación continuada	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	39- Implicación de los profesionales en la gestión, descentralización de algunos procesos con asunción de riesgos y desarrollo profesional vinculado al desarrollo de los objetivos del SNS ⁵	1 2 3	<u>4</u> 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	48- Crear un sistema de formación e información para los profesionales, de forma que la carrera profesional este regulada y certificada, y de forma transparente	1 2 <u>3</u>	<u>4</u> 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
95- Recuperar la reputación social del médico	1 2 3	<u>4</u> 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9	

⁵ Suprimir. Incluido entre 11, 15 y 26

Equidad y accesibilidad	43- Modificación completa del sistema de gestión de recursos humanos: desfuncionarización, carrera profesional, productividad variable, dirección por objetivos, ...	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	19- Aseguramiento universal y único con prestaciones comunes básicas en todas las CCAA (Carteras de servicios definidas y consensuadas con los profesionales y refuerzo del CI-SNS)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	54- Cartera de servicios homogénea en todo el Estado. Decisiones vinculantes en el CI-SNS ⁶	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	52- Eliminar los desajustes "inaceptables" entre CCAA ⁷	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Incremento del rol del paciente	6- Aumentar el poder del paciente en su paso por el SNS (decisiones clínicas, cuidados, hostelería, tiempos), incluyendo la formación para los autocuidados	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	16- Aumentar la percepción de seguridad del paciente y familiares en su experiencia con el sistema sanitario	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	18- Establecer un sistema de información centralizado y transparente para los usuarios (listas de espera, derechos, deberes)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	86- Dar información relevante y pertinente a ciudadanos y profesionales sobre el uso adecuado de tecnologías sanitarias (incluyendo medicamentos)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	105- Adecuar las relaciones entre Internet y la relación médico-paciente	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	83- Potenciar la figura del defensor del paciente (o equivalente) dotándole de capacidades ejecutivas y sancionadoras	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Calidad, efectividad	62- Atender a la calidad, dentro de la "inevitable" masificación	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	42- Monitorización sistemática de la calidad asistencial	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	33- Atender a la variabilidad clínica como problema de equidad (ej: elaborar y cumplir protocolos)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	41- Generar GPC creíbles que disminuyan la medicina defensiva	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Salud pública y políticas de salud	30- Asunción por las "instituciones" de su responsabilidad en la salud: Desarrollo de las <i>políticas intersectoriales</i> (con otras áreas: interior, educación, trabajo,...)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	56- Apuesta por el desarrollo de <i>programas de salud pública</i> : monitorización de salud, salud ambiental, tabaquismo, vacunaciones, etc.	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	78- Incidir en programas de prevención y promoción de hábitos saludables que recaigan sobre la <i>responsabilidad individual</i>	1 2 3	4 5 6	7 8 9

⁶ Suprimir. Incluida entre 43 y 19

⁷ Suprimir. Incluida en 43 y 19

	20- Potenciar la corresponsabilidad del usuario en su estado de salud. Potenciar hábitos saludables y eliminando factores de riesgo conocidos ⁸	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	80- Información sobre prevención en <i>enfermedades crónicas</i>	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Control de la demanda	100- Concienciación de la población en general sobre el coste e importancia de los servicios (factura sombra y campañas "crudas")	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	44- Corresponsabilización del usuario en los gastos de la sanidad, con discriminación en función de su renta, y gestión asumible de estas discriminaciones	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	35- Aprovechamiento racional de todas las posibilidades y agentes del SNS (desde los médicos a la farmacia comunitaria) para elaborar una estrategia racional de cuidado de la salud y uso de servicios a medio-largo plazo	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	90- Asegurar la gratuidad en el momento de uso y copago para prestaciones y utilidades "opcionales"	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Política farmacéutica	69- Incentivar el consumo de genéricos ⁹	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	97- Promover la prescripción de genéricos	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	50- Uso racional de antibióticos, terapias en enfermedades crónicas,...	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	57- Modificar el reparto del copago en medicamentos (desde en función de la situación laboral a en función de la renta)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	45- Creación de un programa a largo plazo sobre farmacia y uso de medicamentos (horquilla razonable de crecimiento y medidas de uso racional sobre toda la cadena del medicamento: desde el prescriptor al fabricante y dispensador)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	94- Informar y educar en automedicación	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	60- Introducir copagos que no penalicen la equidad o la asistencia "necesaria"	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	99- Utilizar las oficinas de farmacia para campañas e información sanitaria	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	96- Desarrollo de la "atención farmacéutica"	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	47- Planificar/negociar el uso de los recursos destinados por la industria a la promoción de fármacos de forma que se beneficien de ellos los que mas los necesitan	1 2 3	4 5 6	7 8 9

⁸ Suprimir. Incluida en 56 y 78

⁹ Suprimir. Incluida en la 97

Desarrollo y sostenibilidad del SNS descentralizado Análisis prospectivo

GRUPO NOMINAL de 17 de septiembre de 2004 – Barcelona

Informe de Resultados para los participantes

CONTEXTO Y OBJETIVOS

La Fundación Abril Martorell y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad han iniciado una reflexión para dibujar el panorama, prospectivo (como se contempla el futuro) y prescriptivo (como se desea el futuro), de las dimensiones críticas que determinan la concepción, organización y resultados del SNS como logro irrenunciable en la profundización en la calidad democrática en nuestra sociedad.

El objetivo del proyecto es obtener del colectivo de autoridades sanitarias del Sistema Nacional de Salud (Ministros, Consejeros y altos directivos) de las dos últimas décadas, una visión plural y anticipativa de las alternativas para su desarrollo, legitimación y sostenibilidad en el horizonte de los próximos 15 años. Se pretende que los resultados de esta prospección ofrezcan una visión estratégica de alta significación por la calidad, experiencia y compromiso personal de los participantes.

Para preparar el análisis prospectivo, el núcleo director del proyecto realizó una reunión de un grupo de panelistas, seleccionados en base a su experiencia en el sector y su profundo conocimiento del mismo desde diferentes perspectivas. Esta reunión tenía como objetivo identificar y valorar las dimensiones de concepción, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que serán críticas desde un punto de vista de su sostenibilidad y legitimidad en el horizonte de los próximos 15 años. Este trabajo se sitúa en la base del proyecto, ya que debía identificar las dimensiones sobre las que posteriormente trabajarán las autoridades sanitarias de las dos últimas décadas.

MÉTODO Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La metodología elegida fue una reunión estructurada y formalizada mediante la técnica del grupo nominal. Durante la misma se busco, sobre todo, encontrar el máximo número de respuestas a la pregunta "nominal" realizada:

A su juicio, ¿cuáles son los procesos, decisiones, cambios y, en general, los factores determinantes para el mantenimiento/mejora de la universalidad, accesibilidad, equidad intrageneracional, calidad técnica, capacidad financiera, legitimidad social y, en resumen, para la sostenibilidad del sistema nacional de salud?

PARTICIPANTES

- Joaquim Calaf, Hospital Sant Pau, Barcelona
- Eusebi Castaño, Servei Balear de la Salut
- Jordi Colomer, Hospital Sant Pau, Barcelona
- Fernando García Benavides, UPF, Barcelona
- Guillém López Casasnovas, UPF, Barcelona
- Joan MPV Pons, AATRM, Barcelona
- José Luis de Sancho, Hospital Vall d'Hebró, Barcelona
- Joan Carles Serrat, CIC Barcelona
- Antoni Trilla, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona
- Aníbal García Sempere (Moderador). Fundación Salud, Innovación y Sociedad
- Salvador Peiró (Moderador). Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

MÉTODOS

Se identificaron 102 ítem que fueron valorados por los panelistas en una escala desde 1 (baja relevancia para la sostenibilidad y legitimación del sistema público de salud) a 9 (muy relevante). En las páginas siguientes se presenta una tabla con las 102 respuestas y su valoración por los panelistas, organizada en 16 áreas temáticas:

1. Políticas y planificación para reestructurar el SNS;
2. Recursos humanos;
3. Mejorar la atención primaria de salud;
4. Cartera de servicios;
5. Mejora de la financiación;
6. Mejora de la I+D+I;
7. Gestión de la demanda;
8. Atención a grupos específicos de población;
9. Salud pública y políticas de salud;
10. Calidad y efectividad;
11. Equidad y accesibilidad;
12. Desarrollo de tecnologías y sistemas de información sanitaria;
13. Política farmacéutica.
14. Mejora de la coordinación asistencial y entre niveles;
15. Mejorar la eficiencia de la atención sanitaria, y
16. Incremento del rol del paciente;

Dentro de cada área los ítem se presentan ordenados por su puntuación mediana y el valor de los percentiles 75 y 25 (estos parámetros se han señalado en la tabla tal y como se indica en la figura adjunta).

Ejemplo de lectura: ítem 27

27- Definir los términos de la colaboración entre sector público y privado, para sumar recursos y acometer las reformas necesarias sobre la dedicación del personal facultativo.	1 2 3	4 5 6	7 8 9
---	-------	--------------	--------------

Para aquellos ítem en que la mediana comportaba decimales (por ejemplo 7,5 u 8,5), se han marcado en negrita los valores que contienen la mediana (7 y 8; 8 y 9, en el ejemplo anterior). El rango entre los percentiles 25 y 75 incluye el 50% central de las puntuaciones otorgadas por los diferentes panelistas –valores resaltados en sombreado naranja– y da una cierta idea del consenso entre los participantes. La interpretación mas sencilla de estas puntuaciones sería:

1. Puntuación mediana entre 7 y 9: ítem relevante, mas a mayor puntuación.
2. Puntuación mediana entre 4 y 6: ítem de relevancia media.
3. Puntuación mediana entre 1 y 3: ítem de baja relevancia.
4. Rango entre el P25-75 <4 puntos: acuerdo entre los participantes (en alta, media o baja relevancia según el valor de la mediana).
5. Rango entre el P25-75 > 3 puntos: discrepancia entre los participantes en la relevancia del ítem, mayor cuanto mayor sea el rango.

La ordenación de las áreas temáticas se ha realizado en función del ítem mejor puntuado en cada una de ellas, de modo que el primer ítem de cada área tiene un valor superior al primer ítem del área temática siguiente. Esto implica que los últimos ítem de cada área temática pueden tener puntuaciones inferiores a los primeros de las siguientes.

RESULTADOS

Factores determinantes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud					
Área temática	n	Item	Relevancia		
			Baja	Alta	
Mejorar la atención primaria de salud	34-	Mejorar la definición de la colaboración entre sector público y privado (ámbito de la producción a mes a mes del aseguramiento)	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	41-	Pasar de los datos a la información y aumentar la transparencia	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	73-	Penalizar a las organizaciones ineficientes (hasta su eliminación si hace falta)	1 2 3	4 5 6	7 <u>8</u> 9
	16-	Cambios drásticos en la Gestión (competencia la palabra clave)	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> 8 9
	52-	Articular (regular) el papel del aseguramiento privado	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> 8 9
	31-	Reabrir el debate sobre el aseguramiento único	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	63-	Aclarar los valores que hay que defender: despolitizar la gestión	1 2 3	4 <u>5</u> 6	<u>7</u> 8 9
	51-	Clarificar el papel de políticos (governar) y gestores (gestionar)	1 2 <u>3</u>	<u>4</u> 5 6	<u>7</u> 8 9
	37-	Medidas para hacer ganar credibilidad a los compromisos institucionales por lo que hace al alcance y duración de los acuerdos	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	12-	Enderezar el universalismo en contenidos y colectivos destinatarios	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> 8 9
	95-	Introducir el concepto de responsabilidad social corporativa a la empresa sanitaria...	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	76-	Orientar la actuación del sistema hacia los objetivos de salud de la población (y no hacia la competencia en actividad de los proveedores)	1 2 3	4 <u>5</u> 6	<u>7</u> 8 9
	21-	Entidad jurídica propia a todos los servicios de producción de servicios de salud del SNS	1 2 3	<u>4</u> 5 6	<u>7</u> 8 9
	44-	Afrontar la corresponsabilidad de los agentes sociales (privilegios)	1 2 <u>3</u>	<u>4</u> 5 6	<u>7</u> 8 9
102-	Conocer las limitaciones de la sociedad actual: tolerancia vs. permisividad; transparencia vs. discreción; eficiencia de los servicios sanitarios, código ético de mínimos para la política	1 2 <u>3</u>	<u>4</u> 5 6	<u>7</u> 8 9	

Factores determinantes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Área temática	n	Item	Relevancia		
			Baja		Alta
	81-	Redefinir el papel del MSC con un SNS de 17 CCAA participativas	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	56-	Estudiar a fondo la integración en el sistema de los Mutuas de Enfermedades profesionales	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	4 -	Cambio de cultura con el fin de no asociar más servicios de salud a más bienestar	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	18-	Despolitizar las relaciones entre las Administraciones Públicas	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	101-	Extender las exigencias del sector sanitario al sector público de educación y justicia	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u>	4 5 <u>6</u>	7 8 9
Recursos humanos	6 -	Implicar a los profesionales en la gestión como eje para implantar cambios	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	42-	Definición explícita de políticas de RR.HH. En termes de contratación, formación, evaluación y modelo retributivo	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	84-	Aumentar los RR - principalmente en salud publica	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	100-	Cambiar la mentalidad profesional del "beneficio" individual para añadir el beneficio colectivo	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	85-	Cambiar la retribución de los profesionales: una parte ligada al SNS, otra a la institución y otra a su actuación personal	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	35-	Definir las competencias profesionales y revisarlas periódicamente	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	98-	Potenciar las capacidades profesionales hacia competencias de nuevo	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	7 -	Mejorar la formación de todos los profesionales, formación continuada y reacreditación (LOPS)	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	33-	Mejorar las condiciones de asistencia para mejorar la motivación de los profesionales	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	58-	Mejorar la formación personal sanitario: BOLONIA	1 2 3	4 5 6	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	11-	Transferir riesgos a los profesionales	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u>	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
	28-	Incrementar la relación entre la formación y las instituciones sanitarias	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	99-	Adecuar el mundo laboral a la feminización del sector sanitario	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9
	43-	Mejorar la salud laboral de los trabajadores sanitarios (incluso riesgos psicosociales)	1 2 3	4 5 <u>6</u>	<u>7</u> 8 9

Área temática	n	Item	Relevancia		
			Baja		Alta
	91-	Mejorar la formación de los gestores sanitarios y aumentar la formación en gestión de los profesionales sanitarios	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	96-	Corresponsabilizar no retóricamente a los colegios profesionales para poner restricciones a la variabilidad clínica y la prescripción individual	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Mejorar la atención primaria de salud	15-	Apostar decididamente por los programas de prevención primaria y promoción de la salud	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	8 -	Redefinir el papel de la atención primaria aumentando su capacidad resolutoria y su orientación hacia la atención domiciliaria	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	92-	Tratamiento de enfermos crónicos en atención primaria	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	88-	Reducir el hospitalocentrismo del sistema	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Cartera de servicios	1 -	Establecer una cartera de servicios básica y otra complementaria	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	2 -	Delimitación correcta de prestaciones	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	53-	Cartera de servicios: separar los elementos periféricos (hostelería, ...) de los esenciales	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	17-	Delimitar la libre circulación de pacientes entre CCAA y UE en relación a la cartera de servicios	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	10-	Definición de modelos de aplicación de la cartera y reglas de juego que definen las modificaciones	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Incrementar y/o Modificar la financiación del Sistema Nacional de Salud	86-	Corresponsabilidad en los consumos sanitarios a todos los niveles: CCAA (recargo); local (igual territorial), individual (copago)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	89-	Financiación global: distinguir entre financiación pública con recargo al contribuyente y con recargo al usuario y financiación privada	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	19-	Argumentar el incremento de financiación con proyectos claros (con independencia de su origen)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	75-	Aclarar la financiación y la producción cruzada publica-privada	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	5 -	Aumentar la inversión pública en el sistema al 10% del PIB	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Mejorar la I+D+I	20-	Incrementar investigación evaluativa individual y comunitaria	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	62-	Potenciar la innovación, incluso la biotecnología y la de cuarta valla (criterios de coste efectividad)	1 2 3	4 5 6	7 8 9

Área temática	n	Item	Relevancia		
			Baja		Alta
		48- Mejorar la eficiencia de la R+D evitando duplicados	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		68- Idea de que el conocimiento científico forma parte de la solución pero no es la solución	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Políticas y Gestión de la demanda		29- Ir hacia una priorización explícita, transparente, participativa	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		32- Establecer vías de comunicación entre sistema y ciudadano para dirigir la demanda generada por el acceso a la información	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		36- Establecer modulaciones de la demanda (límite: el empobrecimiento de la población)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		59- Acometer la racionalización de la demanda incorporándola al modelo retributivo de los profesionales	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		60- Gestionar las "expectativas" de la población respecto al sistema sanitario y la prolongación de la vida	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		13- Trabajar la cultura de la demanda y especialmente evitar que la adquieran los inmigrantes	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Atención a grupos específicos de población		67- Afrontar el problema de la inmigración y el sistema de pensiones	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		49- Salud Pública y promoción de la salud, campañas sobre temas concretos: enfermedades crónicas, y en ámbitos cercanos a la población	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		50- Envejecimiento e inmigración: desarrollo de los servicios sociales y coordinación con el sistema sanitario	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		26- Adecuar las estructuras al cuidado de crónicos y soporte a las estructuras de curas informales (visión global)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		3 - Generar escenarios de gestión más específicos para las últimas décadas de la vida	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		61- Mejorar la formación pregrado orientada hacia conceptos de autonomía y justicia	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		47- Hacer frente a la Medicalización de la atención social	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Salud pública y políticas de salud		97- Trato fiscal para la mejora de los estilos de vida	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		69- Aumentar la educación sanitaria, especialmente población escolar y juventud	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		94- Aplicar modelos fiscales que orienten el gasto de los contribuyentes en mejorar su salud	1 2 3	4 5 6	7 8 9

Área temática	n	Item	Relevancia		
			Baja		Alta
		74- Recuperar los planes de salud y su evaluación	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		45- Establecer políticas de salud pública alineadas y coherentes con las directivas de la UE	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		38- Corresponsabilizar a los usuarios sobre su estado de su salud	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		24- Articular sistemas que promuevan la participación de los usuarios como fuente de información para la planificación con retorno para generar una cultura de salud	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Calidad, efectividad		82- Aumentar los recursos tecnológicos a los centros hospitalarios para mejorar la atención preventiva	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		39- Aumentar la seguridad del sistema sanitario (prevención de errores, efectos adversos, ...)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		93- Incentivación de las decisiones clínicas adecuadas	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		71- Personalización de la atención a patologías prevalentes que portará la genética	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		72- Aumentar los tiempos de dedicación a los pacientes para mejorar la prevención, la información y la percepción de calidad	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		27- Mejorar la capacitación de la gestión pública para articular prueba de medios, necesidades relativas poblacionales y valor terapéutico de los productos	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		66- Reducción del tiempo de espera y el establecimiento de prioridades clínicas a la toma de decisiones	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		55- Mejorar la comodidad y habilidad de los centros sanitarios	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		87- Incrementar el tiempo por episodio para incrementar la resolución de los episodios	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	23- Trabajar en una cultura propia de calidad de la oferta	1 2 3	4 5 6	7 8 9	
Equidad y accesibilidad		22- Reglas constitucionales para impedir violar la equidad inter e intrageneracional	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		25- Reducción de las desigualdades en salud: sociales, de género, étnicas,...	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Desarrollo de sistemas de información sanitaria		83- Ir hacia SIS compatibles para evaluar y comparar resultados del sistema	1 2 3	4 5 6	7 8 9
		78- Sanitaria Apuesta decidida para las tecnologías de la información en la práctica asistencial	1 2 3	4 5 6	7 8 9

Área temática	n	Item	Relevancia		
			Baja		Alta
Política farmacéutica	79-	Mejorar los mecanismos de toma de decisiones acerca de la aprobación y financiación de fármacos (AEM)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	46-	Cambios en el sistema de financiación de la cadena de distribución farmacéutica	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	77-	Revalorizar los pactos con la industria sobre cómo impacta la r+d y el MK sobre los precios ¿los medicamentos valen lo que cuestan?	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	9 -	Pensar formas de copago sobre medicamentos para hacer más selectiva la demanda	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	80-	Revisar el copago de farmacia y redirigir la parte de los pensionistas hacia la Seguridad Social (no el SNS)	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	65-	Desdemonizar el gasto farmacéutico	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	90-	Volver a excluir los productos farmacéuticos del sistema de patentes	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Mejorar la coordinación del SNS	54-	Homeostasis: romper los compartimientos: coordinación entre niveles	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	14-	Favorecer los mecanismos de homeostasis del sistema	1 2 3	4 5 6	7 8 9
Incremento del rol del ciudadano y del paciente	70-	Incrementar la información al ciudadano para incrementar su capacidad de la elección	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	57-	Conseguir que los ciudadanos tengan una percepción sin incertidumbres de las decisiones relevantes de política sanitaria	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	30-	Establecer un debate social sobre determinadas decisiones: eutanasia, tratos extraordinarios, ...	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	40-	SIS para transmitir información a los ciudadanos con total transparencia (sanitaria y política)	1 2 3	4 5 6	7 8 9

Sostenibilidad y Desarrollo del SNS Descentralizado

Cuestionario

Análisis Delphi - Primera Vuelta

INDICACIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO

El presente cuestionario corresponde a la primera vuelta de la consulta del análisis Delphi

“Desarrollo y Sostenibilidad del SNS Descentralizado”.

Le rogamos que cumplimente debidamente el cuestionario en su totalidad y lo devuelva en el sobre franqueado que le adjuntamos al efecto antes del día 21 de Enero de 2005.

Como sabe el cuestionario es el resultado de un trabajo colectivo de varios profesionales y expertos que han definido las dimensiones y cuestiones específicas de interés para la consulta mediante la realización de dos sesiones de grupo nominal. Este trabajo se verá completado con su indelegable experiencia y capacidad de juicio.

El cuestionario consta de 65 cuestiones, ordenadas en 5 capítulos:

Capítulo 1: Oportunidades y Deseos para el SNS en los próximos 15 años

Capítulo 2: Gobierno del SNS

Capítulo 3: Gasto y financiación

Capítulo 4: Salud pública y dispositivos asistenciales

Capítulo 5: Calidad y modernización

Todas las cuestiones están planteadas en forma de afirmación. Cada cuestión corresponde a un escenario de futuro sobre el cual se le pide que se posicione en los siguientes términos:

CÓMO DEBE CONTESTAR A LAS CUESTIONES

En el capítulo 1 se le pide que indique si los escenarios que se le proponen constituyen una **Oportunidad** **O** una **Amenaza** para la Sostenibilidad y la Legitimación del SNS, y que valore su respuesta en función de su menor o mayor importancia, en una escala de 1 – nada importante, a 9 – muy importante.

Ejemplo de contestación:

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Marque oportunidad O amenaza y valore su importancia de 1 a 9	
1.1.1	Mejorar los mecanismos de toma de decisiones acerca de la aprobación y financiación de fármacos (AEM)	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 (8) 9
		Amenaza	

Ante la afirmación de que se producirá un importante envejecimiento de la población, en el ejemplo se valora dicha afirmación como una amenaza para la sostenibilidad del SNS, y en una escala de 1 a 9, se le otorga una elevada importancia (puntuando 8).

En los capítulos 2 a 5 se le pide que valore los escenarios que se le proponen desde el punto de vista de su

PRONÓSTICO de ocurrencia de dicho escenario (puntuando de 1 –improbable– a 9– muy probable) y de su **DESEO** de ocurrencia (puntuando de 1 –total rechazo - a 9– anhelo).

Ejemplo de contestación:

Item	Afirmación sobre la que posicionarse		
4.4.1	El SNS desarrollará políticas de Salud Pública que contribuyan efectivamente a modelar actitudes informadas y responsables de la población.	Pronóstico	① 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 ⑨

Ante un escenario de desarrollo de políticas de Atención Primaria que contribuyan efectivamente a modelar actitudes informadas y responsables de la población, el ejemplo se expresa una decidida desconfianza en que dicho escenario se de en el futuro (puntuando 1 en la casilla de Pronóstico), mientras que se muestra un decidido anhelo porque dicho escenario se de en el futuro (otorgando un 9 en la expresión de Deseo).

- El tiempo estimado de cumplimentación del cuestionario está entre 30 y 40 minutos.
- Conocedores de la exigencia del ejercicio y de lo apretado de su agenda, nos permitimos insistir en que por favor CONTESTE AL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD con el fin de asegurar la mayor riqueza de valoraciones y valor añadido Y NOS LO REMITA EN EL SOBRE FRANQUEADO AL EFECTO ANTES DEL DÍA 21 DE ENERO DE 2005.

Por último queremos recordarle cuáles son nuestros compromisos con usted:

- Asegurar la confidencialidad individual de su participación y respuestas.
- Facilitarle el acceso a la información a medida que se vaya desarrollando el trabajo, incluyendo el resultado final.
- Publicitar expresamente su participación en la publicación resultante de la investigación, si no objeta lo contrario.
- Facilitarle el Informe Final impreso.

Estamos a su disposición para aclarar todo aquello que considere conveniente:

Aníbal García **629 64 74 94** agarcia@fundsisis.net

Montserrat Juan **93 306 46 12**

Muchas gracias por su tiempo y su inestimable colaboración.

1. Sostenibilidad financiera y legitimidad social del SNS en los próximos 15 años: oportunidades y amenazas

1.1. Sostenibilidad financiera del SNS

Las tensiones asociadas al crecimiento del gasto sanitario público en el SNS están en la base del debate y la preocupación en relación con su sostenibilidad financiera, entendida como la capacidad del sistema para mantener un nivel de financiación acompasado con el gasto sanitario público.

A continuación le proponemos una serie de posibilidades de evolución del SNS en los próximos 15 años. Indique si desde su punto de vista, son OPORTUNIDADES o AMENAZAS para la sostenibilidad financiera del SNS (marque con X una sola casilla, la correspondiente a su elección), y a continuación valore la importancia de dicha oportunidad o amenaza desde 1 (poco importante) a 9 (muy importante).

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Marque oportunidad O amenaza y valore su importancia de 1 a 9	
1.1.1	Se producirá un importante envejecimiento de la población, con su correlato de incremento de la morbilidad y la utilización de servicios sanitarios	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.1.2	Asistiremos a importantes oleadas de innovación tecnológica, tanto en técnicas diagnósticas como en tratamientos (farmacológicos o de otros tipos)	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.1.3	Se incrementará el impacto de la inmigración en la utilización de servicios y el "turismo sanitario" desde países con sistemas de salud con mayores barreras de acceso (económicas u otras)	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.1.5	Aumentará la resistencia de los contribuyentes frente a la alzas de la presión fiscal	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.1.6	Se mantendrá el acceso universal y gratuito a una cartera de servicios abierta	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.1.7	Se realizará sistemáticamente una evaluación clínica y económica de las nuevas tecnologías, y su incorporación a la cartera de servicios gratuita del SNS se limitará a las coste-efectivas	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.1.8	Se incrementarán, por encima del IPC, las retribuciones de los profesionales sanitarios.	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.1.9	Se establecerá una cobertura aseguradora complementaria opcional del catálogo de prestaciones universales y gratuitas	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	

1.2. Legitimación social del SNS

Aun siendo sostenible, el SNS debe tratar de ser efectivo, accesible, equitativo y abierto a la rendición de cuentas, para evitar el riesgo de perder legitimación social y confianza por parte del ciudadano-contribuyente.

A continuación le proponemos una serie de tendencias hipotéticas de evolución del SNS en los próximos 15 años. Clasifique cada una de ellas según considere que se tratan de OPORTUNIDADES o de AMENAZAS para la legitimación social del SNS (marque con una X la casilla correspondiente a su elección), y a continuación valore la importancia de dicha oportunidad o amenaza de 1 -poco importante- a 9 -muy importante-.

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Marque oportunidad O amenaza y valore su importancia de 1 a 9	
1.2.1	Se mantendrá una gran uniformización del SNS (frente a sensibilidad a las preferencias y atención a la especificidad de las necesidades sanitarias de ciudadanos, colectivos y territorios)	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.2.2	Se mantendrá el acceso universal, pero sólo a un catálogo de prestaciones básicas definidas	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.2.3	Se mantendrá el acceso universal, pero introduciendo sistemas de copago (conciliable con el mantenimiento de la equidad)	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.2.4	Se facilitará información a los usuarios sobre los resultados clínicos y de calidad de los centros sanitarios, y sobre la certificación de competencias de los profesionales	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.2.5	Se producirá una ampliación efectiva de la autonomía personal y la libertad de acceso y elección de proveedor en el sistema público	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.2.6	Se mejorará el acceso y se facilitará la utilización de la atención asistencial de acuerdo con la evidencia acerca de las desigualdades de género, edad y etnicidad	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.2.7	En los centros asistenciales con internamiento se facilitara el ejercicio de todos los cultos religiosos	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	
1.2.8	La descentralización producirá desigualdades territoriales en términos de eficiencia en la gestión, cobertura pública y niveles de calidad	Oportunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Amenaza	

2. Gobierno del SNS

2.1. Descentralización y coordinación: rol de las CCAA y MSC

A continuación se describen una serie de escenarios hipotéticos en relación con el desarrollo del proceso de descentralización del SNS en los próximos quince años. Exprese su visión del futuro indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 - no cree que ocurrirá - a 9 - cree que sucederá) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 - no desea que suceda en absoluto - a 9 - fuerte deseo de ocurrencia)

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
2.1.1	El Consejo Interterritorial del SNS evolucionará hasta ser:		
1.	... un ámbito de intercambio de información, estudio, negociación y acuerdo.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.	... el principal centro de decisión y la autoridad superior del SNS.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.	... un órgano consultivo del Ministerio de Sanidad.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.	... las tres dimensiones anteriores, en función de la naturaleza y nivel administrativo de las decisiones a tomar.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.1.2	El Ministerio de Sanidad desaparecerá o se integrará en un departamento ministerial más amplio, responsable de la política sanitaria y de otras dimensiones de la política social.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.1.3	El rol de Autoridad Sanitaria será ejercido en cada territorio por la Consejería competente en materia sanitaria y para el conjunto del estado por el Consejo Interterritorial.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.1.4	Las actuales Agencias de Evaluación tenderán a converger en un organismo transversal (tipo NICE británico) cooperativo, que responda a las consultas locales al tiempo que aúne esfuerzos en las cuestiones globales.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.2. Gestión y dimensiones políticas en el SNS

A continuación se le sugieren escenarios en relación con la evolución de la gestión y organización del SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 -no cree que ocurrirá- a 9 -cree que sucederá-) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 -no desea que suceda- a 9 -fuerte deseo de ocurrencia-)

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
2.2.1	La descentralización de la gestión en los centros se ejercerá menos sobre la base de la autoridad jerárquica y más sobre la dirección por consenso y la corresponsabilización de los profesionales en su logro.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.2.2	Se desarrollarán nuevas políticas de personal y nuevos modelos retributivos que reconozcan la diversidad e integren, de manera predominante, el derecho laboral común (no estatutario o funcionarial).	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.2.3	Se mantendrá, de manera hegemónica, la naturaleza estatutaria del personal vinculado a las instituciones sanitarias del SNS.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.2.4	Desaparecerán, o se reducirán de forma importante, los componentes de politización de la gestión sanitaria, con una importante profesionalización de la gestión.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.2.5	Se priorizarán políticas de moderación de la demanda sanitaria y de fomento de las expectativas informadas del ciudadano como condición necesaria para la sostenibilidad del sistema.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.3. Aseguramiento y provisión: la interfaz público-privado

A continuación se le sugieren escenarios de evolución del aseguramiento y de la provisión de servicios en el SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 -no cree que ocurrirá- a 9 -cree que sucederá-) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 -no desea que suceda- a 9 -fuerte deseo de ocurrencia-)

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
2.3.1	Se homogeneizarán las características del aseguramiento público obligatorio para todos los ciudadanos (incluyendo las mutualidades existentes hoy en día).	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.3.2	En los próximos 15 años el ciudadano podrá optar entre un abanico de pólizas de cobertura pública básica.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.3.3	Se favorecerá la elección de pólizas libres complementarias de la cobertura pública única y obligatoria.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.3.4	Se implantarán fórmulas de provisión de las prestaciones de financiación pública en las que exista transferencia efectiva de riesgos a los proveedores.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

2.4. Ciudadanía y centralidad del paciente

A continuación se le sugieren escenarios de desarrollo de espacios de participación del paciente y el público en el SNS próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 -no cree que ocurrirá- a 9 -cree que sucederá-) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 -no desea que suceda- a 9 -fuerte deseo de ocurrencia-)

2.4.1	Se promoverá la participación local de los pacientes y usuarios en los órganos ejecutivos de las organizaciones asistenciales, con capacidad de influir en las decisiones de asignación presupuestaria.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.4.2	Se articularán políticas de participación preferente de los colectivos socialmente excluidos o en riesgo de discriminación en los mecanismos de decisión del sistema.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.4.3	Se garantizará a los pacientes que lo deseen el derecho de participación informada y autónoma en las decisiones clínicas que les afecten.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.4.4	Se facilitará a pacientes y usuarios información sobre desempeño, recertificación profesional y resultados de los proveedores asistenciales para facilitar una toma de decisiones informada.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Gasto y financiación en el SNS

3.1. Evolución del gasto sanitario

A continuación se describen una serie de escenarios hipotéticos de comportamiento del gasto sanitario en el horizonte temporal de los próximos quince años. Exprese su visión del futuro indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia, puntuando desde 1 (no cree que ocurrirá) a 9 (cree que sucederá) como su DESEO de que se produzca o no el escenario propuesto, puntuando también desde 1 (no desea que suceda en absoluto) a 9 (fuerte deseo de ocurrencia).

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
3.1.1	Empujado por diversos factores (envejecimiento, tecnologías, precios, aumento de la renta familiar, ...) el gasto sanitario crecerá más rápidamente que el PIB.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.1.2	Se incrementará el porcentaje del gasto sanitario privado en el gasto sanitario total.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.1.3	El gasto farmacéutico financiado públicamente continuará creciendo al ritmo de la última década.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.1.4	La sociedad preferirá que el crecimiento del gasto público de contenido social se dirija a sectores no sanitarios con un fuerte impacto sobre la salud (vivienda, infraestructuras, educación, servicios sociales, políticas de empleo, etc.).	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.2. Cobertura de prestaciones financiadas públicamente			
A continuación se le sugieren escenarios de desarrollo de espacios de participación del paciente y el público en el SNS próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 -no cree que ocurrirá- a 9 -cree que sucederá-) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 -no desea que suceda- a 9 -fuerte deseo de ocurrencia-)			
3.2.1	Las decisiones sobre inclusión/exclusión de prestaciones o servicios en la cartera de servicios del SNS se tomarán integrando explícitamente en la decisión los resultados de estudios técnicos de coste-efectividad	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.2.2	Las decisiones sobre inclusión/exclusión de prestaciones o servicios en la cartera de servicios del SNS se adoptarán en base a criterios políticos u oportunistas	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.2.3	Las dificultades para contener el crecimiento del gasto junto a la limitación de la capacidad de endeudamiento, conducirán a que algunas CCAA definan el "núcleo duro" de prestaciones universales y las que quedan fuera de la financiación pública	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.2.4	Reaparecerá el déficit público como instrumento que sufrague el incremento de gasto público y las carencias en la co-financiación de contribuyentes y usuarios.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

3.3. Financiación del SNS: corresponsabilidad y equidad

A continuación se le presentan alternativas de financiación del SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia, puntuando desde 1 (no cree que ocurrirá) a 9 (cree que sucederá) como su DESEO de que se produzca o no el escenario propuesto, puntuando también desde 1 (no desea que suceda en absoluto) a 9 (fuerte deseo de ocurrencia).

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
3.3.1.	Se establecerán impuestos específicos para la financiación de la Sanidad.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.3.2.	Se otorgará capacidad normativa corresponsable a las Comunidades Autónomas para regular y gestionar la imposición indirecta (por ejemplo, impuestos sobre el tabaco y alcohol)	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.3.3.	Se instaurará o generalizará el copago ...		
1.	... por servicios "hoteleros" en la asistencia sanitaria con internamiento.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
2.	... por servicios no estrictamente sanitarios que se realicen conforme a las preferencias de los pacientes (habitaciones de uso individual, comidas a la carta, elección de proveedores fuera de su área de servicio, etc.).	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.	... sobre servicios asistenciales.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.	... sobre los medicamentos, pero el factor edad actual será sustituido por los tramos de renta como criterio de exención.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.	... en función de la aportación a la salud de cada tecnología clínica.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.3.4	El actual superávit de la Seguridad Social se utilizará para instituir una prestación de dependencia como "derecho" garantizado por el Estado.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.3.5	Se generalizará la financiación capitativa por áreas o regiones sanitarias para el conjunto de proveedores públicos o concertados, y en cualquier nivel asistencial.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. Salud pública y dispositivos asistenciales en el SNS

4.1. Salud pública

A continuación se describen una serie de escenarios relacionados con la evolución de la salud pública en el SNS el horizonte temporal de los próximos quince años. Exprese su visión del futuro indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia, puntuando desde 1 (no cree que ocurrirá) a 9 (cree que sucederá) como su DESEO de que se produzca o no el escenario propuesto, puntuando también desde 1 (no desea que suceda en absoluto) a 9 (fuerte deseo de ocurrencia).

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
4.1.1	El SNS desarrollará políticas de Salud Pública que contribuyan efectivamente a modelar actitudes informadas y responsables de la población.	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.1.2	Se utilizarán estrategias novedosas para el control de enfermedades crónicas no transmisibles, más allá del simple control de la contaminación ambiental (ej: suplementación con folatos de los cereales, medicamentos seguros y de bajo coste en las aguas de consumo público, recepción de mensajes de salud en el teléfono o televisor, etc.)	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.1.3	Se adoptarán medidas legislativas, en relación con hábitos y conductas de las personas, hasta ahora poco exploradas (ej: aumento de la fiscalidad de los alimentos menos sanos, obligación de instaurar programas de promoción de la actividad física para trabajadores de ciertos sectores industriales, etc.)	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.1.4	De entre las estrategias potencialmente útiles para mejorar el estado de salud de la población, se desarrollarán especialmente:		
	1. Farmacogenómica	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	2. Políticas de promoción de la actividad física y hábitos saludables	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	3. Políticas de reducción de las diferencias sociales en el nivel educativo y en la distribución de la riqueza	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4.2. Atención primaria

A continuación se le sugieren escenarios de configuración de la Atención Primaria del SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 - no cree que ocurrirá - a 9 - cree que sucederá) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 - no desea que suceda - a 9 - fuerte deseo de ocurrencia)

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
4.2.1	La Atención Primaria evolucionará hacia un sistema asistencial con amplia capacidad de asignación de recursos.	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.2.2	Aumentará significativamente el peso presupuestario e importancia de las políticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y apoyo a los cuidados en atención primaria.a.	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.2.3	El diseño modular de los equipos de Atención Primaria atenderá a las necesidades reales de la población (ej: más pediatras en zonas "fértil" y más enfermeras en zonas envejecidas, etc.).	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.2.4	Se integrará el uso de guías farmacológicas y guías de práctica clínica en la atención primaria.	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4.3. Asistencia Especializada

A continuación se le presentan alternativas de evolución de la asistencia especializada en el SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 - no cree que ocurrirá - a 9 - cree que sucederá) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 - no desea que suceda - a 9 - fuerte deseo de ocurrencia)

4.3.1	Los hospitales intensificarán las relaciones con la atención primaria y las modalidades de hospitalización intermedias (hospitalización a domicilio, hospital de día, etc) para los pacientes crónicos	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.3.2	Las trayectorias clínicas se impondrán como una forma de reducir las variaciones en el tratamiento de procesos similares, facilitando, en muchos tipos de pacientes, el continuo asistencial entre primaria – consulta externa – hospitalización – modalidades intermedias.	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.3.3	Se intensificará la especialización para los casos agudos y los de "alta tecnología", perdiendo la cama su preeminencia como referente de capacidad y actividad	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.3.4	Las tecnologías de la información permitirán el desarrollo y difusión de amplios conjuntos de indicadores de calidad y costes que serán útiles para facilitar las elecciones de los pacientes y la rendición de cuentas a la sociedad.	Pronóstico Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4.4. Política farmacéutica

A continuación se le presentan alternativas de evolución de la política farmacéutica en el SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 - no cree que ocurrirá - a 9 - cree que sucederá) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 - no desea que suceda - a 9 - fuerte deseo de ocurrencia)

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X	
4.4.1	Con respecto a los procesos de regulación de precios y en el periodo bajo análisis:	1. Se mantendrá básicamente la situación actual	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
			Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	2. Se flexibilizará la fijación de precios sobre la base de regular la máxima tasa de beneficio de cada compañía farmacéutica	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	3. Se regularán los precios estableciendo explícitamente un precio máximo con libertad de descuento por parte de los dispensadores	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	4. Se establecerá libertad de precios para los medicamentos sin receta, los prescritos por médicos en ejercicio libre y los genéricos	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	5. Se desregularán los precios para las innovaciones de valor terapéutico diferencial probado	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
4.4.2	Las políticas de control de los precios de los medicamentos financiados por el SNS se conformarán sobre todo por:	1. Sistemas de precios de referencia	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
			Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		2. Incentivación de la sustitución por medicamentos genéricos	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
			Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		3. Exclusión del catálogo de prestaciones públicas de aquellos fármacos de dudosa efectividad	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
			Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
4.4.3	En relación con la financiación de innovaciones farmacéuticas, las políticas públicas se caracterizarán por:	1. Regulación del precio en función de la aportación de valor de la novedad respecto a los fármacos pre-existentes.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
			Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		2. Financiación selectiva con exclusión de las novedades con aportación diferencial nula	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
			Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		3. Negociación descentralizada de las CCAA como financiadores públicos (CCAA) a partir de un PVP máximo	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
			Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

4.4.4 En relación con la distribución y dispensación de especialidades farmacéuticas, en los próximos 15 años						
1	Se eliminarán las restricciones a la libre apertura y transmisión de oficinas de farmacia	<table border="1"> <tr><td>Pronóstico</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> <tr><td>Deseo</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> </table>	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
2	Se favorecerá la competencia en precios a partir de los precios máximos establecidos por la Administración	<table border="1"> <tr><td>Pronóstico</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> <tr><td>Deseo</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> </table>	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
3	Los medicamentos de prescripción financiados públicamente se dispensarán en los Centros de Salud	<table border="1"> <tr><td>Pronóstico</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> <tr><td>Deseo</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> </table>	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
4.5. Atención a colectivos y grupos específicos						
<p>A continuación se le sugieren escenarios de evolución de la atención a colectivos específicos de población en el SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 - no cree que ocurrirá - a 9 - cree que sucederá) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 - no desea que suceda - a 9 - fuerte deseo de ocurrencia)</p>						
4.5.1	Los servicios sanitarios y los servicios sociales personales se integrarán en una misma y única estructura que permitirá la personalización caso por caso de la atención sociosanitaria a cargo de gestores de casos "case managers".	<table border="1"> <tr><td>Pronóstico</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> <tr><td>Deseo</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> </table>	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
4.5.2	El SNS mejorará, de forma real, su sensibilidad y capacidad de dar respuesta a las necesidades específicas (de investigación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y participación informada) de los paciente en lo que se refiere a las desigualdades por razón de sexo y género.	<table border="1"> <tr><td>Pronóstico</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> <tr><td>Deseo</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> </table>	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
4.5.3	El ámbito de salud mental ganará peso presupuestario en los próximos años.	<table border="1"> <tr><td>Pronóstico</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> <tr><td>Deseo</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> </table>	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
4.5.4	El ámbito de los cuidados paliativos ganará peso presupuestario en los próximos años.	<table border="1"> <tr><td>Pronóstico</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> <tr><td>Deseo</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8 9</td></tr> </table>	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9					

5. Calidad y modernización del SNS

5.1. Formación y acreditación de profesionales

A continuación se describen una serie de escenarios en relación con la formación de las profesiones sanitarias en el horizonte temporal de los próximos quince años. Exprese su visión del futuro indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 - no cree que ocurrirá - a 9 - cree que sucederá) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 - no desea que suceda en absoluto - a 9 - fuerte deseo de ocurrencia)

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
5.1.1	Las Facultades de Medicina se orientarán a la obtención de resultados definidos en términos de perfiles competenciales de la profesión médica (entre los que se incluirán las actitudes, además de los conocimientos y habilidades).	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.1.2	Los alumnos, para el desarrollo inicial de sus capacidades clínicas, podrán ejercitarse en situaciones simuladas antes de enfrentarse a los pacientes reales.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.1.3	El desarrollo profesional continuado, antes limitado a la formación continuada, se integrará en el desempeño profesional de las organizaciones asistenciales.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.1.4	La evaluación regular y sistemática de competencias, conocimientos y capacidades para el ejercicio profesional será considerada por los profesionales y la sociedad como parte indisoluble del currículo profesional.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

5.2. Información y calidad en el SNS

A continuación se le presentan escenarios en relación con la información y la calidad en el SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 - no cree que ocurrirá - a 9 - cree que sucederá) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 - no desea que suceda - a 9 - fuerte deseo de ocurrencia)

Item	Afirmación sobre la que posicionarse	Emisión de	marque una X
5.2.1	Las autoridades sanitarias relevantes, por medio de un plan estatal de información sanitaria, asegurarán la compatibilidad y conectividad de los sistemas de tecnología de la información del SNS.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.2.3	Se articularán políticas de alineación de los sistemas de pago y los incentivos de las organizaciones y los profesionales con objetivos específicos de mejora de la calidad asistencial.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.2.4	Las experiencias de aprendizaje de las instituciones con mejores resultados y el desarrollo de instrumentos de coordinación y cooperación entre organizaciones y profesionales, serán práctica habitual en las organizaciones asistenciales del SNS.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.2.5	El desarrollo del "liderazgo clínico" y de la "toma de decisiones compartidas con los pacientes" constituirán ejes fundamentales de las políticas de gestión de la calidad asistencial.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.2.6	Se dispondrá de información útil, sistemática y homogénea de los centros y servicios de la red pública.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

5.3. Investigación y desarrollo en el SNS

A continuación se le presentan escenarios relacionados con la gestión de la I+D en el SNS en los próximos 15 años. Exprese su visión del futuro en el horizonte de esta consulta, indicando tanto su PRONÓSTICO de ocurrencia (puntuando de 1 - no cree que ocurrirá - a 9 - cree que sucederá) como su DESEO de que se de o no el escenario propuesto (puntuando de 1 - no desea que suceda - a 9 - fuerte deseo de ocurrencia)

5.3.1	La investigación biomédica incrementará su importancia en el presupuesto del sistema español de ciencia y tecnología.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.3.2	A tenor de la creciente diversificación de las fuentes de financiación pública de investigación en biomedicina, se vertebrará un escenario de financiación coordinada entre las distintas administraciones públicas.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.3.3	Se introducirán de manera sólida e irreversible la cultura y los instrumentos específicos de transferencia de tecnología en el sistema de investigación en salud.	Pronóstico	1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Deseo	1 2 3 4 5 6 7 8 9

www.fundsis.org

ANEXO 3. ACCESO A LA BASE DE DATOS DEL ESTUDIO

Puede solicitar la base de datos anonimizada con las respuestas individuales de los panelistas a los ítem del estudio, a la atención de la **Sra. Montserrat Juan i Pugibet**, mediante:

- fax (93 231 32 20)
- o por correo electrónico (montserrat.juan@novartis.com)

Aportando la siguiente información:

Nombre:

Teléfono de contacto:

Email:

Profesión:

Institución, organismo o empresa:

Cargo:

En caso en que desee utilizar la base de datos para la realización de un proyecto, le agradeceríamos que nos indicase:

- **Propósito del estudio.**
- **Supervisor del estudio o alguna referencia académica o profesional.**
- **Fuente de financiación del estudio.**

Le agradecemos de antemano su interés y esperamos poder seguir ofreciéndole nuestra colaboración.

