

Fundación



SALUD
INNOVACIÓN
SOCIEDAD



Generalitat de Catalunya
Institut d'Estudis de la Salut

El Futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud

Análisis Prospectivo Delphi

www.fundsis.org



Impresión: Arts Gràfiques Orient
Carretera del Mig, 169
Teléfono 93 264 39 50 - Telefax 93 336 71 16
08907 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT
www.agorient.com

D.L. B-40.843-2009



El Futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud

Análisis Prospectivo Delphi

www.fundsis.org

www.gencat.cat/salut/ies

El Futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud

Dirección del Proyecto

Dr. Joan Josep Artells i Herrero
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dr. Mateu Huguet i Recasens
Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Diseño del cuestionario y captura de datos

Sra. Pilar Navarro Pérez
Escuela Andaluza de Salud Pública

Dr. Joan Escarrabill i Sanglès
Institut d'Estudis de la Salut

Sr. Aníbal García Sempere
Market Access. Novartis Farmacèutica.

Diseño y Análisis estadístico

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

Realización del Trabajo de Campo

Sra. Montserrat Juan i Pugibet
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Sra. Irene Povea Rubio
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Promovido por

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Institut d'Estudis de la Salut

Con el respaldo de

Grupo Novartis

Institut d'Estudis de la Salut

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

1. Presentación	5
2. Resumen	7
2.1. Gobierno y Financiación del SNS.....	10
2.2. Salud Pública y Servicios Asistenciales.....	10
2.3. Centralidad del Paciente.....	11
2.4. Desafíos Profesionales Emergentes.....	12
2.5. Calidad en el Sistema Nacional de Salud.....	12
3. Material y métodos	13
3.1. Diseño.....	15
3.2. Participantes.....	15
3.3. Cuestionario.....	16
3.4. Proceso de recogida de datos.....	16
3.5. Análisis.....	17
3.6. Participantes y expertos.....	17
3.6.1. Participantes en los Grupos Nominales.....	17
3.6.2. Panelistas.....	19
4. Guía para la lectura de los resultados	25
5. Resultados	31
5.1. Gobierno del Sistema Nacional de Salud	33
5.1.1. Descentralización y coordinación.....	33
5.1.2. Organización y gestión.....	35
5.1.3. Financiación y corresponsabilidad del usuario del SNS.....	38
5.1.4. Seguros y mutuas privadas.....	46
5.2. Salud Pública y Asistencia Sanitaria	47
5.2.1. Salud Pública.....	48
5.2.2. Atención Primaria.....	49
5.2.3. Atención Especializada.....	53
5.2.4. Prestación Farmacéutica.....	55
5.3. Centralidad del Paciente	58
5.3.1. Autonomía del Paciente.....	58
5.4. Desafíos Profesionales Emergentes	61
5.4.1. Confianza de la sociedad en los profesionales.....	62
5.4.2. Comunicación y confianza y formación de la profesión.....	64
5.4.3. Acceso a la profesión y formación.....	67
5.4.4. Mantenimiento de las competencias profesionales.....	69
5.4.5. Carrera profesional.....	69
5.5. Calidad en el Sistema Nacional de Salud	72
5.6. Dispersión Elevada y Grandes Consensos, Rechazos y Discrepancias	75
5.6.1. Dispersiones elevadas.....	75
5.6.2. Grandes consensos o rechazos colectivos.....	77
5.6.3. Grandes discrepancias entre deseos y pronósticos.....	78
5.6.3.1. Coincidencia entre deseos y pronósticos.....	79
6. Comentarios Finales	81
7. Anexos	87
Anexo 1. Cuestionario correspondiente a la primera ronda del Delphi.....	87

El entorno y la práctica de los profesionales de la salud se hallan inmersos en un intenso proceso de cambio que desafía muchos de los supuestos sobre los que se basa la noción de “profesionalidad”: la creciente implicación de la sociedad en la formulación y sanción democrática de la política sanitaria, la exigencia de transparencia en el juicio profesional ante las incertidumbres de la innovación biomédica, la difusión de nuevas generaciones de conectividad masiva de la información, la reivindicación del respeto a la autonomía y corresponsabilidad del paciente, entre otros factores, influyen en las expectativas, compromiso y comportamiento de las profesiones sanitarias, los ciudadanos y el gobierno.

Existe un comprensible interés en identificar las posibles líneas de evolución del posicionamiento de los profesionales ante diversos escenarios de transformación de nuestro sistema público de salud y ante cambios emergentes en la naturaleza y valores específicos de la noción de profesionalidad.

El propósito de este informe es contribuir a perfilar escenarios verosímiles de transformación de las actitudes y el comportamiento colectivo de los profesionales de la medicina y la enfermería ante eventuales cambios en la organización del Sistema Nacional de Salud y en contenidos sustanciales del “contrato social” de su compromiso con la ciudadanía.

Con este análisis prospectivo se cierra una trilogía que proporciona pistas e ideas a partir de consensos colectivos y discrepancias acerca de la visión del futuro inmediato del sistema público de salud por parte de políticos, usuarios del Sistema Nacional de Salud y, ahora, de profesionales.

En esta ocasión el interés compartido por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad y el Institut d’Estudis de la Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya por la actualización de escenarios estratégicos de sostenibilidad de la sanidad pública han hecho posible la realización de este análisis prospectivo.

Cabe mencionar, con agradecimiento, la contribución del Consejero Delegado de la Escuela de Salud Pública de Andalucía, al inicio del estudio, – Dr. Gabriel Pérez Cobo – del Presidente de la Organización Médica Colegial – Dr. Juan José Rodríguez Sendín – y del Secretario del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza – Dr. Juan Antonio Abascal – en las fases iniciales de diseño y afiliación de panelistas.

Nuestra gratitud se extiende asimismo a los dirigentes y colegiados de los Colegios de Médicos de Barcelona, Burgos, Zaragoza, Lleida, Navarra, Segovia y Tenerife, y las Consejerías de Salud de Catalunya, Navarra, Aragón, Andalucía, La Rioja, Murcia, Extremadura, Valencia, Baleares, País Vasco, Canarias, Galicia y Madrid.

El aporte institucional y de los profesionales consultados han sido decisivos para disponer de los resultados – inéditos y sin precedentes – de esta visión de futuro que se presenta.

La selección de los escenarios sobre los que los participantes consultados identifican y modulan sus deseos de evolución y sus pronósticos se refieren a la gobernabilidad, financiación y organización del Sistema Nacional de Salud, a cuestiones estructurales emergentes en las dimensiones de salud pública y asistenciales, a desafíos emergentes para la reformulación de la “profesionalidad” de las profesiones sanitarias y al impulso de la calidad de las relaciones personales y la práctica asistencial de la sanidad pública.

Esperamos que los resultados obtenidos, su divulgación y su utilización tenga alguna contribución positiva para la mejora del pensamiento crítico y el análisis estratégico en el análisis prospectivo, la formulación y la ejecución de mejoras en el SNS y en el posicionamiento socialmente responsable de las profesiones de la salud.

Los directivos de las entidades y los expertos -médicos y profesionales de la enfermería- que han realizado y avalado este estudio desean que contribuya a un mejor conocimiento de las expectativas, tensiones e intereses profesionales transmitidos por los panelistas objeto de esta consulta, como ciudadanos responsables, poseedores de valiosas cualificaciones y necesariamente influyentes en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios y en la profundización en la democratización del servicio público.

Dr. Joan Josep Artells i Herrero,

Director General de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Dr. Mateu Huguet i Recasens

Director General del Institut d'Estudis de la Salut

2

RESUMEN

2.	2.1. Gobierno y Financiación del SNS.....	10
	2.2. Salud Pública y Servicios Asistenciales.....	10
	2.3. Centralidad del Paciente.....	11
	2.4. Desafíos Profesionales Emergentes.....	12
	2.5. Calidad en el Sistema Nacional de Salud.....	12

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las sociedades evolucionadas se enfrentan a conflictos crecientes de legitimación y confianza en instituciones fundamentales como las correspondientes al “estado del bienestar” y sus profesiones asociadas, así como a nuevas demandas y exigencias – por ejemplo la de rendición de cuentas– de los ciudadanos.

Todo ello explica en buena parte el renovado interés por las nuevas formas de gobernanza que requieren transparencia informativa y participación inclusiva de los ciudadanos en el gobierno de las instituciones y en la producción y distribución de servicios y prestaciones públicas.

Los sistemas sanitarios se enfrentan asimismo a cambios sociales, tecnológicos y económicos de consecuencias no siempre previstas.

Por un lado la limitación de recursos en un entorno de demandas y expectativas en aumento son cada vez mayores y plantean incertidumbre acerca de la capacidad de respuesta del sector público.

Por otro lado, la emergencia de un nuevo perfil de paciente con mayor acceso a la información, más activo y con deseos de implicarse en la toma de decisiones que conciernen a su salud e integridad personal, supone un importante cambio de paradigma en las relaciones entre usuarios de la sanidad pública, políticos y profesionales.

Y aún por otro lado nuevos desafíos científicos, incertidumbres en el avance tecnológico y cuestiones fundamentales acerca de las responsabilidades profesionales requieren repensar con urgencia la “profesionalidad” de los profesionales de la salud, su lugar en la sociedad actual y el significado de la práctica profesional, como sucede en los países industrializados de nuestro entorno.

En el análisis anticipativo de la formulación de la política sanitaria tanto la sostenibilidad como la legitimación o aceptabilidad, por parte de los ciudadanos-contribuyentes, de la sanidad pública dependen de manera crucial del posicionamiento profesional de estos colectivos y de la transformación del conjunto de valores que conforman su “profesionalidad” en un período particularmente crítico, denso en desafíos surgidos de expectativas sin precedentes de los pacientes, indeterminación de los políticos y del propio desarrollo biocientífico.

El estudio se propuso aportar datos consistentes e inéditos que contribuyan a discernir las expectativas de los profesionales de la salud en relación – en un horizonte de cambio de 15 años – a las instituciones del sistema público de salud y ante los contenidos emergentes en la reformulación de un nuevo e inevitable “contrato social” de la profesión.

La consulta prospectiva Delphi que se presenta complementa las visiones de futuro del Sistema Nacional de Salud de políticos y de pacientes publicadas anteriormente¹ y añade información inédita acerca del posicionamiento de profesionales – médicos y personal de enfermería – de distintas Comunidades Autónomas.

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

La consulta ha utilizado la técnica de búsqueda de consenso Delphi, utilizada frecuentemente para identificar y evaluar situaciones prospectivas de incertidumbre relacionadas con el proceso de toma de decisiones y el análisis estratégico en la formulación de políticas sanitarias.

La técnica Delphi permite identificar posicionamientos coincidentes o antagónicos de subgrupos, identificar tendencias de comportamientos y estados de opinión, determinar prioridades, anticipar necesidades de acción y generar hipótesis para estudios más específicos y profundos.

Se trata de una técnica de consulta a una muestra intencional – no probabilística – de personas con un buen nivel de conocimientos sobre el tema objeto de análisis.

La interacción, el anonimato, la retroalimentación y la respuesta colectiva de grupo son sus principales atributos, así como la obtención de resultados medibles y cuantificables.

¹ Fundación SIS (2005). Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado. Barcelona.
Fundación SIS (2008). El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Barcelona.

El informe presenta la valoración predictiva de un panel de 248 panelistas a participar de un cuestionario con 70 propuestas de ocurrencia de diversos escenarios en un horizonte temporal de 15 años.

La consulta contempla cinco bloques temáticos: Gobierno del Sistema Nacional de Salud (SNS), Salud Pública y Asistencia Sanitaria, Centralidad del Paciente, Desafíos Profesionales Emergentes y Calidad el SNS.

La predicción del panelista se expresa, a la vez, como “deseo” o “rechazo” de ocurrencia de la propuesta – lo que se aspira a que ocurra o a que no ocurra – y como “pronóstico”, es decir como predicción de ocurrencia real. En ambos casos la valoración predictiva se expresa en una escala ordinal de 1 – rechazo total – a 9 – acuerdo absoluto – con lo propuesto.

RESULTADOS

2.1. GOBIERNO Y FINANCIACION DEL SNS

El panel manifestó un marcado deseo de que los profesionales se impliquen en la formulación e implementación de reformas en el SNS y en los órganos de decisión de los centros asistenciales.

El panel también se mostró partidario de la continuidad en el proceso de descentralización autonómica aunque pronosticó que este proceso generará desigualdades territoriales.

Mientras que el posicionamiento a favor o en contra del mantenimiento de las plazas “en propiedad” de las organizaciones asistenciales no se concretó en ninguna predicción significativa, revelando dificultades del panel para alcanzar un consenso en este tema, son nítidos los consensos en el deseo de que se eliminen las interferencias administrativas y se proteja la autonomía de juicio y decisión clínica. Y, de manera absoluta, la supresión del nombramiento político “a dedo” – en lugar de por méritos – de los directivos de la estructura asistencial.

El contraste entre el deseo colectivo de que aumente el número de profesionales que asuman responsabilidades de gestión operativa, con incentivos retributivos específicos, y la escasa confianza en que eso vaya a ocurrir merece una indagación en profundidad sobre las razones en que se sustenta el pronóstico negativo.

Destaca la nitidez con la que el panel – en contraste con lo expresado por políticos y pacientes – se pronuncia en relación a la implantación de fórmulas de corresponsabilidad – co-pago – en el coste de las prestaciones sanitarias.

El elevado consenso en el deseo de implantación de co-pagos personales para servicios no sanitarios (hostelería, peluquería, entretenimiento, etc.), medicamentos e innovaciones terapéuticas genuinas contrasta con la firmeza del posicionamiento contrario de los panelistas de políticos y pacientes en anteriores consultas sobre las mismas propuestas de co-financiación.

La única excepción al patrón favorable se refiere al rechazo del co-pago para actos médicos y pruebas diagnósticas.

Aunque el panel pronosticó de forma casi unánime que la actual recesión reducirá la utilización de la sanidad privada con la consiguiente presión sobre el sistema público, los panelistas se muestran indiferentes hacia la recuperación de incentivos fiscales a la suscripción de pólizas de seguro libre y también – acercándose al rechazo – a la posibilidad de que en el futuro inmediato se puedan elegir pólizas de cobertura pública y provisión privada.

2.2. SALUD PÚBLICA Y SERVICIOS ASISTENCIALES

Los consultados se mostraron claramente partidarios –aun sin gran confianza en su ocurrencia real– de la implantación de medidas de la llamada “Nueva Salud Pública”, caracterizada por el desarrollo de actuaciones transversales que implican al conjunto de departamentos ministeriales o consejerías en la ejecución de acciones y programas no estrictamente clínicos con impacto probado en la mejora de la salud colectiva.

Como se observa en otros capítulos de la consulta los panelistas exhibieron una menor confianza de ocurrencia en aquellos cambios o escenarios de futuro que deseaban con mayor intensidad. Este patrón de respuesta sugiere la conveniencia de investigar hasta que punto las reservas sobre la viabilidad de la implementación de los cambios

propuestos se deben a posturas de desconfianza en relación con las administraciones sanitarias, a la preservación de intereses adversos a las reformas o a la resistencia profesional a implicarse en estrategias de presión e influencia en la formulación de decisiones de alcance.

La batería de cuestiones referidas al desarrollo de la Atención Primaria refleja esta valoración dicotómica del panel.

A pesar de denotar una notable desconfianza en que los escenarios propuestos vean la luz, el colectivo de panelistas manifestó con intensidad su deseo de que se produzcan cambios que afecten a:

- La introducción de competencia por la financiación entre centros.
- La integración de niveles asistenciales.
- La creación de la figura del “coordinador de cuidados” (educación sanitaria, adhesión a los tratamientos y seguimiento longitudinal de los pacientes).
- La adaptación de los horarios de atención a los horarios laborales y escolares.
- La elección sin restricciones de centro de salud y médico por parte de los pacientes.
- La creación de Centros con personalidad jurídica propia y capacidad de contratación de actividad privada.

El mismo patrón dicotómico entre fuerte consenso en el deseo de ocurrencia de la propuesta y pronóstico escéptico se reconoce en los escenarios de reforma propuestos para la atención especializada, destacando como posiciones novedosas la aceptabilidad que los panelistas mostraron para reducir los procedimientos e intervenciones sin evidencia de efectividad y el avance en la implantación de centros asistenciales especializados de “cercanía” para descargar de presión asistencial los macro-centros convencionales.

Los panelistas mostraron rechazo a la sustitución terapéutica sin autorización del prescriptor, al aumento en la circulación de copias de medicamentos bajo patente y desconfianza frente a la eliminación de las listas negativas incentivadas de medicamentos autorizados.

2.3. CENTRALIDAD DEL PACIENTE

En el desarrollo de la sociedad civil, la búsqueda de vías de implicación individual del paciente en las decisiones de salud pública y asistenciales que le afectan, así como la consolidación de organizaciones de usuarios y pacientes, constituyen una de las más significativas manifestaciones del cambio institucional que aflora en los diversos modelos de sanidad pública.

La emergencia de la llamada “centralidad” y “empoderamiento del paciente” sería el resultado de un doble proceso de devolución de poder: desde los gobiernos y las burocracias y desde las profesiones de la salud.

España no es una excepción como puso de manifiesto el reciente informe sobre la consulta Delphi realizada por la Fundación SIS, el Foro Español de Pacientes y la Confederación Española de Organizaciones de Mayores: “El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos”.

La consulta a los panelistas aporta un posicionamiento global de este colectivo que coincide sensiblemente con las expectativas puestas de relieve por los usuarios y pacientes mencionados: con uno de los máximos consensos alcanzados y con pronóstico esperanzador el colectivo acepta la pérdida de hegemonía de la cultura del “paternalismo” de las profesiones sanitarias y su sustitución por la autonomía personal corresponsable.

Esto se manifiesta con un alto grado de acuerdo en el deseo común de los consultados de que los intereses del paciente sean los que cuenten en primer lugar, y que el ciudadano reciba toda la información solvente sobre competencia, resultados y calidad de las organizaciones asistenciales.

Se conviene, además, en la mejora que supondrá para el diálogo entre pacientes y profesionales la involucración corresponsable –no cosmética– de los primeros en la configuración y desarrollo de las organizaciones asistenciales.

Existió una coincidencia completa con los panelistas del Delphi de pacientes en el rechazo absoluto a las agresiones al personal sanitario apuntando la confianza en que en el futuro inmediato éstas disminuyan.

2.4 DESAFÍOS PROFESIONALES EMERGENTES

El proceso, de reconfiguración de la identidad profesional de los profesionales sanitarios apunta hacia cambios cualitativos importantes en la respuesta del panel a una serie de desafíos emergentes.

La consulta recoge el posicionamiento prospectivo sobre la recuperación y fortalecimiento de la confianza de la sociedad y el crédito profesional, la respuesta a expectativas relevantes de los ciudadanos en relación a la práctica profesional, la mejora en los procedimientos de reclutamiento y acceso a la formación, y el mantenimiento de conocimientos y competencias en el desarrollo profesional.

En esta ocasión si coincidieron los deseos y los pronósticos de los panelistas respecto a que la exposición al caudal informativo de la tecnología de la información aumentará la exigencia crítica de los ciudadanos, y que la respuesta a esta mayor exigencia requerirá que las profesiones hayan integrado completamente en sus códigos de responsabilidad social la práctica sistemática y verificable de revalidación periódica de conocimientos y competencias (consenso mayoritario), como la responsabilidad de identificar y evitar el sobreconsumo y la utilización innecesaria de recursos asistenciales (con menor confianza en el pronóstico).

La confianza del público en la profesionalidad del personal sanitario se fundamenta en la integración de las preocupaciones valores e intereses de los pacientes en los valores fundamentales de la profesión. En este sentido la consulta recoge las predicciones del panel en relación a la adhesión o rechazo a una serie de expectativas significativas en un contexto de gran consenso en el deseo de que sean correspondidas (pero pronósticos entre escépticos y ligeramente favorables). Destacan los consensos absolutos en la adhesión a tolerancia cero con la vulneración de la seguridad (con actuaciones sin demora ante la sospecha razonable de que se pone el peligro al paciente) y respeto sin excepciones a la confidencialidad.

Aunque se acepta, el panel no mostró confianza en que vayan a seleccionarse anticipadamente estudiantes con determinadas condiciones y aptitudes con el objetivo de mejorar sustancialmente el nivel de profesionalidad de médicos y personal de enfermería. En cambio se alcanzaron consensos máximos en la adhesión a la integración de habilidades en comunicación en los programas de formación y en la capacitación en situaciones simuladas antes de interactuar con enfermos reales.

De manera reiterada los consultados mostraron un gran acuerdo en la apertura al público de información fehaciente y desagregada por departamentos, servicios y especialistas sobre lista de espera, actividad, calidad y de las organizaciones asistenciales.

Alcanzan asimismo un posicionamiento de máximo consenso la integración del desarrollo profesional continuado en la carrera profesional.

Sin la menor reserva los consultados rechazaron la propuesta de que la feminización creciente de la profesión vaya a ser responsable de una eventual disminución del status social de las profesiones sanitarias. En cambio no muestran adherencia al escenario de que disminuya el numero de médicos y personal de enfermería procedentes de la inmigración al que pronostican un aumento sostenido.

2.5. CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La consulta aporta un significativo acuerdo en la proposición de que el aumento de la calidad asistencial requerirá el compromiso profesional de eliminación de procedimientos e intervenciones peligrosas y de valor no probado, para lo cual se publicaran los datos correspondientes a las diferencias territoriales, por centros y por profesionales de la variabilidad de la práctica clínica.

También se aceptó, de manera casi unánime, la predicción de la incorporación de las organizaciones de pacientes, aportando su experiencia asistencial, al diseño y validación de indicadores de calidad sensibles a los resultados en salud, supervivencia y calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

3.	3.1. Diseño.....	15
	3.2. Participantes.....	15
	3.3. Cuestionario.....	16
	3.4. Proceso de recogida de datos.....	16
	3.5. Análisis.....	17
	3.6. Participantes y expertos.....	17
	3.6.1. Participantes en los Grupos Nominales.....	17
	3.6.2. Panelistas.....	19

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO

El estudio se llevó a cabo mediante un proceso de consulta, a un panel de informadores relevantes orientado a la identificación de visiones y a la obtención de consensos utilizando la técnica Delphi y realizando dos rondas de consulta.

El método Delphi es una técnica de predicción colectiva desarrollada por RAND Corporation en los años 50 para llegar a acuerdos entre expertos, que permiten identificar tendencias, problemas y alternativas de acción-resolución. La técnica está diseñada para resolver los problemas que derivan de situaciones en las que es preciso combinar opiniones individuales para llegar a una visión, estratégica, de grupo. Sus principales ventajas son la elevada capacidad de integrar información y perspectivas diversas, la posibilidad de explorar varios escenarios a la vez y la elevada capacidad para obtener acuerdos entre los participantes. El método señala puntos críticos – consensos/acuerdos y disensos/desacuerdos –a partir de pronósticos individuales. También permite identificar y acotar cuestiones relevantes que puedan ser objeto de un análisis posterior, más específico. Es una metodología que además de identificar posicionamientos de grupos y personas seleccionados por criterios exclusivos, como por ejemplo en este estudio, por su profesión, y responsabilidad, permite ordenar tendencias y apuntar prioridades.

3.2. PARTICIPANTES

Un total de 248 médicos y personal de enfermería constituyeron el panel (Ver detalles en Tabla nº 4. Listado autorizado de panelistas).

Las Tablas nº 1 y 2 describen la estructura por profesión y por actividad del panel.

Tabla nº 1. Estructura del panel por profesión de los panelistas

	%
Médico Atención Primaria	26
Médico Especialista	28
Médico o Enfermero/a en la Administración o Servicios Centrales	16
Enfermería	27
Otros	3

Tabla nº 2. Estructura del panel por actividad de los panelistas

	%
Servicios Centrales, Admón. Sanitaria	14
Asistenciales	60
Gestores	12
I+D	10
No sanitarios	1
Otros	3

3.3 CUESTIONARIO

El cuestionario propuso a los panelistas diversos escenarios y se estructuró en 70 cuestiones o propuestas formuladas asertivamente y clasificadas en cinco áreas específicas de consulta:

1. Gobierno del Sistema Nacional de Salud
2. Salud Pública y Asistencia Sanitaria
3. Centralidad del Paciente
4. Desafíos Profesionales Emergentes
5. Calidad en el Sistema Nacional de Salud (Ver cuestionario en Anexo 1)

La acotación de las áreas de interés del estudio y los temas para la formulación de las propuestas, ponderación de las respuestas y el perfil de los participantes se definieron mediante tres reuniones utilizando la técnica del grupo nominal.

En estas reuniones, los participantes respondieron siguiendo la técnica del Grupo Nominal a la pregunta:

- ¿Cuáles son los procesos, decisiones y cambios que deberían adoptar las profesiones/los profesionales sanitarios/os, para adaptarse a los cambios en el entorno político, organizativo, de valores sociales y al cambio tecnológico, de forma que contribuyan al mantenimiento/mejora de la legitimidad social y la sostenibilidad del SNS?

Esta pregunta venía acotada por las siguientes explicaciones:

- Bajo los términos de legitimidad y sostenibilidad se engloban no sólo aspectos de suficiencia financiera, sino también de accesibilidad, equidad, participación, calidad de la atención y otros que contribuyan al buen funcionamiento y al soporte popular y político del SNS.
- Situar las respuestas en el horizonte temporal de los próximos 15 años.
- No eludir respuestas que supondrían cambios drásticos en el SNS o en las profesiones sanitarias, incluso si se creen de implantación muy improbable.

Sobre las respuestas de estos 3 grupos nominales el equipo coordinador del estudio diseñó las 70 cuestiones que integraron el cuestionario Delphi.

El cuestionario se remitió a los panelistas pidiéndoles que respondieran con su posicionamiento individual frente a los escenarios de futuro propuestos, tanto en términos de PRONÓSTICO (visión de lo que creían que iba a ocurrir) como de DESEO (expresión de lo que deseaban que ocurriera).

Respecto a la formulación de las cuestiones, y para capturar la variabilidad en las respuestas, aquellas se presentaron como afirmaciones respecto a las que expresar pronósticos o deseos en una escala ordinal de rechazo/desacuerdo total o de adhesión/acuerdo total de 1 a 9, donde 1 indica baja posibilidad de deseo o de pronóstico de ocurrencia y 9 máxima posibilidad de deseo o pronóstico de ocurrencia.

En la segunda ronda, los panelistas recibían información de las puntuaciones del conjunto y la suya propia, solicitándoles que reevaluaran su respuesta previa a la vista de las posiciones del conjunto del panel.

3.4. PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

El estudio se llevó a cabo entre Setiembre de 2008 y Julio de 2009. El grupo director del estudio organizó tres sesiones de grupos nominales con expertos, líderes y representantes corporativos, que establecieron los diferentes ámbitos y temas de la consulta. El cuestionario definitivo se obtuvo en Diciembre de 2008. Las dos rondas de consulta se realizaron entre Febrero de 2009 y Junio de 2009.

Los participantes fueron objeto de consulta mediante envío y cumplimentación de los cuestionarios por correo postal y e-mail. Los resultados de la primera ronda fueron analizados y sintetizados por el grupo director del estudio que los devolvió, en una segunda consulta, a los participantes, informándoles de su posicionamiento y del posicionamiento

conjunto para cada una de las propuestas en términos de la mediana y los percentiles 25 y 75 de cada una de las distribuciones de las respuestas del grupo.

De este modo, en la segunda ronda los participantes contaron con los datos acerca del grado de acuerdo/desacuerdo de las respuestas colectivas de los pronósticos y los deseos de la ronda anterior, con indicación personalizada de cual era la opción que cada uno de ellos había adoptado, para que la ratificaran o la modificasen.

No se solicitó, en la segunda ronda, la revisión de los deseos expresados en la primera ronda por asumir consistencia en el lapso de tiempo transcurrido entre las dos consultas sucesivas. El cuestionario final logró una tasa de respuesta del 89,21% de los 278 participantes en la primera ronda. De esta forma, 248 personas participaron en el estudio completo cumplimentando el cuestionario enviado en la segunda ronda.

3.5. ANÁLISIS

Para el análisis descriptivo se utilizaron la mediana y los percentiles 25 y 75, que muestran el grado de dispersión en las respuestas del 50% de los panelistas. Cuando el 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 los subgrupos que forman el panel para identificar subgrupos “outliers”.

A efectos de sistematizar la interpretación de las distribuciones en las respuestas se agrupó la escala original de 1 a 9 en tres grupos:

- De 1 a 3 (interpretadas como expresión de rechazo, desacuerdo o desconfianza sobre la ocurrencia de la propuesta).
- De 4 a 6 (donde 4 y 6 expresarían, respectivamente, un moderado rechazo/desacuerdo o aspiración/acuerdo y el valor 5 identifica indiferencia/escepticismo en el deseo y en el pronóstico).
- De 7 a 9 (interpretadas como expresión de acuerdo o adhesión de creciente intensidad a la propuesta).

Una explicación gráfica y más detallada se halla en el capítulo 4 “Guía para la lectura de los resultados”.

3.6. PARTICIPANTES Y EXPERTOS

3.6.1. Participantes en los Grupos Nominales

La utilidad de las predicciones de la técnica Delphi no se basa en la representatividad estadística del panel, sino en la relevancia en la identificación y en la definición de las áreas y escenarios objeto de la consulta, el diseño del cuestionario y la selección de panelistas cuya experiencia, juicio y percepciones sean relevantes dada la información y experiencia que poseen, su liderazgo o su nivel de responsabilidad institucional.

El estudio Delphi que se presenta ha contado con asesoramiento experto e independiente para la fase de definición de áreas y temas de consulta y selección de las afirmaciones incluidas en el cuestionario.

Como se ha indicado se realizaron tres reuniones de “grupo nominal” constituidas por grupos multidisciplinares de acreditados profesionales, académicos y líderes (ver tabla nº 3) cuya identidad se mantuvo en el anonimato – al igual que la de los participantes – hasta la presentación de los resultados del estudio mediante este informe.

Los directores del estudio, llevado a cabo el trabajo de campo y el análisis de resultados no han entrado en contacto con ninguno de los panelistas mientras éste se estaba llevando a cabo, no existiendo ningún conflicto de interés manifestado por ningún participante en el estudio.

Tabla nº 3. 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 Barcelona – 23 de Octubre de 2008

Nombre	Responsabilidad	Institución
Emília Altarriba	Presidenta	Fundació FF Fibromialgia
Jaume Aubía	Director Gerente	Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Alba Brugués	Directora de Procesos, Curas y Calidad	Institut Català de la Salut
Eusebi Castaño	Jefe de Servicio de Planificación y Calidad	Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares
Jordi Colomer	Facultativo Especialista. Cirugía General	Hospital de Viladecans
Carme Hernández	Coordinadora de Atención Integrada.	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Albert Jovell	Director General	Fundació Biblioteca Joseph Laporte
Eulàlia Juvé	Coordinadora de Enfermería de la Divisió Hospitalaria	Institut Català de la Salut
Rafael Mañez	Jefe de Servicio de Curas Intensivas	Hospital de Bellvitge
Vicenç Ortún	Director del CRES	Universitat Pompeu Fabra
José Luis de Peray	Coordinador para la Creación de la Agencia de Salud Pública Catalana	Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
Margarita Peya	Profedora Titular	Escola Universitaria d'Infermeria. Universitat de Barcelona
Josep Manel Picas	Director dels Sistemes de Informació	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Andreu Segura	Responsable del Àrea de Salut Publica	Institut d'Estudis de la Salut

Participantes Sesión de Grupo Nominal de Granada – 27 de Octubre de 2008

Nombre	Responsabilidad	Institución
José Luis Dueñas	Docente vinculado	Hospital Virgen Macarena
María Dolores Lázaro	Supervisión de Enfermería	Hospital Torrecárdenas
Begoña López	Epidemiólogo de Distrito	D. Granada
M ^º José Martínez	Supervisión de Enfermería	Hospital Infantil Virgen del Rocio
Paloma Porras	Médico Asistencial	CS La Candelaria 1
Cristina Quesada	MIR de Psiquiatría	USMD Granada Sur
Miguel Ramírez	MIR de Atención Primaria	CS de Cartuja
Antonio Rivas	Subdirector de Enfermería	Hospital Virgen de las Nieves

Participantes Sesión de Grupo Nominal de Madrid – 17 de Diciembre de 2008

Nombre	Responsabilidad	Institución
Juan Antonio Abascal	Secretario General	Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza
Vicente Baos	Médico	Centro de Salud Collado Villalba Pueblo
Emilio de Benito	Redactor Sociedad	El País
Eva de la Torre	Redactora y Coordinadora	La Voz de Almeria. Suplemento Salud y Medio Ambiente
José Ramón Luis-Yagüe	Director Relaciones CCAA	Farmaindustria
Gabriel Pérez Cobo	Director de Investigación	Empresa Pública Hospital Costa del Sol
Juan José Rodríguez Sendín	Presidente	Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
Emilia Sánchez Chamorro	Directora de Proyectos e Innovación	Curia Provincial de San Rafael. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

3.6.2. PANELISTAS

El grupo consultado está compuesto por 248 panelistas cuyo listado autorizado incluye:

Tabla nº 4. Listado autorizado de panelistas (PARTE 1)		
Juan Carlos	Abánades	
Juan Antonio	Abascal	Ruiz
Luis	Acosta	Criado
Javier	Aguirrebeña	Larrañaga
Alvar	Agustí	
Juan José	Aliende	Miranda
Gilberto	Alonso	Fernández
Coro	Alonso	Crespo
Marta	Alonso	Carreño
Emilia	Altarriba	Alberch
Elena	Altarribas	Bolsa
Beatriz	Álvarez	García
Antonio	Anton	Torres
Teresa	Antoñanzas	Lombarte
María Soledad	Anza	Aurteneche
José Ramón	Ara	Callizo
Luisa	Aragón	San Martín
Esperanza	Aranguren	Erdozain
Ana	Armendariz	Alzate
Jaume	Aubia	i Marimon
José Ramón	Azanza	Perea
Alesander	Badiola	Zabala
Joan	Balasch	Cortina
Vicente	Baos	Vicente
María Jesús	Barrado	Narvión
Joan	Berenguer	i Maimó
Rosa	Bermejo	Pareja
Enrique	Bernal	Delgado
Francisco	Bolúmar	Montrull
Xavier	Bosch	i José
Enrique	Botia	Paniagua
Josep	Brugada	Terradellas
Alba	Brugués	i Brugués
Antoni	Bulbena	Vilarrasa
Antonio	Caballero	Alemaný
Ana Carmen	Cabodevilla	Gorriz
Ana Isabel	Cabrero	Claver
Palmira	Calaf	Badal
Jaime	Calvo	Alén
Victòria	Camps	Cervera
Anna	Cano	Parellada
Catalina	Cano	Masa
Cristina	Capdevila	Aguilera

sigue en la página siguiente

Tabla nº 4. Listado autorizado de panelistas (PARTE 2)

Eugènia	Carandell	Jäger
Manuel	Carasol	
José Luis	Carcas	Sanjuán
Francisco	Cardona	Tortajada
Manuel	Carpintero	Navarro
Mercedes	Carreras	Viñas
Patricia	Carrillo	Ojeda
Miquel	Casadevall	Ginestet
José Antonio	Casajús	
Arnau	Casanovas	Martínez
Eusebio	Castaño	Riera
Leandro	Catalán	Sesma
Ángel Luis	Chamorro	González
Manuel	Chánovas	Borràs
Josep M ^e	Coll	Benejam
Jordi	Colomer	i Mascaró
Teresa	Copete	González
Jorge	Cruz	Albareda
Inmaculada	Cuesta	Esteve
Cristina	Cuevas	
Gabriel	de Arriba	de la Fuente
Cristina	de la Cámara	González
Eva	de la Torre	Martín
Antonio	de Lorenzo-Cáceres	Ascanio
Isabel	de Miguel	Montoya
Ricardo	de Miguel	Ibáñez
Juli	de Nadal	i Caparà
Gabriel	Delgado	Bona
María Teresa	Delgado	Marroquín
Ramon	Descarrega	
Francisco	Díaz	Ramiro
Miguel Ángel	Díez	García
Lluís	Donoso	Bach
Marisa	Dotor	Gracia
Montserrat	Duarte	Campaña
José Luis	Dueñas	Díez
Teresa	Elias	Aldosa
Guillermo	Elizalde	del Río
Jesús	Elso	Tartas
Carmen	Esparza	Liberal
Amèlia	Fabregat	García
Mercedes	Febrel	Bordejé
Pilar	Fernández	Romero
Inmaculada	Fernández	Moreno
Carlos	Fernández	Palomeque
Gema	Ferrer	Abad

sigue en la página siguiente

Tabla nº 4. Listado autorizado de panelista (PARTE 3)

Jordi	Forteza-Rey	Borralleras
María Teresa	Fortún	Pérez de Ciriza
Aida	Fortuny	Borsot
José Manuel	Freire	Campos
Joan	Frigola	Marcet
Juli M.	Fuster	Culebras
Miguel Ángel	García	Pérez
Carlos	García	Fernández
Francesc	García	Fernández
Araceli	Garrido	Barral
Juan Manuel	Garrote	Díaz
Margarita	Gascueña	Luengo
Joaquim	Gea	
Antonio	Gil	Lahorra
María	Girbes	Fontana
Raquel	Gómez	Bravo
Mercedes	Gómez	Gutiérrez
María Ángeles	Goñi	Herranz
María Eugenia	Goti	Aguirre
José Manuel	Granada	López
Ignacio	Granado	Bauluz
Ana	Granado	Hualde
María Soledad	Grau	Sanz
Francesc	Graus	Ribas
Lourdes	Guanter	
Joan	Guanyabéns	Calvet
Amèlia	Guilera	Roche
Gabriel	Guillén	Lloverías
Jesús	Gutiérrez	Morlote
Rodrigo	Gutiérrez	Fernández
Marina	Heredia	Torras
Carme	Hernández	Carcereny
Esther	Insa	Calderón
Carlos	Isanta	Pomar
Lidia	Jáuregui	Pallares
E. Fernando	Jiménez	Torres
Ángel	Jimeno	Aranda
José Manuel	Ladrón de Guevara	Portugal
Irene	Lainez	Zaragüeta
Montserrat	Lamoglia	Puig
María José	Lasanta	Sáez
María Dolores	Lázaro	Ruiz
Miguel Ángel	Lechuga	Monge
Rosa	Lezaun	Arroniz
Carmen	Litago	Gil
Pilar	Llobet	Azpirtarte

sigue en la página siguiente

Tabla nº 4. Listado autorizado de panelistas (PARTE 4)

Alfonso	López	Soto
María Luz	Lou	Alcaine
José Ramón	Luis-Yagüe	Sánchez
Rafael	Mañez	
Guillermina	Marí	Puget
Miguel Ángel	María	Tablado
Ángel	Marques	Martínez
Adolfo	Marqués	de Bravo
Isabel	Marruedo	Mancebo
Rafael	Martín	Muñoz
Rodrigo	Martín	Hernández
María	Martín	Rabadan
José	Martínez	Soriano
Salvador	Martínez	Parra
Juana	Mateos	Rodilla
Montserrat	Maynegre	Santaulàlia
Javier	Membrado	Granizo
Carmen	Merino	
Dolors	Miguel	Ruiz
Gregorio	Miguel	Sapela
Aurea	Mira	Vallet
Tomasa	Montes	Alcón
María José	Montserrat	Lladró
Julián	Morales	Moreno
Eduardo	Moreno	Gorjón
Aurelia	Moreno	Castillo
María José	Morera	Pomarede
Enrique	Mostacero	Miguel
Feliciano	Motilla	López
Carlos	Mourelo	Carballo
Esther	Muelas	Herraiz
Xabier	Mujika	Peña
Flora	Murua	Navarro
Juan Carlos	Muruzábal	Torquemada
Maria	Nabal	
Armando	Nevado	Loro
José María	Nicolas	
María Jesús	Nuez	Hernández
Juan Carlos	Obaya	Rebollar
Teresa	Oliveros	Briz
Albert	Oriol	i Bosch
Arturo	Ortiz	González
Pablo	Pascual	Pascual
Lorenzo	Pastor	Mourón
José	Paz	Exposito
Salvador	Peiró	Moreno

sigue en la página siguiente

Tabla nº 4. Listado autorizado de panelistas (PARTE 5)

Eduard	Peñascal	Pujol
Ana	Pérez	Carmona
Gabriel	Pérez	Cobo
Juan Blas	Pérez	Lorenz
Marta	Pérez	Primicia
Isabel	Pérez	Pérez
Anna Maria	Pérez	Benito
Pilar	Pérez	
Javier	Perfecto	Ejarque
Margarita	Peya	Gascóns
Teresa	Piqué	Sistac
Josep Maria	Piqué	
Anna	Ramió	Jofre
Josep Maria	Ramírez	i Ribas
José Ignacio	Ramírez	Manent
Gonzalo	Ramos	Gallego
María Antonia	Ramos	Arroyo
Marcelino	Requena	Gallego
Maria Rosa	Rifà	Ros
Eduard	Rius	i Pey
Antonio	Rivas	Campos
Núria	Roca	Caparà
Olga	Rodrigo	Pedrosa
Rosa	Rojo	Cañibano
Carmen	Sáenz	Pastor
José Antonio	Salido	Valle
Joan Manuel	Salmerón	Bargo
M. Luisa	Samitier	Lerendegui
Pau	Sánchez	Ferrín
Manuel	Sánchez	Mollá
Emília	Sánchez	Ruiz
María del Mar	Sánchez	Soria
José	Sánchez	Espinosa
María Jesús	Sánchez de Muniain	Valencia
Berta	Sanchiz	Ramos
Susanna	Sans	Menéndez
Isidro	Sanz	Polo
Andreu	Segura	i Benedicto
Gaudí	Sobrepere	Sarro
Anna	Soler	Costa
Concepción	Soro	Abardía
Santiago	Suso	Vergara
Rafael	Teijeira	Álvarez
Teresa	Tejero	López
Gregorio	Tiberio	López
José Manuel	Torre	Fernández

sigue en la página siguiente

Tabla nº 4. Listado autorizado de panelistas (PARTE 6)

Xavier	Trias	i Vidal de Llobatera
Antoni	Trilla	
Gonzalo	Trincado	Ibáñez
María Teresa	Tuñón	Álvarez
Javier	Ulíbarri	del Portillo
Catalina	Vadell	Nadal
Susana	Valbuena	Moya
Jordi	Valls	i Ballespí
Carmen	Valverde	Vaquero
Jordi	Varela	
José María	Vendrell	Perera
Ruth	Vera	García
José María	Vergeles	Blanca
Miquel	Vilardell	Tarrés
Jordi	Vilaró	Casamitjana
Fernando	Villoria	Díez
Teresa	Virto	Ruiz
Lourdes	Vivanco	Gómez
Jesús	Vizcaíno	Marín
Ignacio	Yurss	Arruga
Mercedes	Zuazo	Onagiotia

GUÍA PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS



4.

Guía para la lectura de los resultados..... 25

4. GUÍA PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS

Las siguientes notas pretenden facilitar la lectura de los resultados del informe recogidos en el capítulo 5, que se presentan siguiendo el índice del cuestionario utilizado para la consulta realizada a los participantes (Ver Anexo 1).

1. Gobierno del Sistema Nacional de Salud (SNS)
2. Salud Pública y Asistencia Sanitaria
3. Centralidad del Paciente
4. Desafíos Profesionales Emergentes
5. Calidad en el Sistema Nacional de Salud

Todos los apartados reciben un tratamiento idéntico de análisis y presentación.

Guía de lectura de resultados

Cada capítulo o apartado se encabeza con un resumen de la interpretación del tratamiento estadístico descriptivo de los pronósticos y deseos expresados por los participantes. A éstos se les propusieron una serie de escenarios de evolución de diferentes aspectos del SNS y de la profesión en un horizonte temporal de 15 años. Dichos escenarios se expresaron en forma de proposición sobre la que se pide al participante que se pronuncie en términos de su estimación de la posibilidad o certeza de ocurrencia (PRONÓSTICO) y de su deseo de ocurrencia (DESEO). Los pronósticos y los deseos se expresan en una escala ordinal comprendida entre los valores 1 – no va a ocurrir como pronóstico o no se desea que ocurra como deseo – al valor 9 – certeza absoluta de que va a ocurrir como pronóstico o deseo absoluto de que ocurra como deseo – .

Como se ha indicado se sistematizó la presentación de las respuestas agrupando el rango de valores posible – de 1 a 9 – en 3 niveles, interpretando cada conjunto de respuestas del modo que se ilustra en la siguiente tabla:

Interpretación de las puntuaciones									
Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronósticos	Posibilidad de ocurrencia baja Negación Desacuerdo			Posibilidad de ocurrencia indeterminada Desconfianza			Posibilidad de ocurrencia alta Confirmación		
Deseos	Rechazo Desacuerdo			Indiferencia o indefinición Escepticismo			Aspiración Acuerdo		

Se adopta esta convención a fin de sistematizar los comentarios de las respuestas a las distintas cuestiones analizadas en el informe, aunque se acepta una ligera flexibilidad en la interpretación de los resultados, lo que vendría representado, por ejemplo, por considerar un pronóstico de 6 como más cercano a una afirmación que a una negación de ocurrencia y como más cercano a una aspiración que al rechazo. Asimismo, la naturaleza ordinal de la escala utilizada permite valorar más el rechazo, puntuado en 1 que el puntuado en 3.

El siguiente ejemplo de presentación de resultados ilustra la presentación de la interpretación utilizada en el siguiente capítulo.

Ejemplo de presentación de resultados en el informe

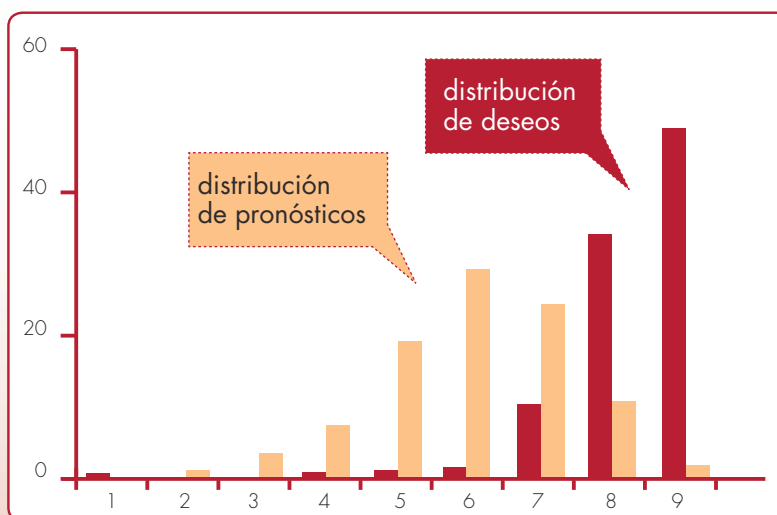
Capítulo y apartado

5.4.5 Carrera profesional

Propuesta

Gráfico | Cuestión 4.5.1. El desarrollo profesional continuado se integrará en la valoración del desempeño de la carrera profesional

Gráfica de distribución de frecuencias



Medidas de tendencia central

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	6
Mediana	9	6
Percentil 75	9	7

Breve descripción narrativa

La integración del desarrollo profesional continuado en la valoración del desempeño profesional concita una clara expresión de deseo de ocurrencia por parte del panel (mediana: 9, rango intercuartil: 8-9), que también espera su ocurrencia, aunque con más reservas (mediana 6, rango intercuartil: 5-7).

En cuanto a la valoración de 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) que permite realizar la siguiente interpretación (Cuadro 1):

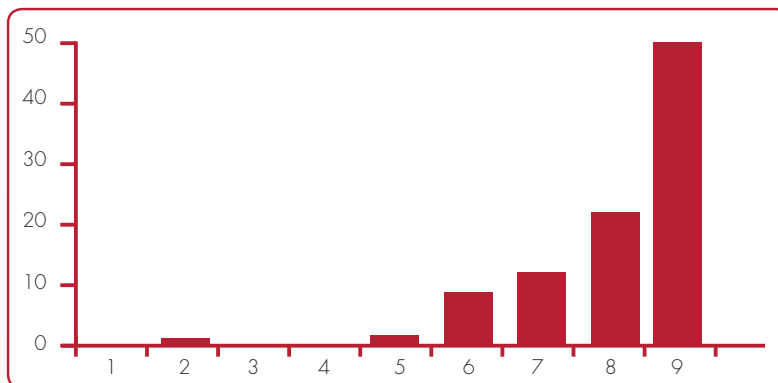
- Dispersión baja: dos puntos o menos entre p25 y p75. La gráfica de distribución muestra una distribución apuntada.
- Dispersión media: tres puntos entre p25 y p75. La gráfica tiene forma de campana.
- Dispersión alta: cuatro puntos o más entre el p25 y p75. La gráfica muestra una forma achatada, sugiriendo dificultad o inexistencia de consenso en el panel.

El siguiente ejemplo muestra las "formas" tipo de distribución con diferentes grados de dispersión.

Representación gráfica de una distribución poco dispersa, de dispersión media y de dispersión elevada

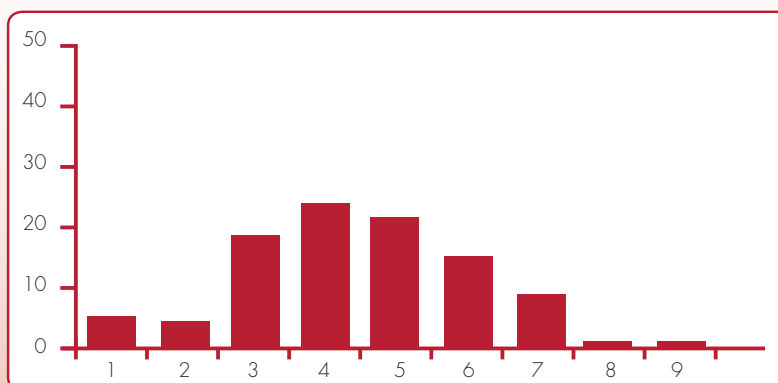
A. Distribución poco dispersa

- Mediana: 9
- P25: 8
- P75: 9



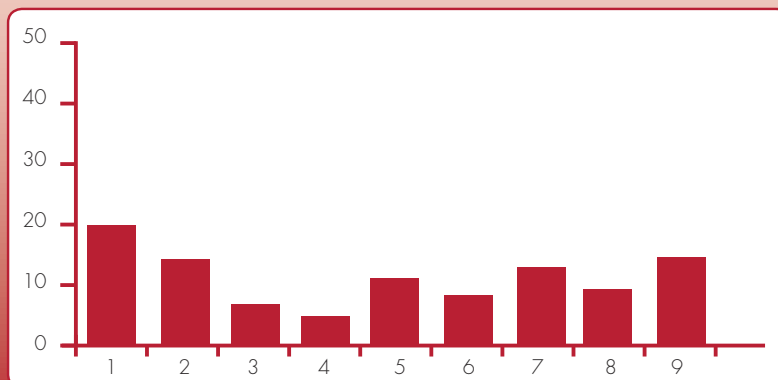
A. Distribución con dispersión media

- Mediana: 4
- P25: 3
- P75: 6



A. Distribución con elevada dispersión

- Mediana: 4
- P25: 2
- P75: 7



5

RESULTADOS

5.	5.1. Gobierno del Sistema Nacional de Salud	33
	5.1.1. Descentralización y coordinación	33
	5.1.2. Organización y gestión	35
	5.1.3. Financiación y corresponsabilidad del usuario del SNS.....	38
	5.1.4. Seguros y mutuas privadas	46
	5.2. Salud Pública y Asistencia Sanitaria.....	47
	5.2.1. Salud Pública.....	48
	5.2.2. Atención Primaria	49
	5.2.3. Atención Especializada.....	53
	5.2.4. Prestación Farmacéutica	55
	5.3. Centralidad del Paciente	58
	5.3.1. Autonomía del Paciente	58
	5.4. Desafíos Profesionales Emergentes	61
	5.4.1. Confianza de la sociedad en los profesionales	62
	5.4.2. Comunicación y confianza y formación de la profesión médica.....	64
	5.4.3. Acceso a la profesión y formación.....	67
	5.4.4. Mantenimiento de las competencias profesionales	69
	5.4.5. Carrera profesional.....	69
	5.5. Calidad en el Sistema Nacional de Salud	72
	5.6. Dispersión Elevada y Grandes Consensos, Rechazos y Discrepancias.....	75
	5.6.1. Dispersiones elevadas.....	75
	5.6.2. Grandes consensos o rechazos colectivos.....	77
	5.6.3. Grandes discrepancias entre deseos y pronósticos.....	78
	5.6.3.1. Coincidencia entre deseos y pronósticos.....	79

5. RESULTADOS

5.1. GOBIERNO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La primera parte de la consulta Delphi presenta los deseos y pronósticos de los panelistas en relación a una serie de propuestas de evolución de la sanidad pública en lo que respecta a gobernabilidad, descentralización, organización, gestión y financiación.

Aunque los panelistas desean y ven plausible una mayor profundización en la descentralización y la financiación de la autonomía sanitaria no ocultan, al mismo tiempo, un pronóstico – que no desean que se cumpla – de desarrollo de desigualdades territoriales. En sentido opuesto el colectivo consultado es unánime en el deseo de que los profesionales se impliquen en la formulación y ejecución de la política sanitaria, sin que el pronóstico correspondiente sea optimista. La misma tónica de contraste entre predicciones de deseo y escepticismo en el pronóstico de ocurrencia se observa en la mayoría de respuestas a los escenarios de cambio propuestos en la organización y gestión asistencial con la excepción de una resistencia colectiva significativa al consenso respecto a que la vinculación laboral sustituya la actual hegemonía de la plaza en propiedad para toda la vida profesional.

Una de las mayores discrepancias entre deseos y pronósticos se registra en el consenso total y el pronóstico negativo de que la politización de los nombramientos de gerentes y altos cargos en la administración asistencial de paso a criterios netamente de mérito y competencia profesional. La unanimidad en el deseo de que aumenten los profesionales que asuman a la vez responsabilidades de gestión clínica y de gestión operativa contrasta con una visión escasamente optimista, planteando una interesante oportunidad de indagar en las razones subyacentes con una metodología más específica.

Los panelistas no desean que el gasto sanitario privado aumente más que el público aunque lo pronostican.

Frente a un rechazo – moderado – de que crezca más el gasto sanitario privado que el público llama la atención una notable unanimidad en el deseo de instauración de instrumentos de corresponsabilización del usuario en el gasto generado por la utilización de prestaciones sanitarias públicas – co-pago – en claro contraste con los deseos manifestados por el panel del Delphi de usuarios y pacientes.

En este contexto el único rechazo – moderado – se refiere al co-pago por acto médico con mayoría destacada y consistente en el deseo de instauración de co-pago por servicios no sanitarios y medicamentos.

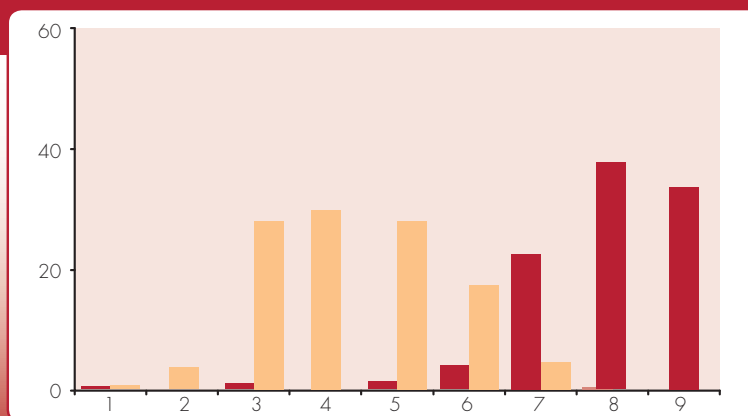
La mayor diferencia entre deseos favorables y pronósticos desfavorables se refiere a la sustitución del actual co-pago farmacéutico por razón de edad por un co-pago basado en el criterio de la renta del usuario. Los panelistas, en cambio, no desean que la utilización de la medicina privada se contraiga aunque lo pronostican sin ambigüedades, mostrando una llamativa indiferencia hacia la introducción de estímulos finales a la suscripción de pólizas de seguro libre. Finalmente cabe destacar la unanimidad con la que el panel se adhiere a la incentivación retributiva por asumir riesgos financieros asociados a su práctica profesional.

5.1.1. Descentralización y coordinación

El panel expresó un decidido deseo de que las organizaciones profesionales participen en la formulación y ejecución de cambios organizativos en el SNS en un horizonte de quince años, con mediana en 8 (figura 4). En cambio, el pronóstico de ocurrencia fue incierto, con mediana en 5.

Figura 4: Cuestión 1.11. La formulación y ejecución de cambios y reformas organizativas del SNS y de los niveles asistenciales contarán con la implicación, influencia y compromiso de las organizaciones profesionales

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	4
Mediana 8	8	5
Percentil 75	9	5



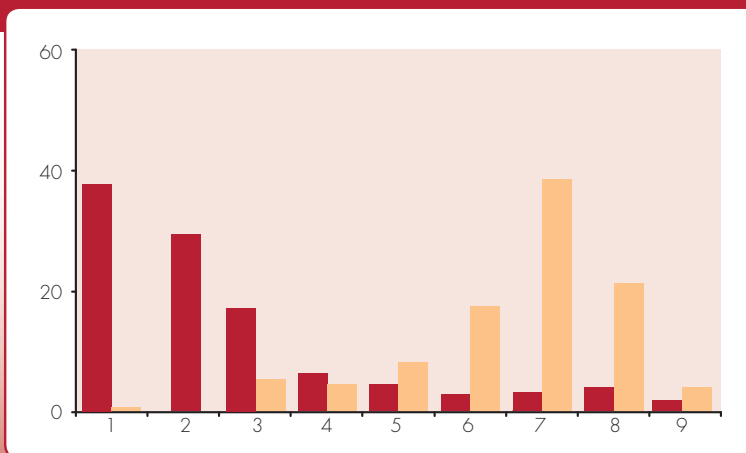
Una distribución similar se registró en el posicionamiento del panel del Delphi de usuarios (2008) del SNS cuestionados sobre su propia implicación.

En algunas interpretaciones de los resultados se hará mención, como se ha indicado anteriormente, a las posiciones respecto a escenarios similares correspondientes a dos análisis Delphi anteriores que pueden ser recuperados en www.fundsis.org (en Publicaciones. Análisis Delphi), cuyos títulos son: “Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado (2005)” y “El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos (2008)”.

El panel mostró un claro rechazo ante la posibilidad de que la profundización en el proceso de descentralización de lugar a desigualdades territoriales (figura 5), aunque expresó un apreciable temor de que así sea, a tenor de la expresión de pronóstico, con mediana en 7.

Figura 5: Cuestión 1.12. La profundización en la descentralización y la mayor asunción de responsabilidad autonómica en la sostenibilidad del gasto sanitario producirá desigualdades territoriales

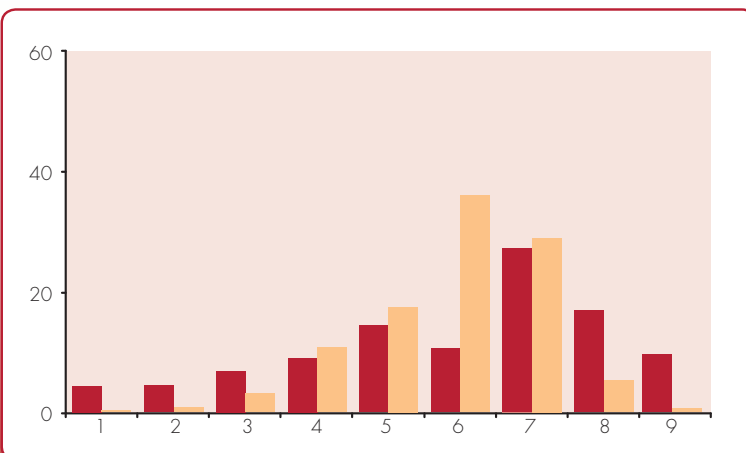
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	1	6
Mediana 8	2	7
Percentil 75	3	8



La mayor parte del panel (figura 6) se mostró favorable a un desarrollo de la descentralización de la sanidad y las finanzas públicas, siendo los panelistas de Cataluña, Euskadi, Valencia y Baleares los que manifestaron un deseo más marcado en este sentido.

Figura 6: Cuestión 1.13. La actual descentralización de la sanidad pública conocerá un mayor desarrollo en paralelo a una mayor participación de las CCAA en la recaudación e ingresos fiscales y parafiscales

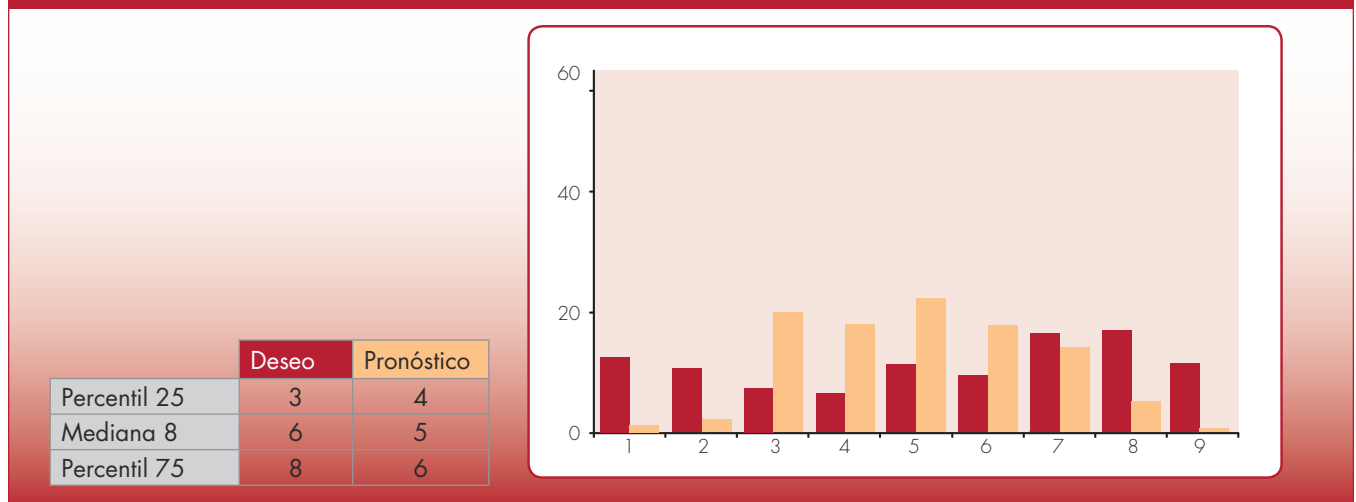
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	5	5
Mediana 8	7	6
Percentil 75	8	7



5.1.2. Organización y gestión

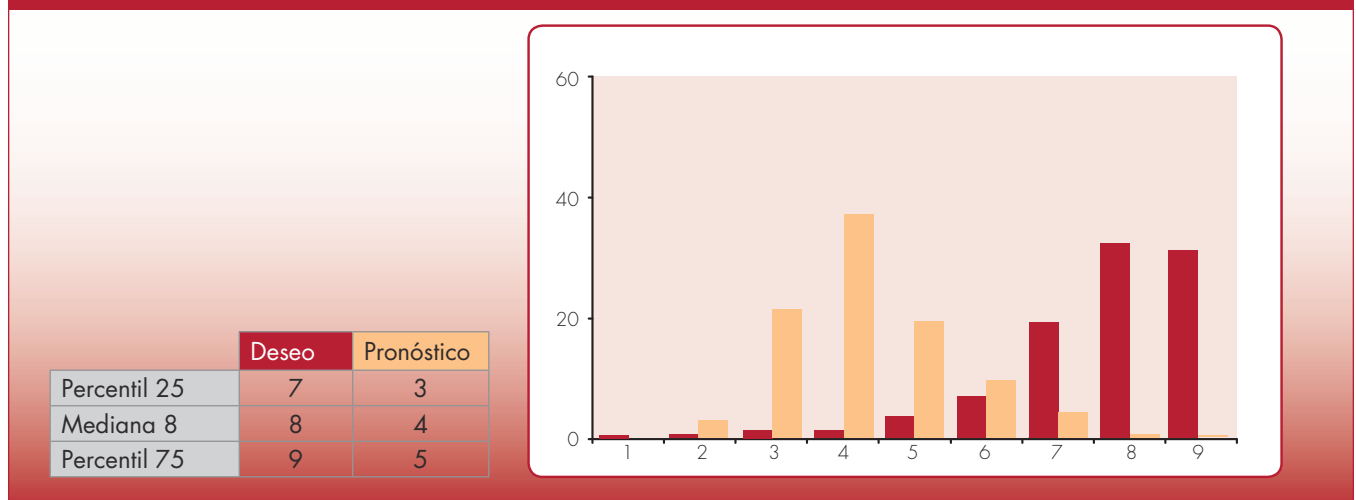
La posibilidad de que los profesionales sanitarios dejen de tener en su mayoría una plaza en propiedad (figura 7) para pasar a mantener una relación contractual laboral generó posiciones muy dispersas en el panel, tanto en relación con el deseo (con mediana en 6, interpretable como una tímida señal de adherencia) como con el pronóstico –incierto-, con mediana en 5. La excepción la suponen los panelistas de Cataluña, mayoritariamente proclives a la laboralización frente al mantenimiento hegemónico de la vinculación estatutaria. Los panelistas asistenciales y los investigadores exhibieron un mayor grado de dispersión en sus respuestas.

Figura 7: Cuestión 1.21. Los profesionales sanitarios dejarán de tener una plaza en propiedad garantizada estatutariamente para toda la vida, para pasar a mantener una vinculación laboral contractual.



El panel expresó un acusado deseo de que la Administración no interfiera en la independencia clínica de los profesionales, limitando el acceso de los pacientes a tecnologías de eficiencia contrastada (figura 8), aunque también un cierto escepticismo de que así ocurra. En este sentido, los panelistas del Delphi de usuarios y pacientes del SNS manifestaron un mayor consenso si cabe en su deseo de poder acceder sin restricciones a las intervenciones y medicamentos más eficaces y seguros.

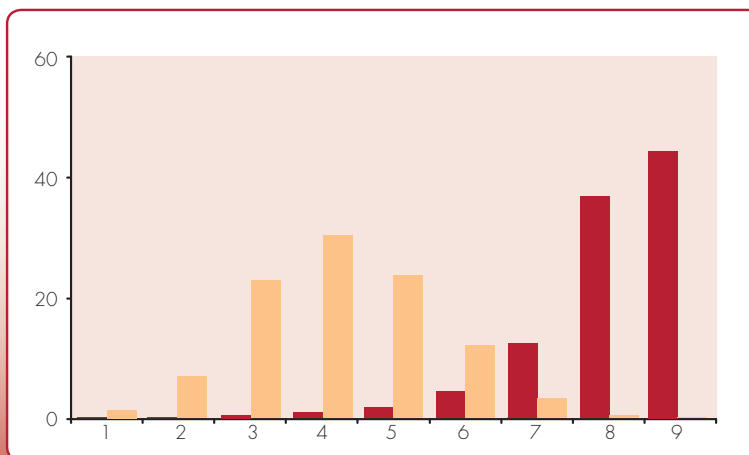
Figura 8: Cuestión 1.22. La protección del juicio y autonomía clínica de los profesionales procurará a usuarios y pacientes acceso a aquellas tecnologías que hayan demostrado ser costo-efectivas, sin interferencias administrativas.



El panel de profesionales de la salud coincidió con el panel de políticos y altos cargos del SNS en el contraste entre el marcado deseo de que la Administración modere la demanda mediante medidas de educación sanitaria y de información al paciente (figura 9) y su escasa confianza en que esto suceda, reflejada en un pronóstico medio posicionado en 4 (frente a deseo centrado en 8).

Figura 9: Cuestión 1.23. La Administración priorizará la calidad de la educación sanitaria y la información al paciente como medida para moderar la demanda.

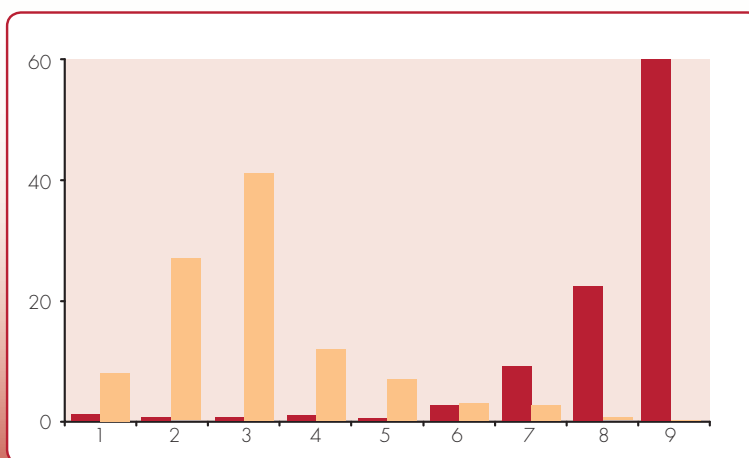
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	3
Mediana 8	8	4
Percentil 75	9	5



La consolidación de los componentes de politización en la gestión sanitaria (figura 10) son fuertemente rechazados por el panel, frente a una desconfianza (léase pesimismo en gran parte de panelistas) en que ganen peso los criterios basados en la gestión, el mérito y la competencial profesional. Un patrón de respuesta superponible al manifestado por el panel del Delphi de políticos y altos cargos el SNS ante una cuestión similar.

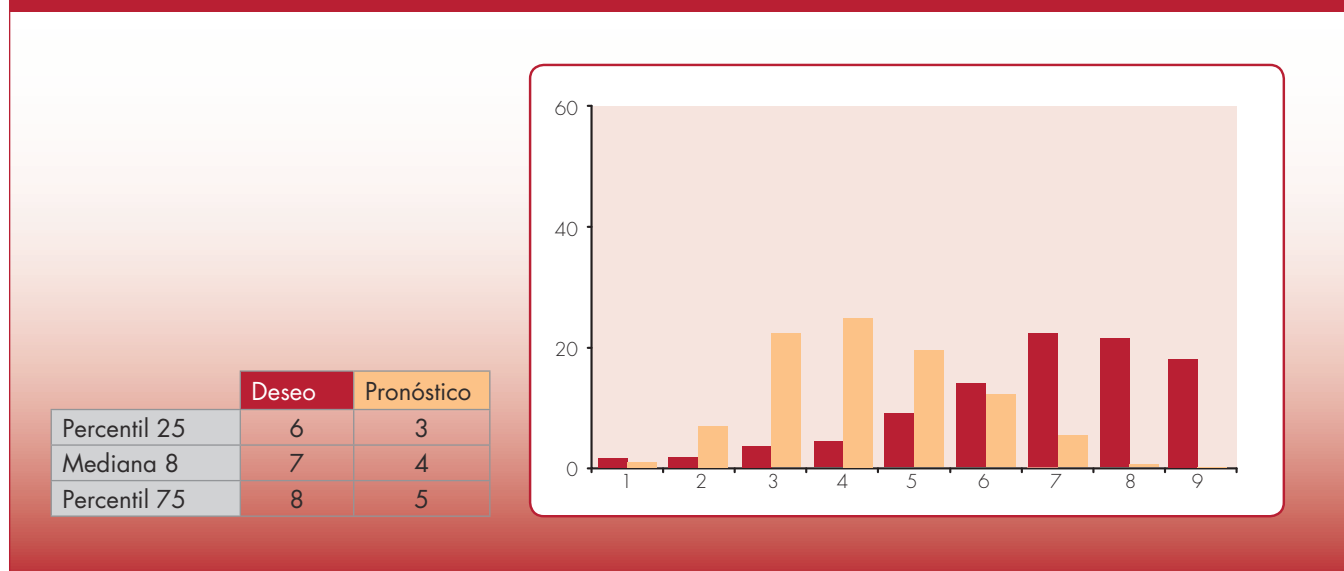
Figura 10: Cuestión 1.24. Desaparecerá o se reducirá de forma significativa la componente de politización en el nombramiento de gerentes en la red asistencial en beneficio de la profesionalización de estos cargos.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	2
Mediana 8	9	3
Percentil 75	9	3



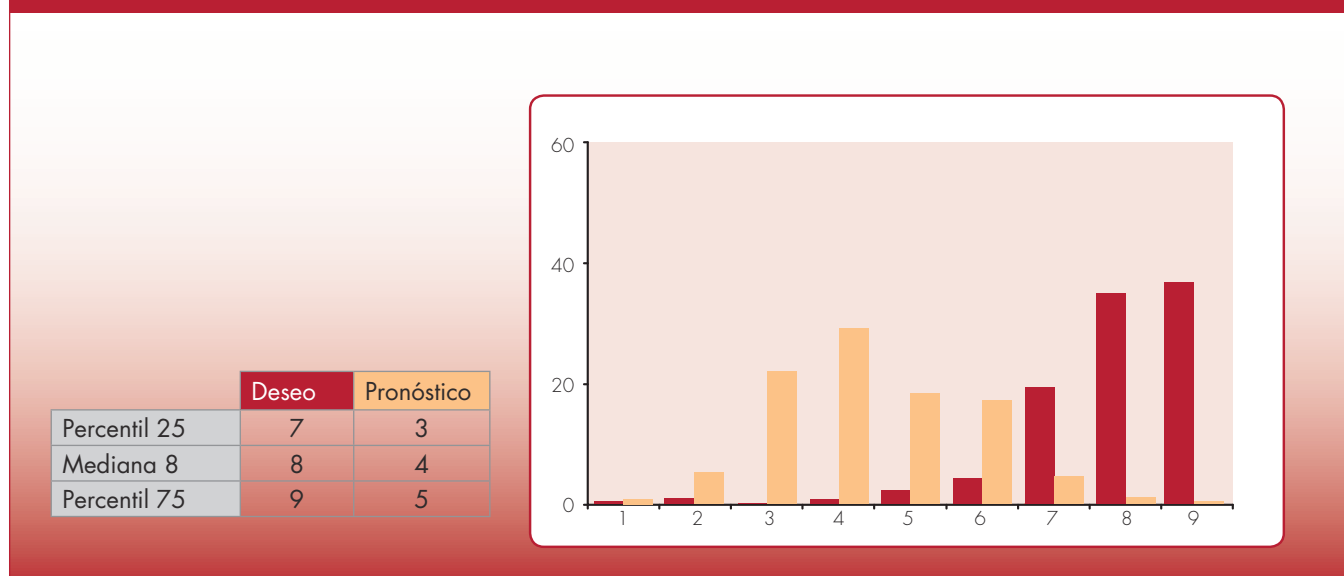
Los panelistas expresaron un deseo notable de que se articulen mecanismos de implicación de los ciudadanos en los órganos de gobierno de la red asistencial, en contraste con un escepticismo no menos explícito de que eso vaya a ocurrir en el horizonte temporal de la consulta (figura 11). En esta ocasión también la posición del panel fue coincidente con la del panel de usuarios y pacientes de la anterior consulta Delphi.

Figura 11: Cuestión 1.25. Las organizaciones ciudadanas y de usuarios de la sanidad pública, por medio de sus representantes, y los profesionales formarán parte de los órganos de gobierno y de gestión de los Centros de Atención Primaria y los Hospitales.



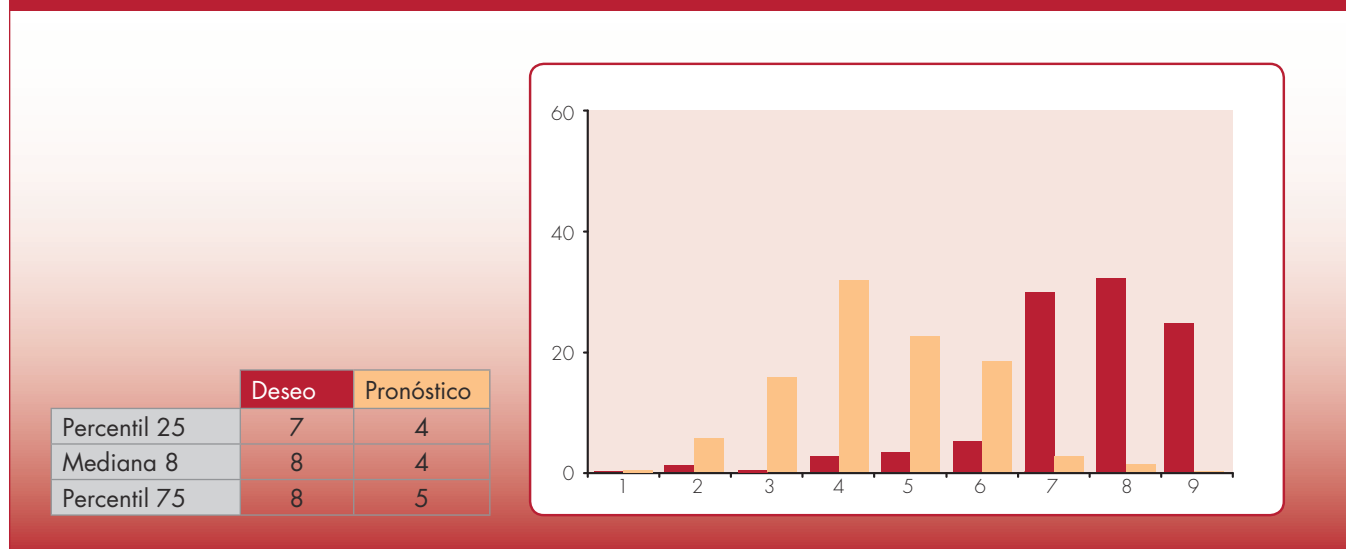
Con mayor intensidad aun, el panel manifestó desear que los profesionales participen sin restricciones en las decisiones sobre cartera de servicios, asignación de recursos y inversión en los centros asistenciales (figura 12), de nuevo en contraste con un pronóstico de duda de que así suceda (mediana: 4).

Figura 12: Cuestión 1.26. Los profesionales participarán en los órganos ejecutivos de las organizaciones asistenciales con capacidad para influir en las decisiones de cartera de servicios, inversión y asignación de los recursos disponibles.



El posicionamiento del grupo ante la siguiente cuestión (figura 13) sugiere la pertinencia de una exploración exhaustiva sobre los factores clave que influyen en la divergencia entre la intensa manifestación de acuerdo en la asunción de mayores responsabilidades de gestión operativa por parte de los profesionales y la escasa confianza en que eso vaya a tener lugar.

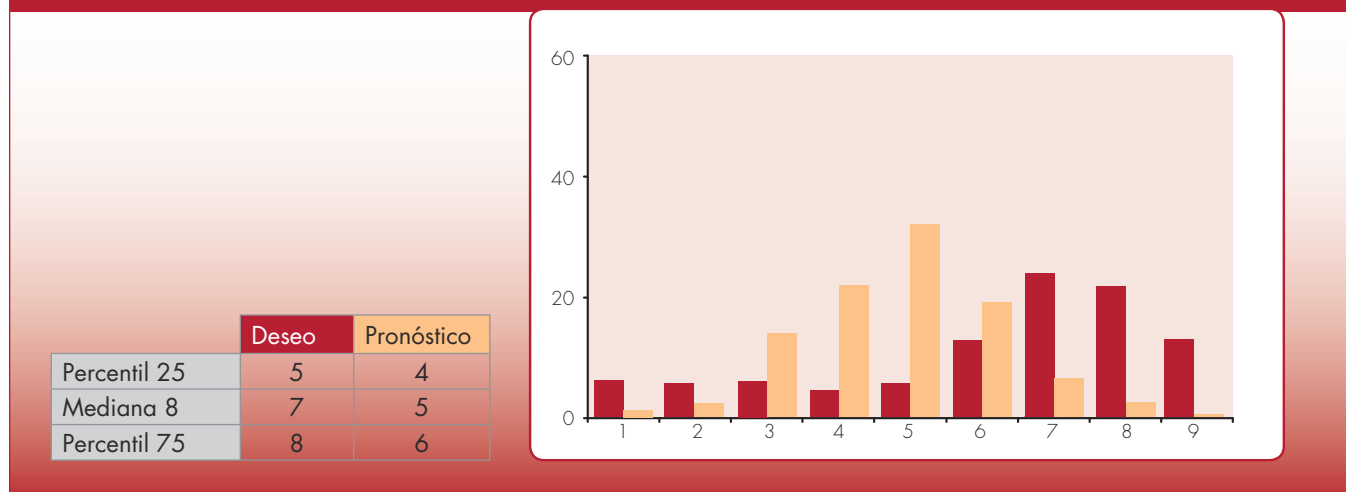
Figura 13: Cuestión 1.27. Se incrementará significativamente el número de profesionales de la salud que asuma, además de la gestión clínica la gestión operativa en las organizaciones asistenciales.



5.1.3. Financiación y corresponsabilidad del usuario del SNS

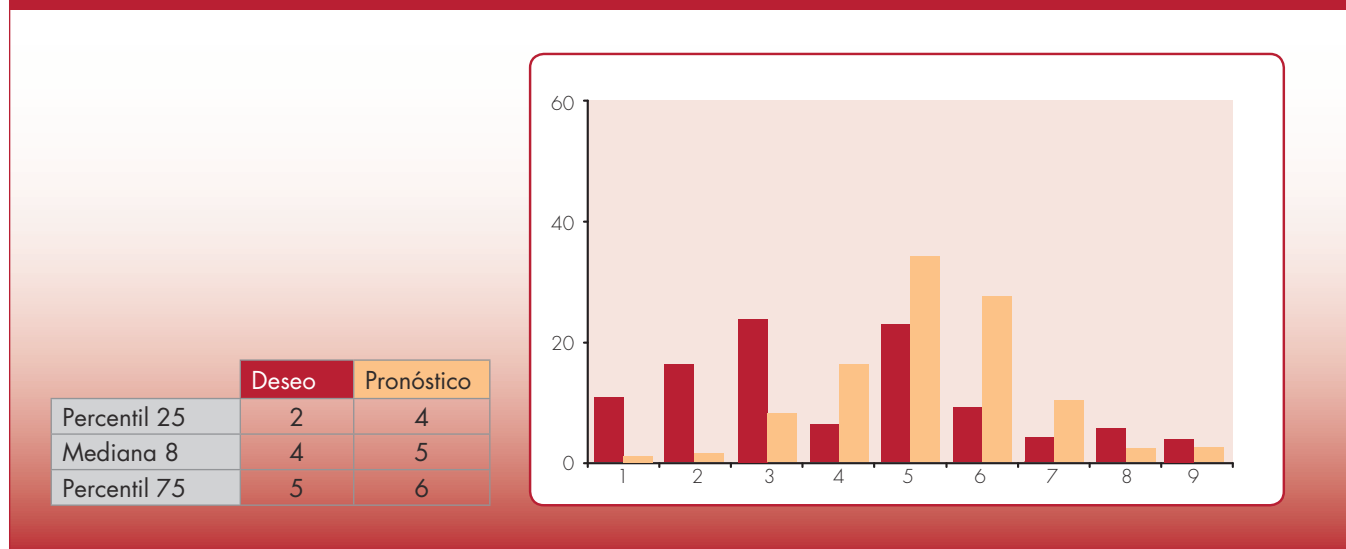
La mayoría de los panelistas se mostró partidario de que se cumpla el escenario propuesto en la figura 14, mientras que da cuenta de un pronóstico de ocurrencia indeterminado. Por grupos profesionales los panelistas de enfermería presentaban una mayor dispersión en sus repuestas que los médicos hospitalarios y los que detentaban cargos administrativos. En este sentido, los panelistas representantes de los usuarios del SNS y de los políticos y altos cargos, respectivamente, coincidían en expresar pronósticos de ocurrencia moderadamente positivos.

Figura 14: Cuestión 1.31. En el horizonte de esta consulta la cobertura pública y universal se definirá para situaciones catastróficas y de riesgo menos previsible y consecuencias financieras graves, dejando fuera de cobertura las prestaciones de menor, dudosa o nula efectividad.



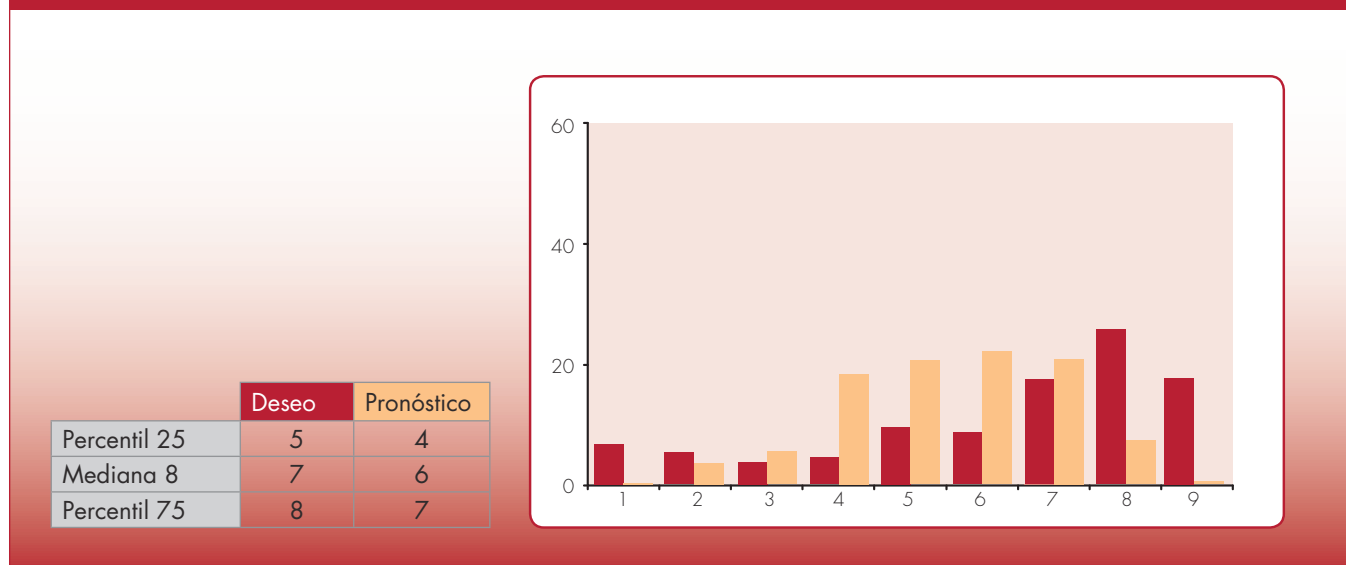
El panel expresó un moderado rechazo a la hipótesis de que el principal motor del crecimiento del gasto sanitario será de procedencia privada (figura 15), con un pronóstico de expresión de incertidumbre. Esto último contrasta con los resultados obtenidos por los paneles de los Delphi a pacientes y políticos, que pronosticaron consistentemente un aumento diferencial del gasto público.

Figura 15: Cuestión 1.32. En la hipótesis de crecimiento del gasto sanitario total, será el gasto sanitario privado el que crezca en mayor proporción que el gasto público.



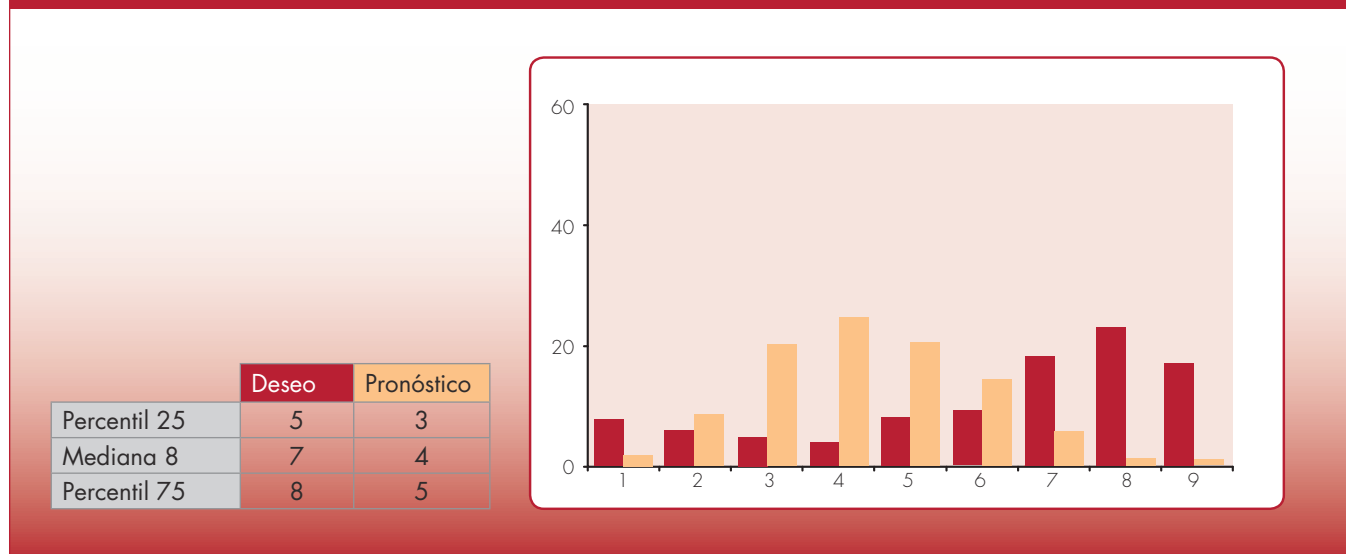
En relación a la implantación de copagos, es destacable –a tenor de la gran dispersión en las respuestas a estas mismas cuestiones en anteriores consultas- el considerable apoyo que recibe el escenario de implantación de copagos por servicios no asistenciales por parte del panel de profesionales (figura 16). Su pronóstico, aunque más moderado, también es positivo, mostrando cierta confianza en que se consiga implantar dicha medida en los próximos años..

Figura 16: Cuestión 1.33. Se instaurará un copago por servicios de hostelería individual y/o de acompañantes y amenidades como comidas a la carta, peluquería y estética, TV, ... etc.



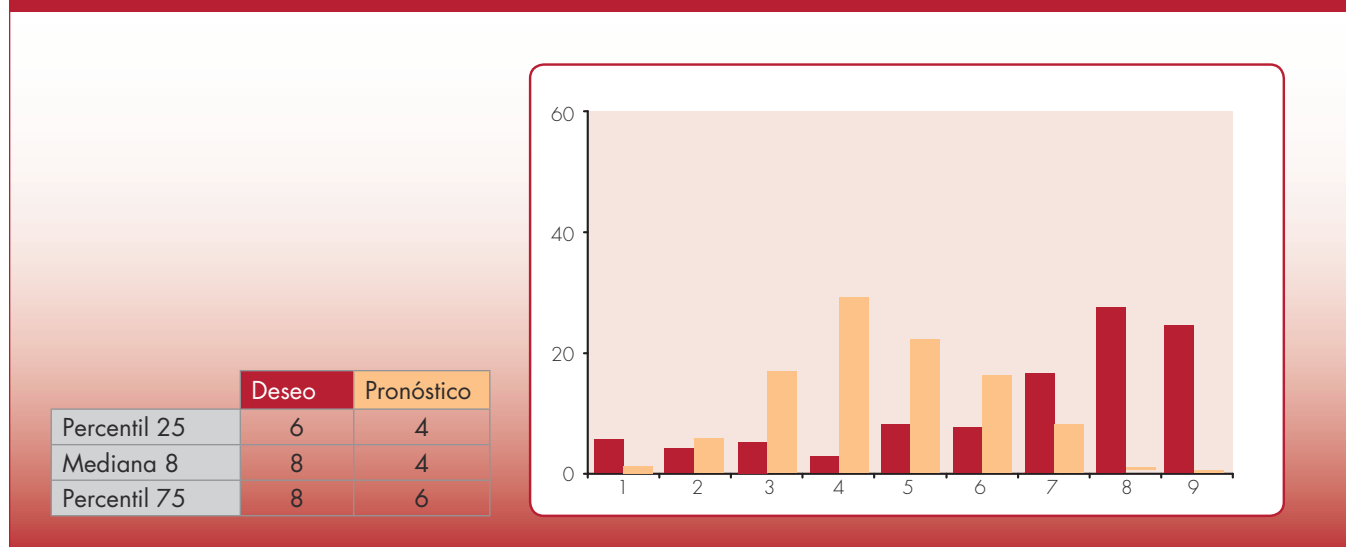
También el escenario de implantación de un copago relacionado con el gasto asistencial (figura 17) recibió un destacable apoyo por parte del panel (con mediana de grupo de nuevo en 7 en la expresión de deseo), esta vez combinado con un mayor escepticismo en cuanto a su implantación (mediana de 4 en la expresión de pronóstico). Los panelistas con cargos en la Administración Sanitaria mostraron la mayor dispersión en la expresión de deseos. Cabe destacar que los Delphi a usuarios y políticos arrojaron resultados muy diferentes, con expresiones de deseo o indefinidas o claramente contrarias a la instauración de este tipo de copagos.

Figura 17: Cuestión 1.34. Se instaurará un co-pago para corresponsabilizar los ciudadanos con el gasto asociado a los procesos asistenciales.



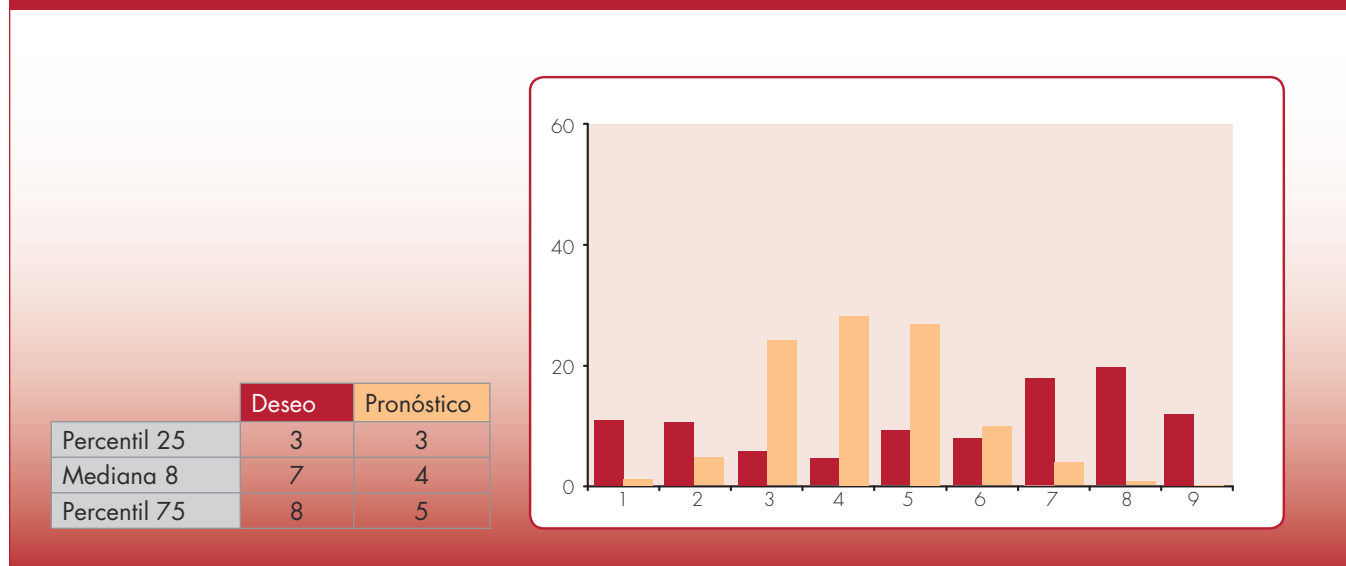
Todavía más marcado (figura 18) es el deseo del panel de que se modernice el copago sobre medicamentos, pero de nuevo acompañado de un pronóstico que refleja cierta incredulidad. También en anteriores consultas, este tipo de copago suscitó una expresión de deseo positiva del panel, en contraste con lo que sucede en el resto de cuestiones sobre copagos.

Figura 18: Cuestión 1.35. Se instaurará un copago por los medicamentos: cambiando el actual criterio de co-pago por razón de edad – jubilados por otro criterio basado en la renta del paciente.



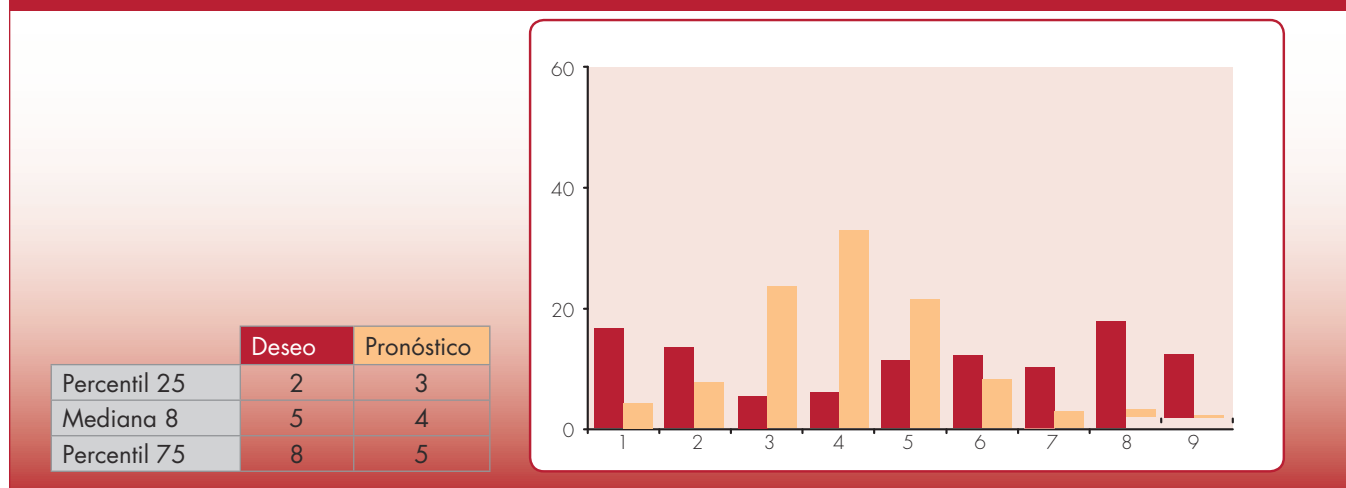
En la figura 19 se observa un idéntico patrón de respuesta en relación con la instauración de copago en función de la aportación terapéutica de las nuevas tecnologías: deseo marcado (mediana en 7) aunque con amplia dispersión (rango intercuartil entre 3 y 8), versus pronóstico de relativa desconfianza (mediana en 4 y menor dispersión). De nuevo en claro contraste con los deseos manifestados por usuarios y políticos en anteriores Delphi.

Figura 19: Cuestión 1.36. Se instaurará un copago según la aportación terapéutica innovadora de los nuevos medicamentos autorizados.



En contraste con el resto de escenarios de copago propuestos, la implantación de un copago por acto suscita un elevado disenso en los deseos (figura 20), con panelistas claramente en contra y otros manifestando un claro deseo de ocurrencia. La expresión de pronóstico en cambio está más en línea con las anteriores respuestas, con mediana en 4 y sugiriendo una cierta desconfianza en ver dicho copago implantado en el futuro.

Figura 20: Cuestión 1.37. Se instaurará un co-pago por visita, prueba diagnóstica o acto médico.



En conjunto, los resultados en el bloque de cuestiones relativas a la implantación de copagos apuntan a una discrepancia notoria en relación a las posturas de los políticos y los usuarios consultados en los respectivos Delphi.

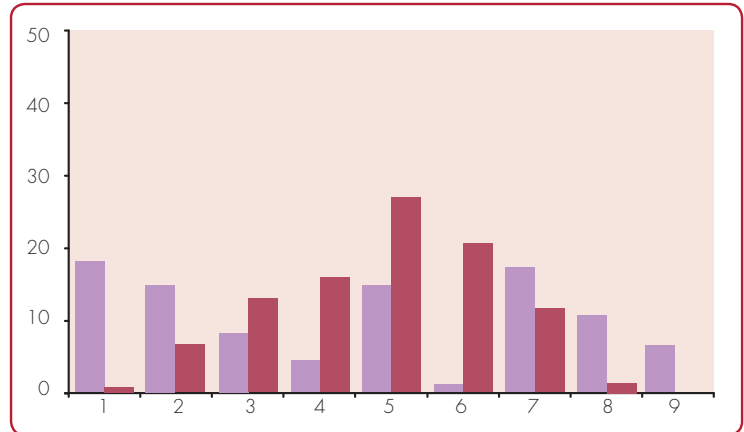
Tabla nº 5. Comparación posicionamiento ante escenarios de co-pago: políticos, pacientes y profesionales

Parte 1

Co-pago por servicios hoteleros

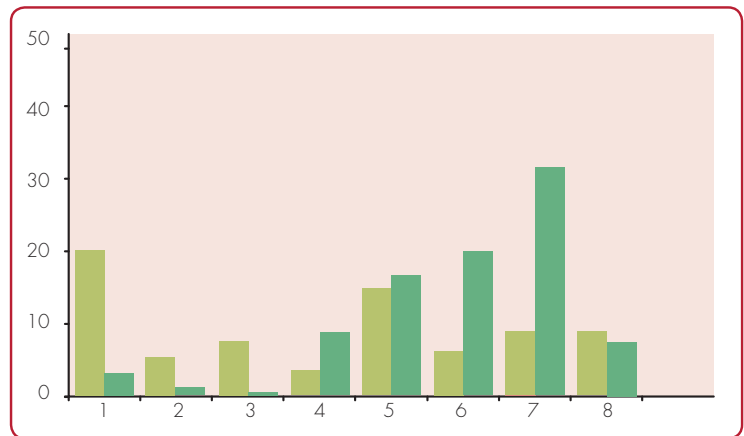
Políticos

	Pronóstico	Deseo
P25	4	2
Med	5	5
P75	6	7



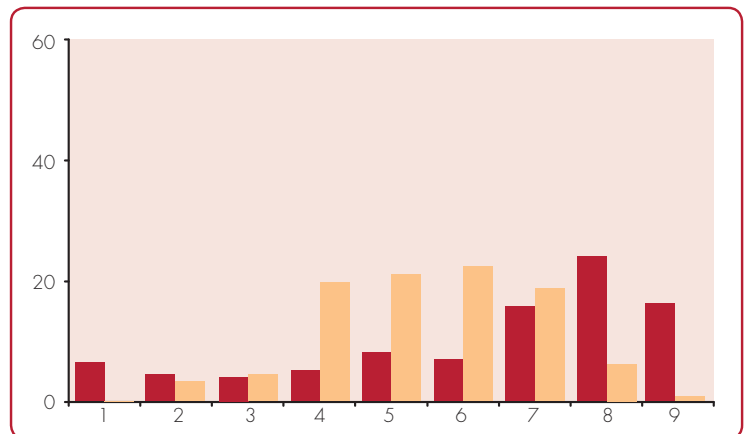
Pacientes

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	2	5
Mediana	5	6
Percentil 75	7	7



Profesionales

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	5	4
Mediana	7	6
Percentil 75	8	7



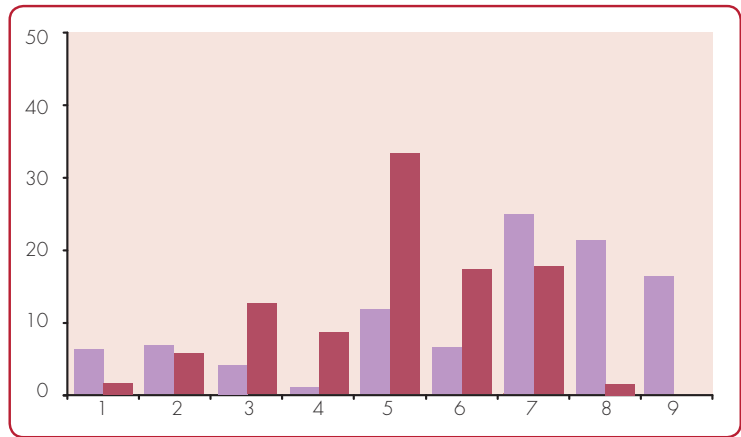
sigue en la página siguiente

Tabla nº 5. Comparación posicionamiento ante escenarios de co-pago: políticos, pacientes y profesionales

Co-pago por medicamento en función de la renta

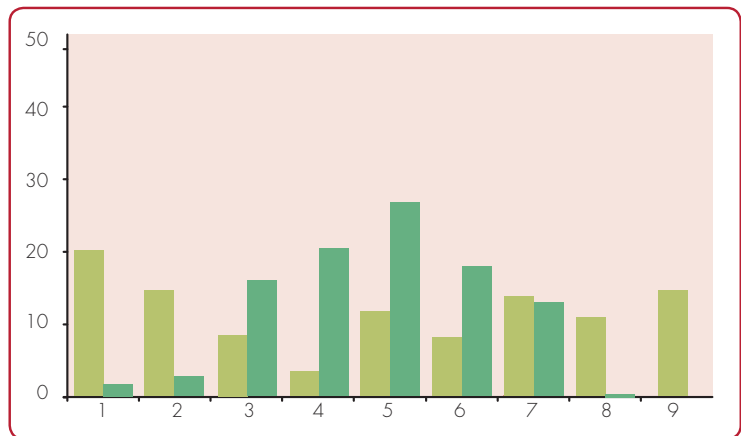
Políticos

	Pronóstico	Deseo
P25	4	5
Med	5	7
P75	6	8



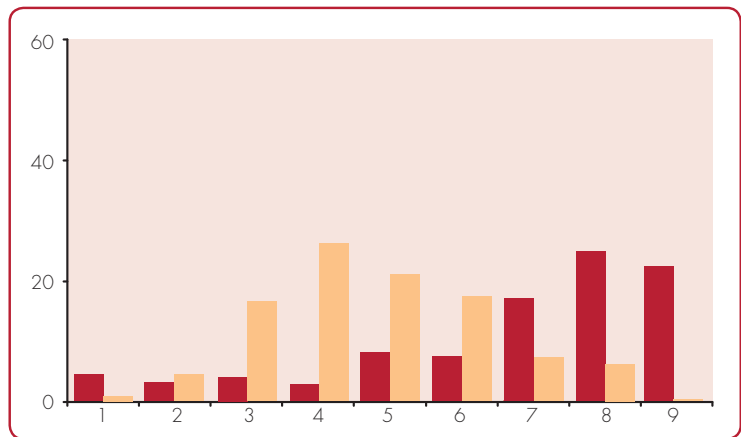
Pacientes

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	2	4
Mediana	5	5
Percentil 75	7	6



Profesionales

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	6	4
Mediana	8	4
Percentil 75	8	6



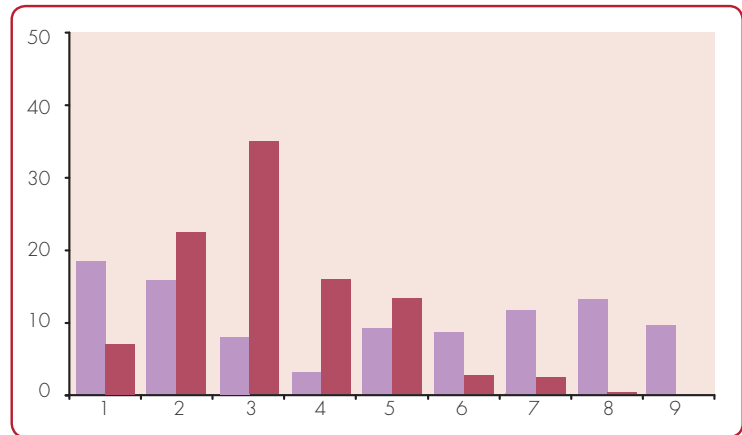
sigue en la página siguiente

Tabla nº 5. Comparación posicionamiento ante escenarios de co-pago: políticos, pacientes y profesionales

Co-pago por aportación terapéutica

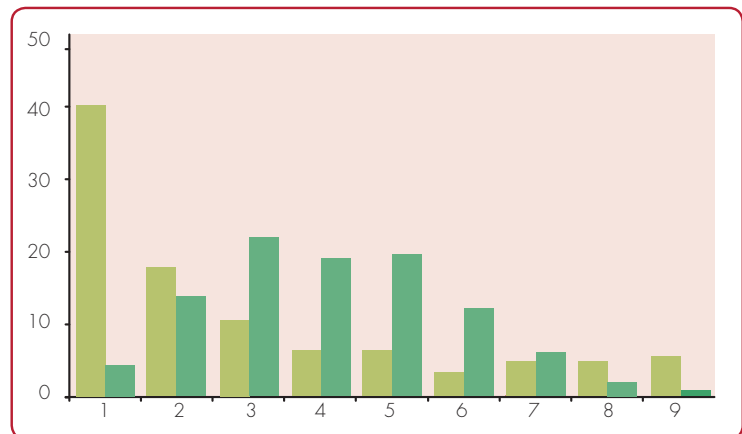
Políticos

	Pronóstico	Deseo
P25	2	2
Med	3	5
P75	4	8



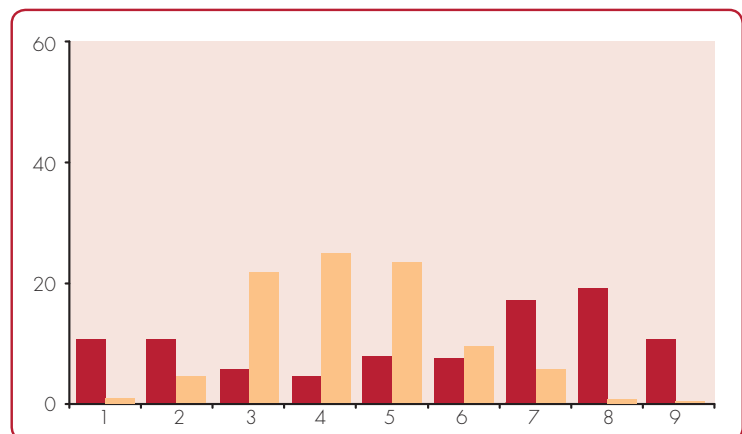
Pacientes

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	1	3
Mediana	2	4
Percentil 75	5	5



Profesionales

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	3	3
Mediana	7	4
Percentil 75	8	5



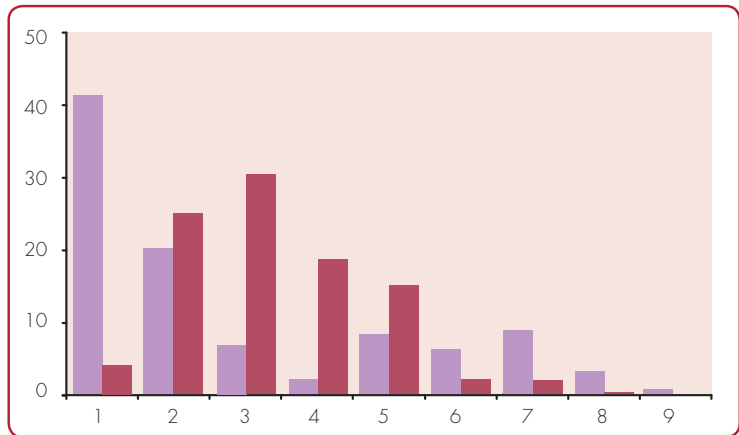
sigue en la página siguiente

Tabla nº 5. Comparación posicionamiento ante escenarios de co-pago: políticos, pacientes y profesionales

Co-pago por prestaciones asistenciales

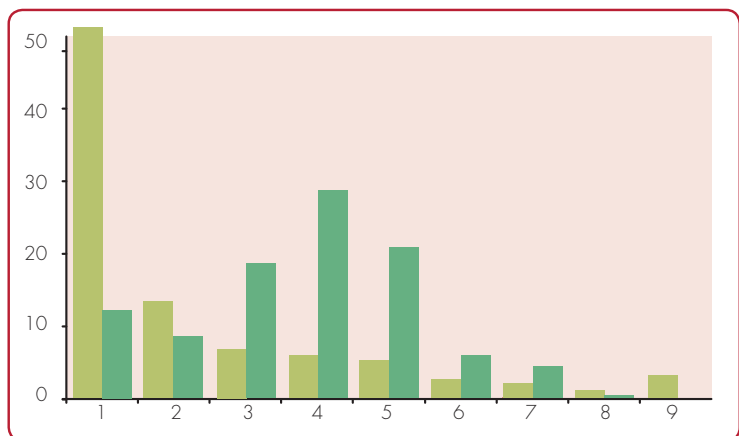
Políticos

	Pronóstico	Deseo
P25	2	1
Med	3	2
P75	4	5



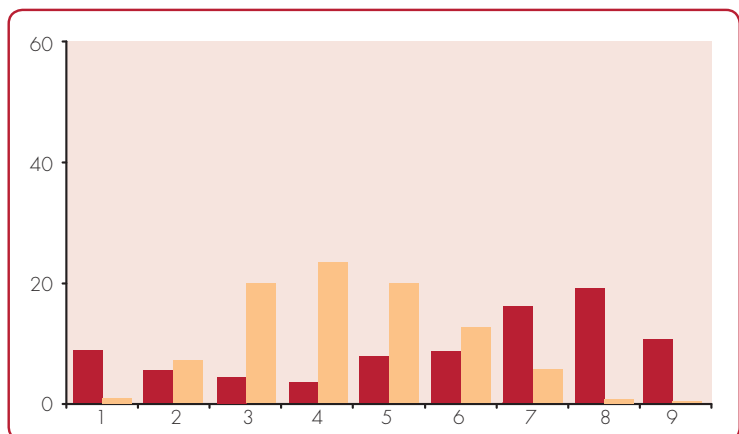
Pacientes

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	1	3
Mediana	1	4
Percentil 75	3	5



Profesionales

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	5	3
Mediana	7	4
Percentil 75	8	5

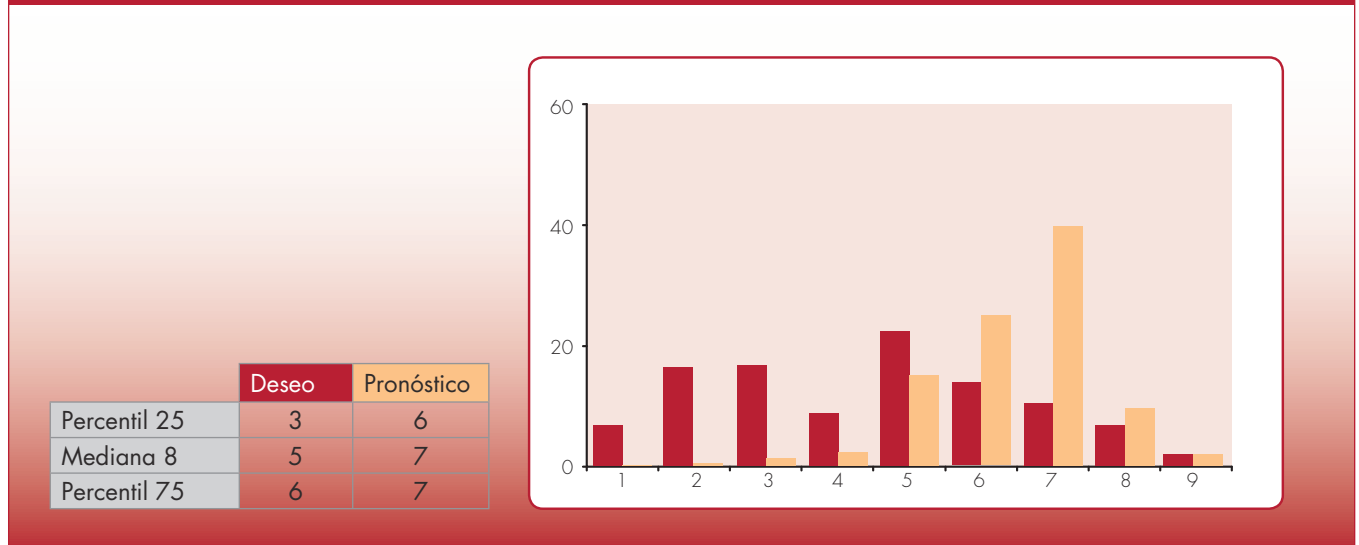


sigue en la página siguiente

5.1.4. Seguros y mutuas privadas

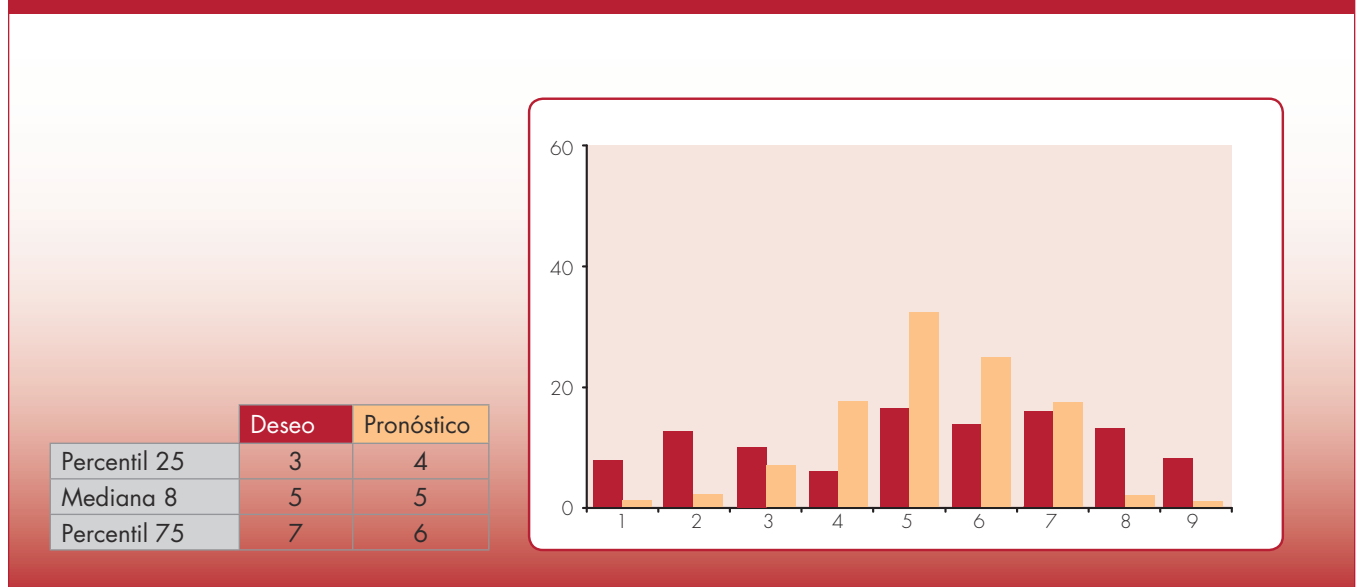
Respecto al impacto de la recesión en la utilización de la sanidad privada y pública (figura 21) existe cierta dispersión en la expresión de deseo ante el escenario propuesto, con mediana en 5, que contrasta con la credibilidad del escenario para el panel, que de mediana sitúa su pronóstico en 7, y por tanto espera en su mayoría que se incremente la presión asistencial en la sanidad pública derivada de un menor uso de recursos privados.

Figura 21: Cuestión 1.41. Los efectos de la recesión económica reducirán la utilización de la medicina privada y presionaran sobre la demanda de la sanidad pública, universal de financiación impositiva.



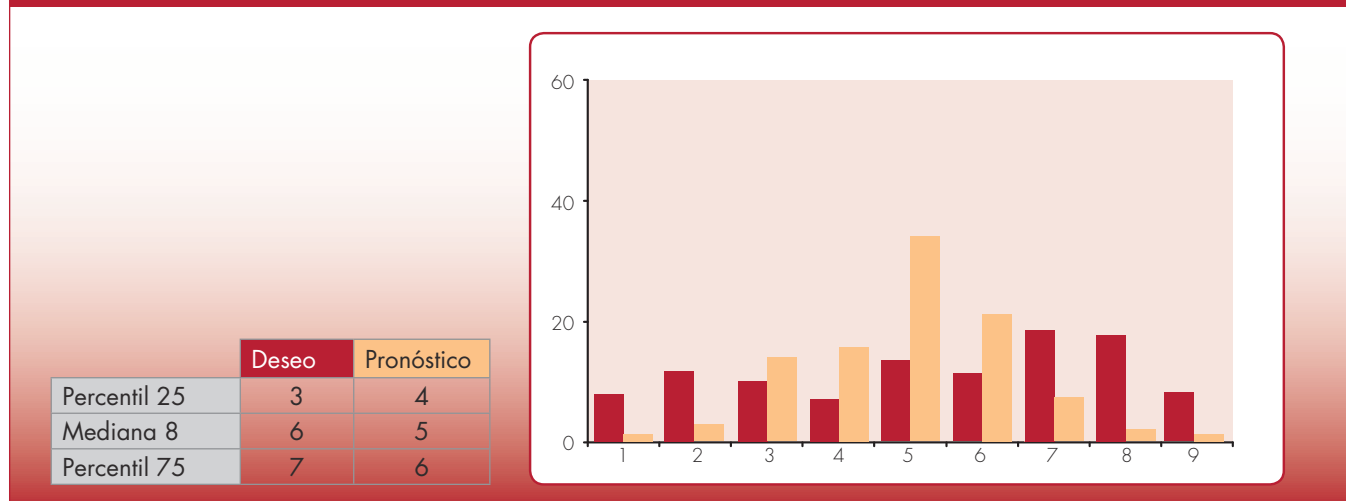
En relación con la suscripción de pólizas de seguro privado (figura 22), tanto deseos como pronósticos presentan distribuciones dispersas con mediana situada en 5, reflejando posiblemente indiferencia o neutralidad ante el escenario.

Figura 22: Cuestión 1.42. Se favorecerá fiscalmente la suscripción de pólizas de seguro privado suplementario.



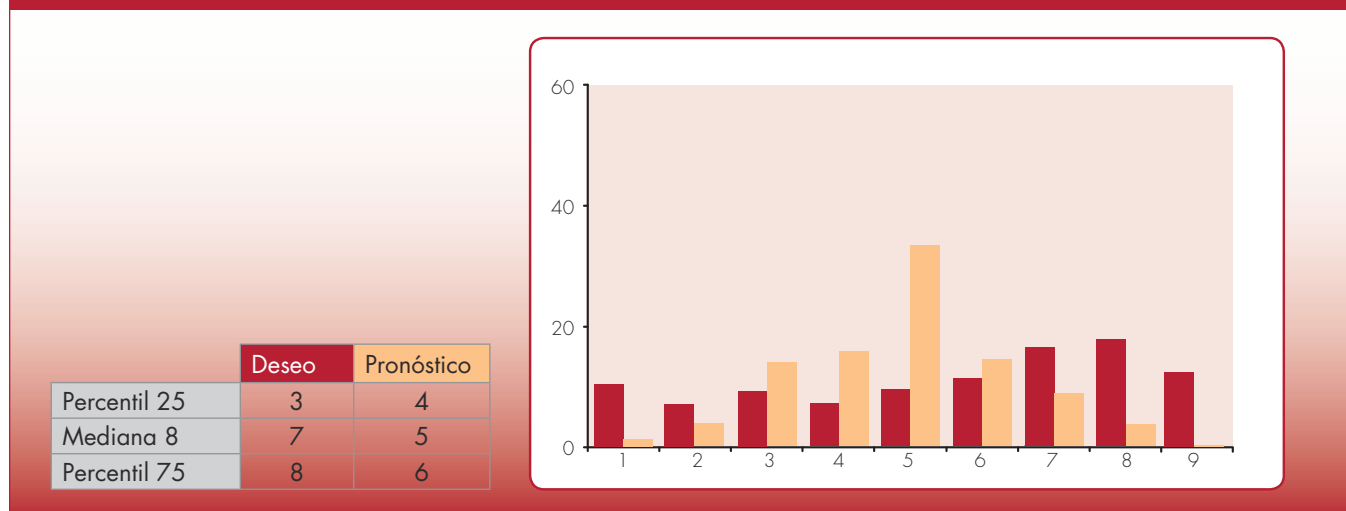
La posibilidad de elegir entre diferentes coberturas aseguradoras (figura 23) suscitó una gran disparidad de opiniones en el panel, plasmada en la elevada dispersión de las respuestas de deseo. En relación con los pronósticos, de nuevo el panel se agrupó en torno a posiciones centrales de indefinición. Cabe destacar, por comparación con el panel de políticos y altos cargos de la sanidad pública, que estos últimos manifestaron de forma un fuerte rechazo a este escenario y una gran incredulidad acerca de su posible materialización.

Figura 23: Cuestión 1.43. En los próximos 15 años el ciudadano podrá elegir entre un abanico de pólizas de cobertura pública y provisión privada.



El panel se decantó en su mayoría (aunque no sin una importante dispersión) por apoyar un escenario de modernización de las fórmulas retributivas (especialmente los médicos especialistas asistenciales), aunque de nuevo los pronósticos de ocurrencia se sitúan en posiciones centrales de desconfianza en su desarrollo real (figura 24).

Figura 24: Cuestión 1.44. Se implantarán fórmulas retributivas que incorporen incentivos económicos y de desarrollo profesional a los profesionales que acepten la transferencia de riesgos financieros asociados a su práctica clínica.



5.2. SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SANITARIA

Este apartado corresponde a las predicciones -deseos y pronósticos- de los panelistas en relación a las principales prestaciones de Salud Pública y los distintos niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

De manera coincidente con los deseos expresados por políticos y usuarios del SNS, los panelistas consultados son

unánimes en la adhesión a invertir eventuales aumentos presupuestarios en acciones y programas no sanitarios y transversales – implicando a todos los Departamentos y Consejerías de la administración sanitaria – tales como vivienda protegida, protección social a grupos marginales, modernización de la prestación de desempleo, cloración de las aguas, seguridad alimentaria, conciliación de la vida familiar y el trabajo, etc. En sentido inverso – rechazo – el colectivo se muestra claramente contrario a cualquier nivel de tolerancia en las intervenciones de reducción del consumo de tabaco, alcohol y drogas. En ambos los pronósticos son de escepticismo.

En la batería de propuestas para el robustecimiento de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria destaca, en un contexto general de unanimidad en el deseo de realización de las propuestas y ambigüedad o pesimismo en cuanto al pronóstico de ocurrencia, el marcado contraste entre la aceptación y la predicción negativa de ocurrencia de la introducción de la figura del coordinador de cuidados, la creación de centros de A.P. con personalidad jurídica propia y contratación de actividad asistencial pública y la incentivación económica de los ingresos de los profesionales comprometidos con la asunción de riesgos financieros asociados a su compromiso corporativo y su práctica asistencial. El posicionamiento del panel en relación con los escenarios propuestos relativos a la asistencia especializada ofrecen una pauta general dicotómica entre la unanimidad en su aceptación y el escepticismo y la indeterminación en los correspondientes pronósticos.

Llama especialmente la atención la singular diferencia entre deseo favorable y pronóstico negativo en la propuesta de que la financiación de los centros asistenciales se base en la capacidad sostenida de competir de los mismos.

A registrar la coincidencia en el consenso de los panelistas y los usuarios del SNS en el deseo de transparencia en el acceso general al conocimiento de la experiencia asistencial de los pacientes y su satisfacción con la calidad y el desempeño profesional.

Como los panelistas de la consulta a usuarios y pacientes del SNS se registra unanimidad en el rechazo la sustitución terapéutica, en la prestación farmacéutica, sin autorización del prescriptor.

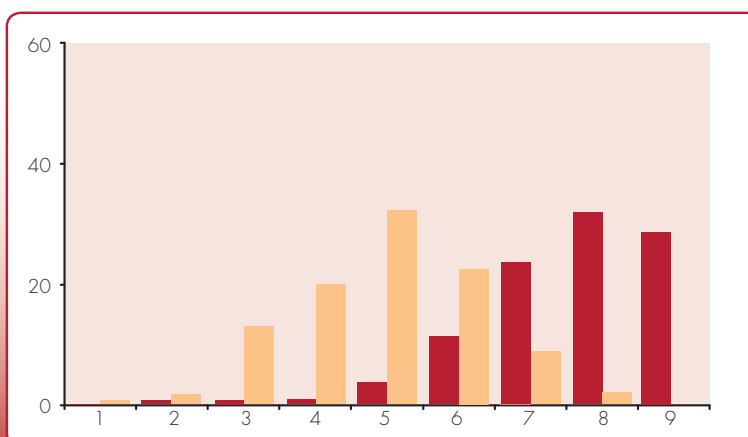
Es importante registrar la coincidencia mayoritaria en el deseo de que la enfermería asuma responsabilidades de prescripción bajo supervisión médica, así como el consenso absoluto en el rechazo – sin confianza en el pronóstico de disminución – al aumento de circulación de copias fraudulentas de productos farmacéuticos.

5.2.1. Salud Pública

Ante la pregunta acerca de la desviación en el futuro de recursos públicos a sectores no sanitarios pero con un fuerte impacto sobre la salud colectiva (figura 25), el panel muestra un marcado de deseo de ocurrencia (mediana: 8; rango intercuartil: 7-9), en contraste con un pronóstico incierto, con mediana en la puntuación central 5. El panel de políticos se mostró en su día menos favorable a dicho trasvase.

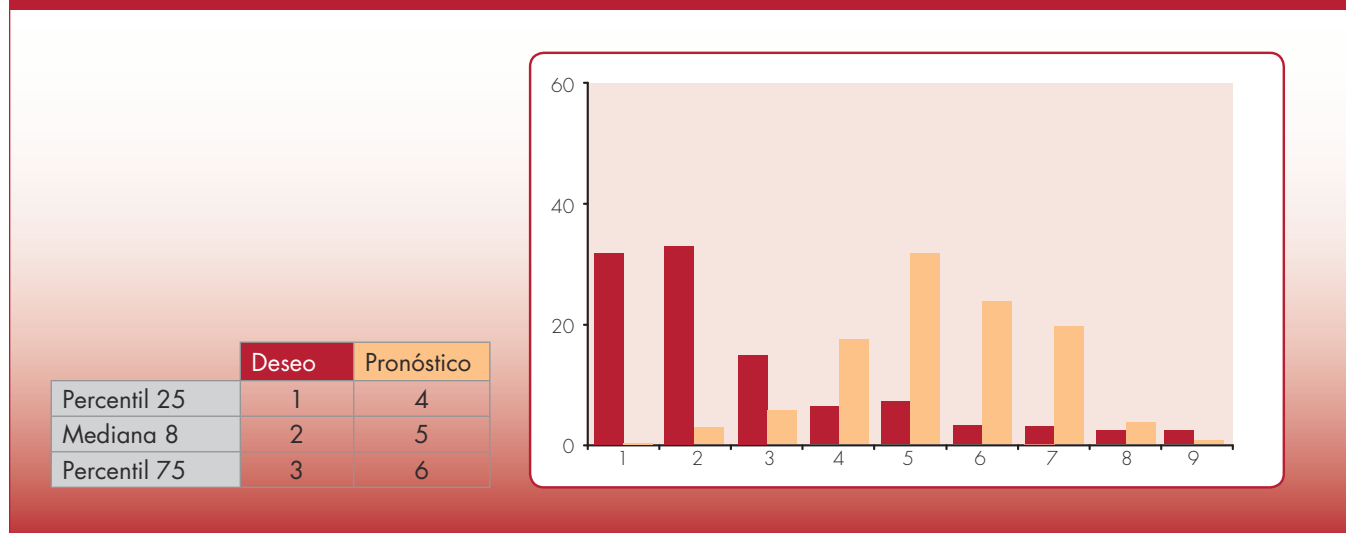
Figura 25: Cuestión 2.11. Los ciudadanos preferirán invertir parte de eventuales aumentos del presupuesto público en servicios que tengan un fuerte y demostrado impacto en la mejora de la salud colectiva (conciliación actividad laboral y vida familiar, vivienda protegida, prevención).

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	4
Mediana 8	8	5
Percentil 75	9	6



El panel rechaza decididamente que se mantengan bolsas de tolerancia en la aplicación de las políticas de Salud Pública contra el tabaquismo (mediana: 2; rango intercuartil: 1-3), sin embargo el pronóstico dista de ser optimista, mostrando una escasa confianza en que se adopten estrategias más decididas en este aspecto.

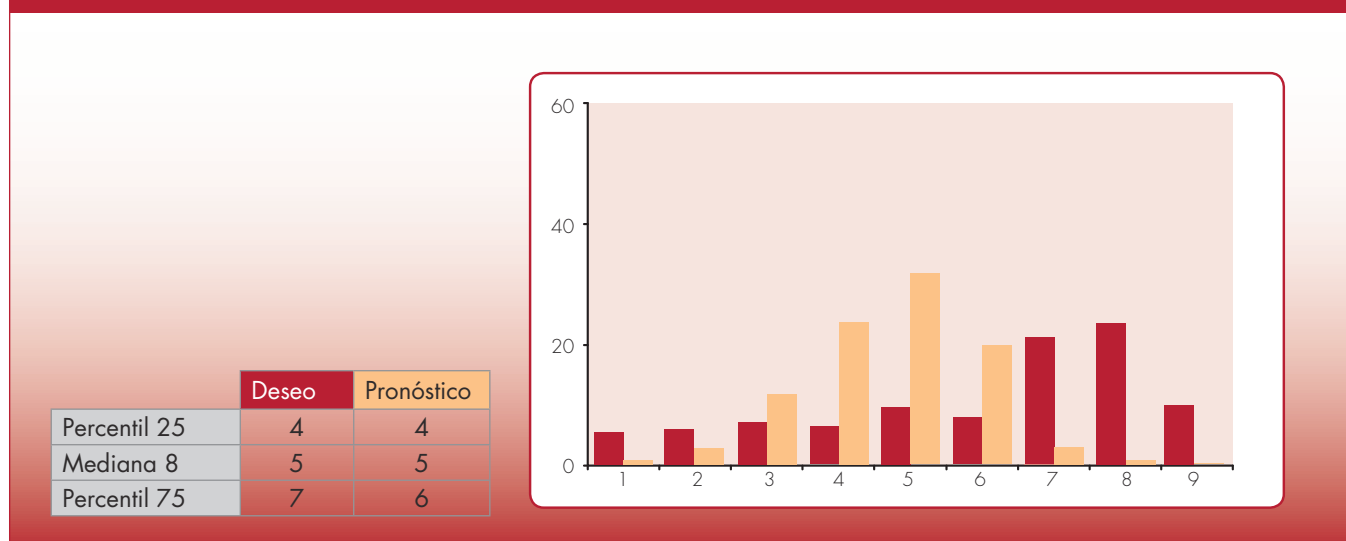
Figura 26: Cuestión 2.12. Se mantendrá cierta tolerancia así como intervenciones poco decididas ante el consumo de tabaco y alcohol.



5.2.2. Atención Primaria

La potenciación de la capacidad resolutive Atención Primaria suscita la adhesión de gran parte del panel, mientras que el pronóstico de ocurrencia de nuevo refleja indefinición sobre la materialización de este escenario.

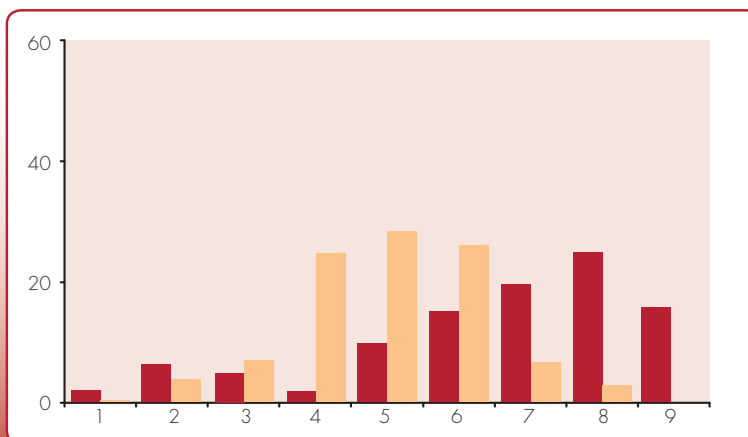
Figura 27: Cuestión 2.21. Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria separando la gestión clínica de la gestión operativa y financiera.



La siguiente cuestión (figura 28) muestra gran parte de panel expresando su deseo de que la Atención Primaria modernice su sistema organizativo y retributivo, frente a pronósticos reservados.

Figura 28: Cuestión 2.22. Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria vinculando la retribución e incentivos a la asunción de riesgo financiero, liderazgo y autonomía de gestión.

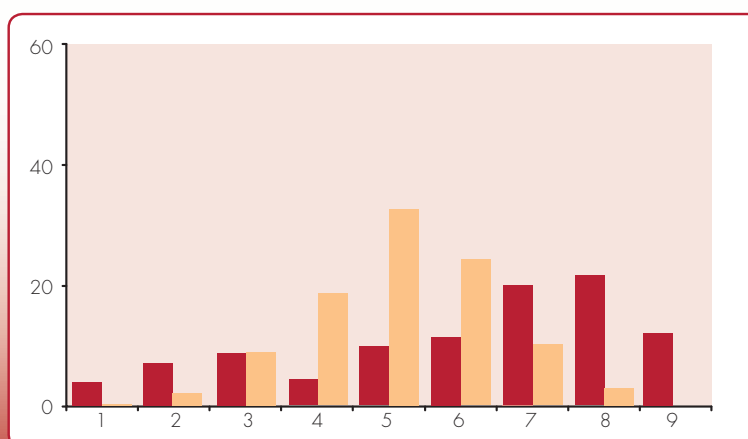
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	6	4
Mediana 8	7	5
Percentil 75	8	6



Esto mismo sucede en la siguiente cuestión (figura 29), con un posicionamiento del panel superponible a los anteriores: gran parte de panelistas expresan su deseo por experimentar con nuevas fórmulas organizativas en la atención primaria, mientras que no hay posiciones de pronóstico que apuesten por su efectiva puesta en marcha con la misma intensidad.

Figura 29: Cuestión 2.23. Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria incentivando la creación y desarrollo de centros de AP con personalidad jurídica propia y contratación de actividad asistencial pública.

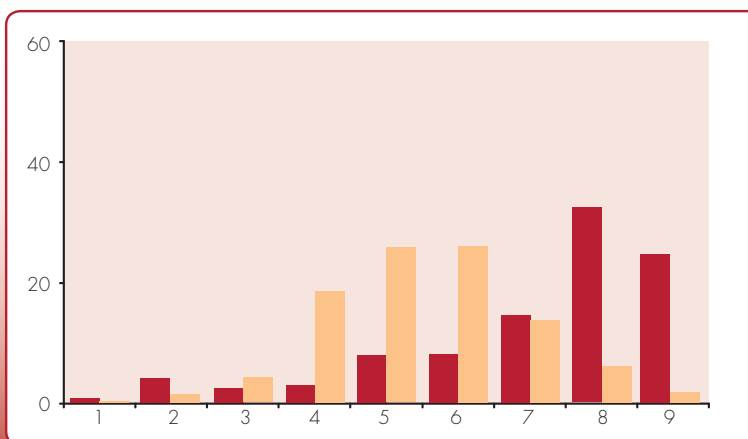
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	5	4
Mediana 8	7	5
Percentil 75	8	6



Mayor intensidad adquiere la expresión de deseo en relación con la capacidad de elección de centro y médico (figura 30), y de nuevo un pronóstico de escepticismo con la mayoría de los panelistas posicionados en valores centrales de la escala.

Figura 30: Cuestión 2.24. Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria estableciendo y desarrollando la libre elección de centro de salud y de médico.

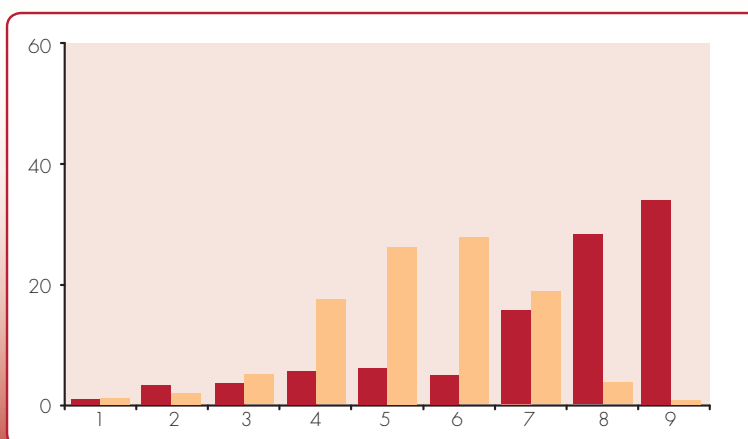
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	6	4
Mediana 8	8	5
Percentil 75	8	6



La posibilidad de que los centros de atención primaria adapten sus horarios a los de los usuarios (figura 31) suscita una adhesión muy marcada por parte del panel (mediana: 8; rango intercuartil: 7-9). El pronóstico, sin embargo, sigue la tónica de las respuestas previas: mediana del grupo en 5 y las puntuaciones muy agrupadas en torno a este valor.

Figura 31: Cuestión 2.25. Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria estableciendo horarios congruentes y adaptados a la jornada escolar y laboral de los usuarios de la sanidad pública.

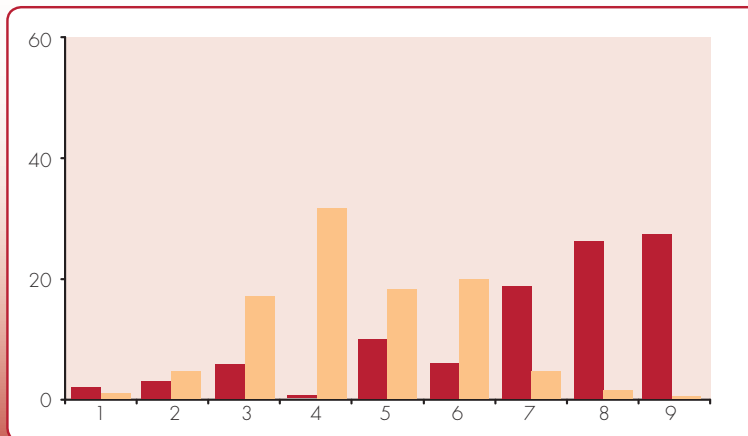
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	5
Mediana 8	8	5
Percentil 75	9	6



La creación de la figura del coordinador de cuidados (figura 32) es una medida que suscitó un claro apoyo por parte del panel, especialmente por los panelistas de enfermería, en coincidencia con el colectivo de usuarios del SNS consultado en un Delphi anterior. El pronóstico de ocurrencia se mostró negativo.

Figura 32: Cuestión 2.26. Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria creando la figura del coordinador de cuidados, claramente identificable por los usuarios que, asumirá la responsabilidad de su educación sanitaria, su adhesión al tratamiento y su seguimiento longitudinal.

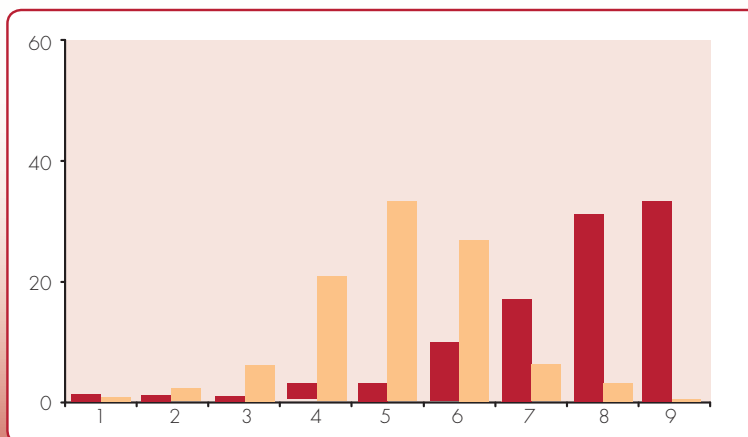
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	6	4
Mediana 8	8	4
Percentil 75	9	6



La integración de niveles asistenciales encaminada a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria también suscitó un elevado deseo de ocurrencia junto a un pronóstico incierto. Los panelistas de enfermería mostraron una fuerte adhesión a este escenario.

Figura 33: Cuestión 2.27. Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria integrando niveles asistenciales como respuesta a la presión asistencial y a la demanda generada por la creciente cronificación de las patologías y las prestaciones amparadas por el aseguramiento de la "dependencia".

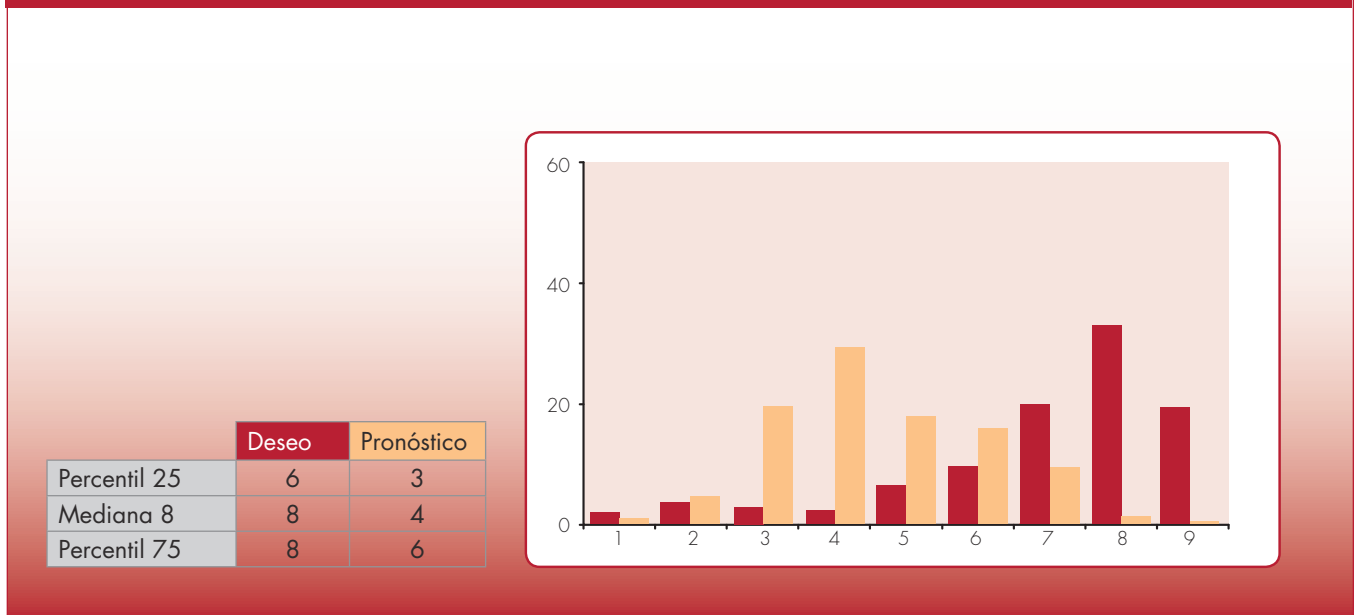
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	4
Mediana 8	8	5
Percentil 75	9	6



5.2.3. Atención Especializada

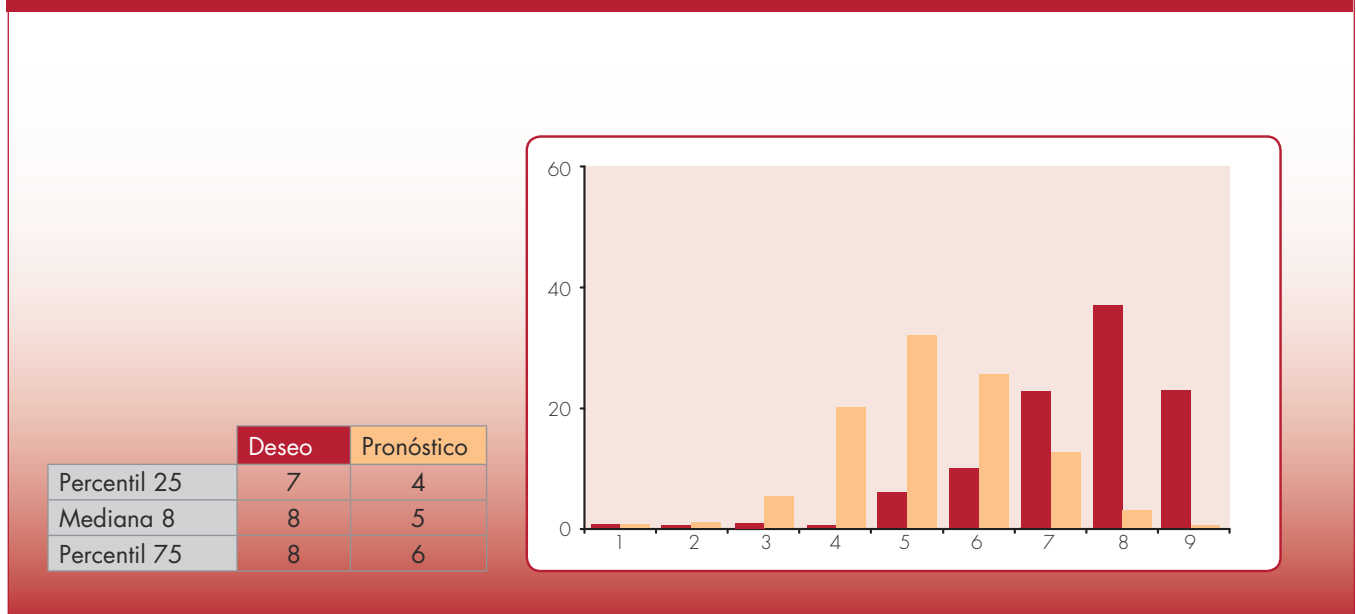
Respecto a que se introduzcan elementos de competencia entre los centros sanitarios, el panel expresó un destacable deseo de ocurrencia (figura 34), mientras que el pronóstico fue más bien de desconfianza, agrupándose en torno a la mediana de 4, aun con algunas posiciones de convencimiento moderado.

Figura 34: Cuestión 2.31. Los centros asistenciales competirán en la obtención de recursos a partir de sus resultados en salud y su capacidad para atraer y satisfacer a los pacientes.



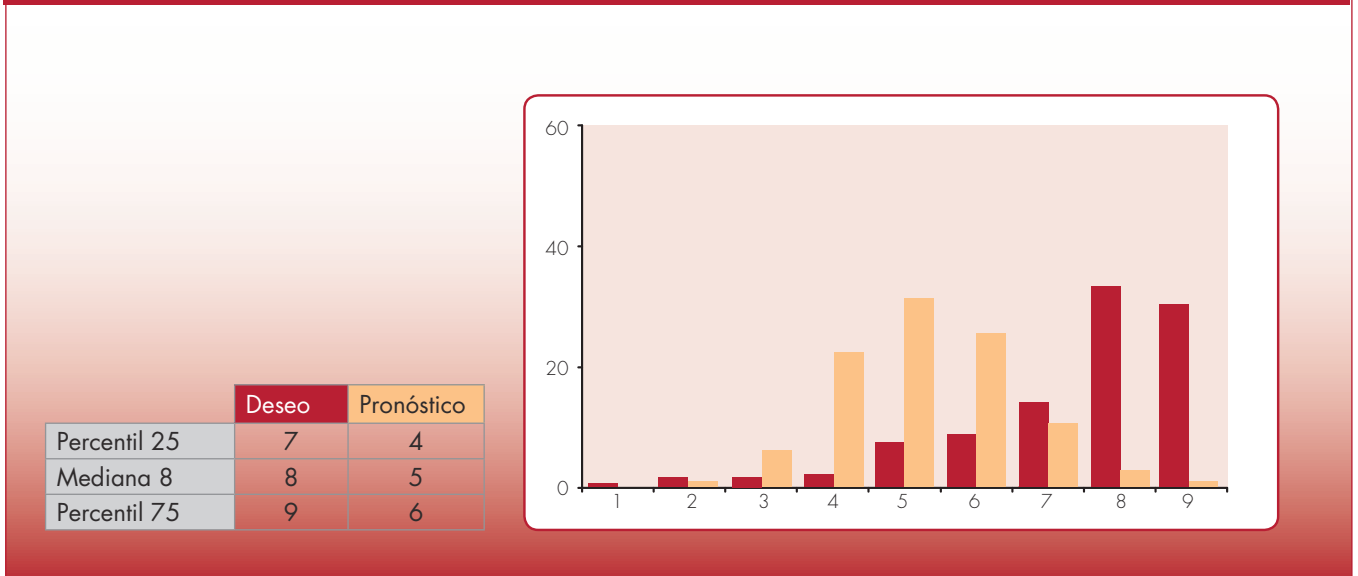
Se desea (mediana: 8) pero no se pronostica con la misma intensidad (mediana: 5) que los centros de cercanía ganen peso frente a la hospitalización convencional (figura 35).

Figura 35: Cuestión 2.32. La atención en centros asistenciales de “cercanía” ganarán peso frente a la actual hospitalización con internamiento convencional.



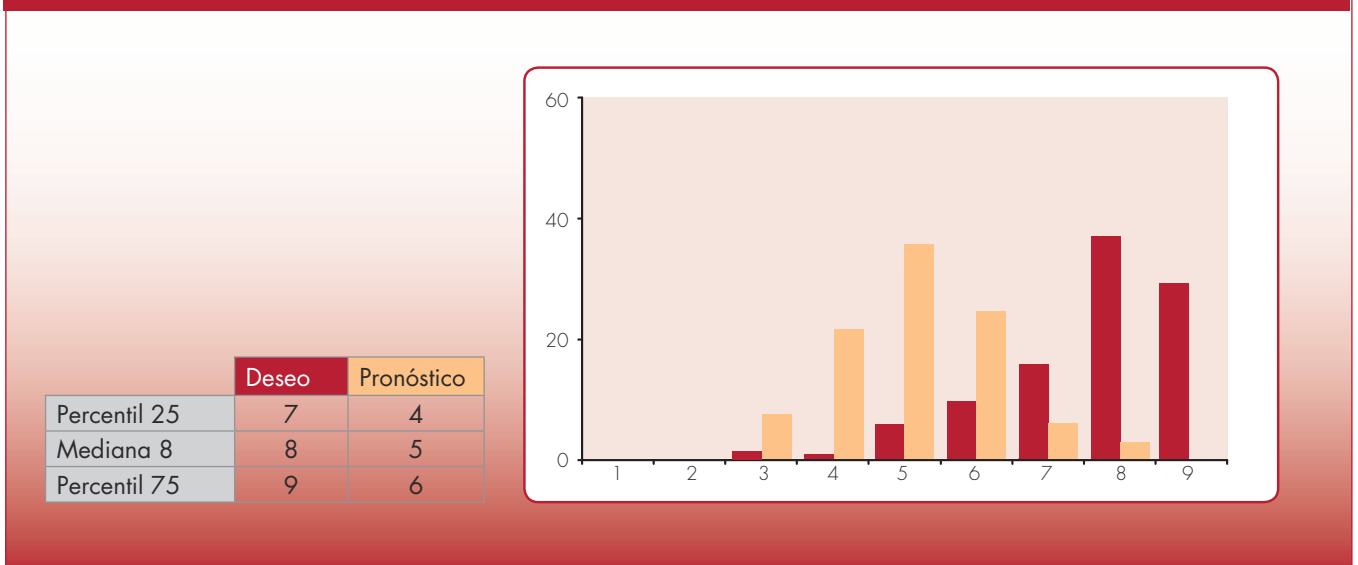
La figura 36 muestra la fuerte expresión de deseo por parte del panel en relación con la publicitación de las experiencias de los pacientes con el sistema sanitario, de nuevo en contraste con una expresión de pronóstico indefinida, con mediana en 5.

Figura 36: Cuestión 2.33. Serán del dominio público las experiencias de los pacientes en relación con el acceso, demoras, itinerarios asistenciales, atención recibida y resultados de las intervenciones así como el respeto y la consideración a su dignidad.



La disminución de la variabilidad en la práctica clínica y la adhesión a las evidencias científicas para su reducción es otro de los escenarios de futuro que suscitaron una adhesión generalizada del panel que, como en los casos anteriores, también se mostró prudente respecto al pronóstico de ocurrencia de este escenario (figura 37).

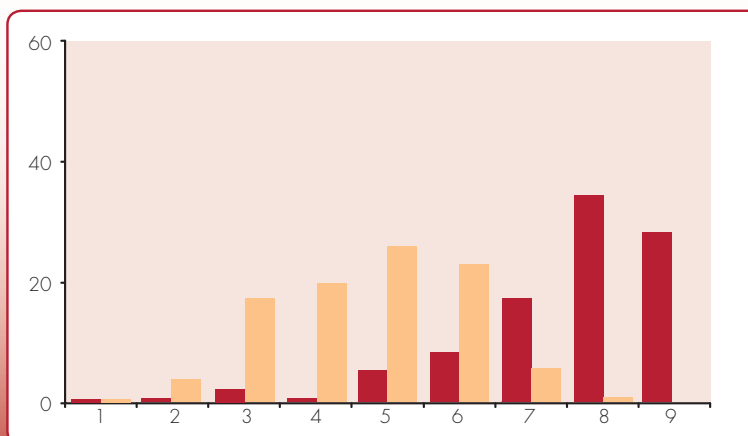
Figura 37: Cuestión 2.34. El conocimiento generalizado de la variabilidad territorial no explicada de la práctica clínica, contribuirá a impulsar la adhesión de los profesionales a procedimientos encaminados a su reducción basados en la disponibilidad de evidencia de base científica.



El derecho a la elección informada por parte del paciente (figura 38) también hermana a la mayoría del panel en su expresión de deseo de ocurrencia, mientras que la expresión de pronóstica es menos informativa.

Figura 38: Cuestión 2.35. Los usuarios de la sanidad pública tendrán derecho garantizado a elegir, con la debida información, dónde, cuando, cómo y por parte de quién desean ser atendidos.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	4
Mediana 8	8	5
Percentil 75	9	6

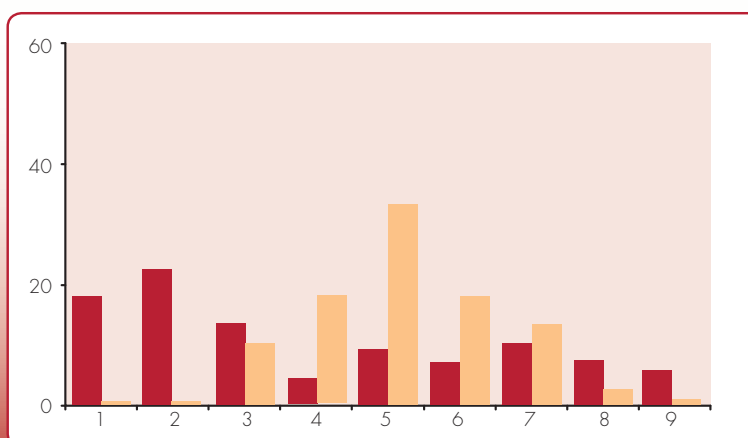


5.2.4. Prestación Farmacéutica

El panel muestra su rechazo a la sustitución terapéutica sin autorización del prescriptor en la oficina de farmacia y sus consecuencias, con reservas acerca del pronóstico sobre su implantación y consolidación. En el pronóstico la mayor parte del panel se situó en posiciones centrales (figura 39). En términos idénticos se pronunció el grupo de usuarios y pacientes del SNS consultado al respecto.

Figura 39: Cuestión 2.41. La sustitución terapéutica sin autorización del prescriptor en la ofi-

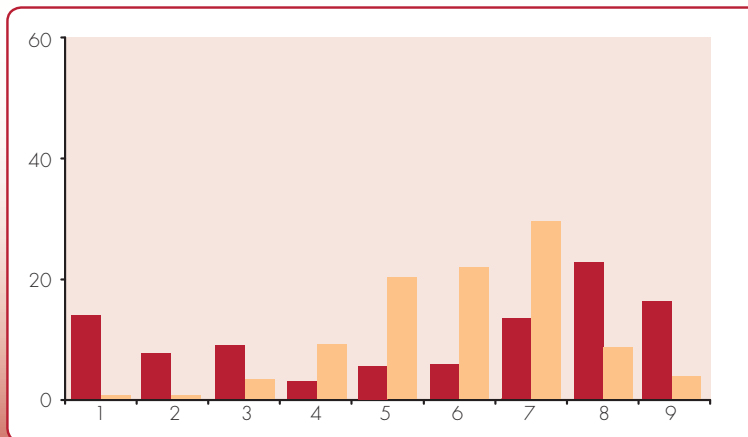
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	2	4
Mediana 8	3	5
Percentil 75	6	6



El panel mostró una gran dispersión en la expresión de deseos en relación con la asunción de responsabilidades de prescripción por parte de los profesionales de enfermería, con un pronóstico también templado, pero esta vez ligeramente decantado del lado posibilista, con mediana en 6 (figura 40). Esta posición contrasta con la posición expresada por el panel de usuarios y pacientes del SNS de rechazo sin paliativos y pronóstico negativo.

Figura 40: Cuestión 2.42. Los profesionales de enfermería asumirán responsabilidades de prescripción bajo la supervisión de médicos.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	3	5
Mediana 8	7	6
Percentil 75	8	7

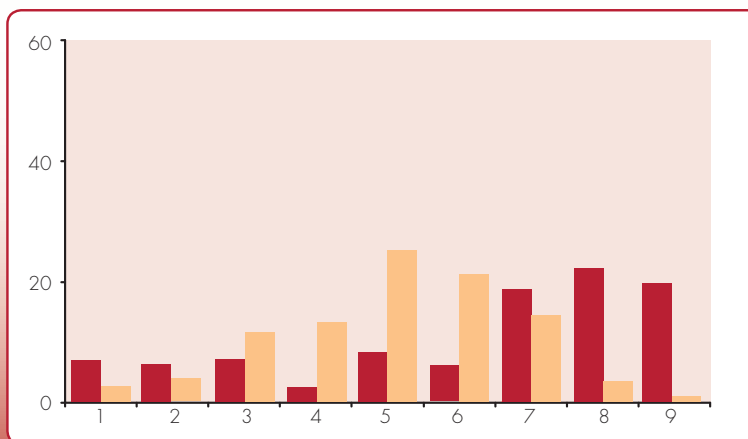


La mayoría de panelistas manifestó su deseo de que los Centros de Atención puedan dispensar la prestación farmacéutica general y en determinados casos, en contraste con un pronóstico más reservado.

También contrasta el deseo del panel con el expresado por el panel de políticos en una consulta anterior, mucho más ambiguo y centrado en posiciones de indefinición.

Figura 41: Cuestión 2.43. Los centros de AP dispensarán la prestación farmacéutica general y de las residencias de enfermos crónicos y personas ancianas con limitaciones severas.

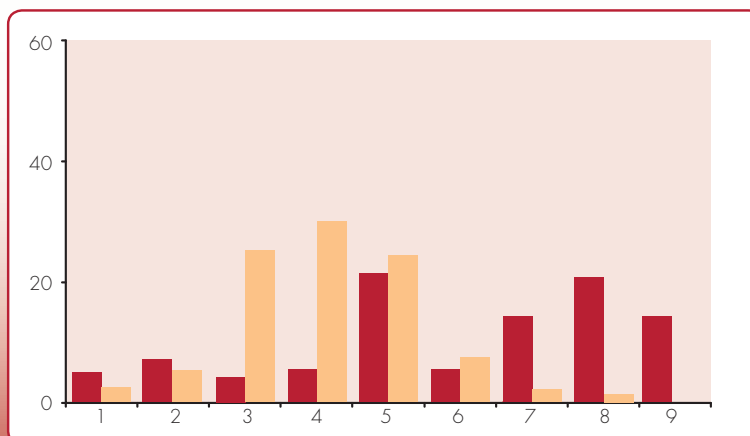
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	5	4
Mediana 8	7	5
Percentil 75	8	6



El panel expresó un deseo mayoritario de que se produzca el escenario propuesto en el futuro, aunque no sin cierta dispersión, mientras que en este caso el pronóstico de grupo es ligeramente negativo, con mediana en 4 (figura 42). Los panelistas con cargos en las Administraciones Sanitarias y los investigadores mostraron un menor nivel de consenso.

Figura 42: Cuestión 2.44. Se eliminarán las listas negativas de medicamentos autorizados y financiados legalmente y la incentivación económica de las "listas negativas."

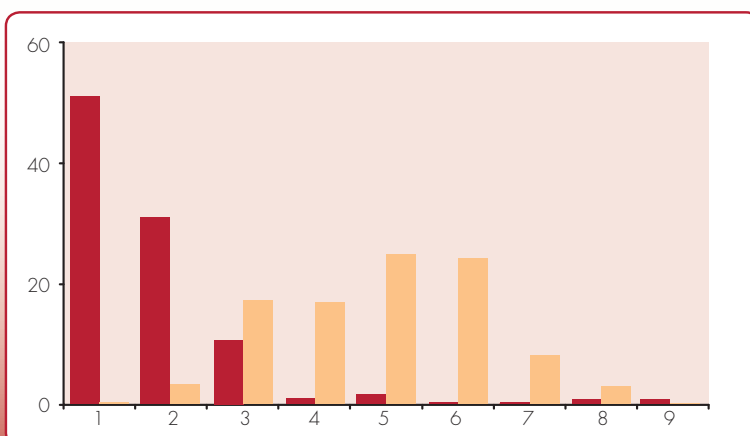
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	5	3
Mediana 8	7	4
Percentil 75	8	5



Los panelistas, con rotundidad (mediana: 1; rango intercuartil: 1-2), se posicionaron en contra del aumento de la circulación de copias ilegales de medicamentos o de productos fraudulentos (figura 43), mientras que el pronóstico de que esto no suceda es más templado y se agrupa en torno a una mediana muy centrada.

Figura 43: Cuestión 2.45. Aumentará la circulación de copias ilegales de medicamentos bajo patente y de productos fraudulentos que se observa en los países europeos con los precios más bajos y el mayor comercio paralelo.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	1	4
Mediana 8	1	5
Percentil 75	2	6



5.3. CENTRALIDAD DEL PACIENTE

En esta sección se presentan las predicciones del panel en relación a la integración de la “centralidad del paciente” en la cultura y autoregulación de las profesiones sanitarias, como respuesta profesional de respeto a la afirmación de la autonomía de los pacientes, consideración de sus valores y preferencias, facilitación de información de calidad sobre prevención, alternativas terapéuticas comprensibles y beneficios y riesgos asociados, y buena comunicación y empatía.

En un cuadro general de aceptación de las propuestas asociadas a la pérdida de hegemonía del “paternalismo” de la medicina tradicional los panelistas sugieren pronósticos prometedores para la preeminencia de los intereses del paciente sobre cualquier otra consideración y la adaptación de los profesionales a la libre circulación de información sobre calidad, desempeño y resultados de las organizaciones asistenciales.

De manera preocupante y pese al rechazo absoluto y unánime de la creciente judicialización de la práctica profesional y el aumento de las agresiones a los profesionales, los panelistas apuntan pronósticos plausibles de ocurrencia en ambos casos.

Es de destacar la sintonía en las predicciones de deseo de los panelistas de la presenta consulta y la correspondiente al Delphi de usuarios y pacientes del SNS, especialmente en lo que respecta a la mejora en la comunicación y en la predicción de descenso en las agresiones.

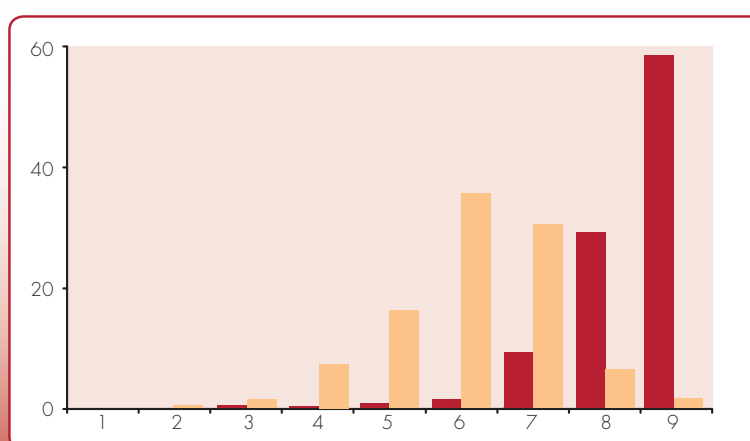
5.3.1. Autonomía del Paciente

El panel mostró un acuerdo muy destacado en el deseo, acompañado de un pronóstico ligeramente optimista, en relación con el progreso desde el “paternalismo” profesional al respeto a la autonomía personal y hegemonía del interés del paciente (figura 44).

Esta posición se corresponde con el fuerte consenso en el deseo manifestado por los panelistas del Delphi de usuarios y pacientes del SNS sobre la mejora significativa de la comunicación, el trato y la empatía de los profesionales.

Figura 44: Cuestión 3.11. En el horizonte temporal – 15 años – la mayoría de la profesión habrá integrado en su comportamiento el cambio desde el “paternalismo” al respeto a la autonomía personal y a la hegemonía del interés del paciente.

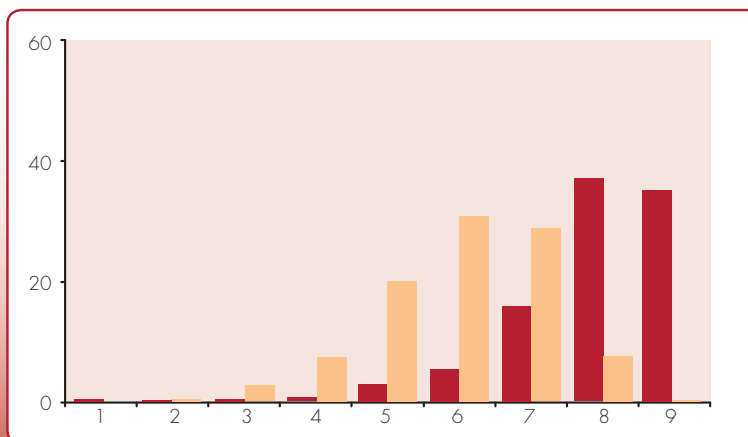
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	5
Mediana 8	9	6
Percentil 75	9	7



En congruencia con la respuesta a la cuestión anterior, el panel se mostró partidario de un futuro con pacientes mejor informados y capacitados para comunicar sus necesidades y, en esta ocasión, con un tímido optimismo en el pronóstico plasmado en mediana de 6 (figura 45).

Figura 45: Cuestión 3.12. En este mismo horizonte el perfil del paciente “pasivo” habrá dado paso a pacientes informados y atentos a que la expresión de sus necesidades sea atendida con preeminencia a las de sus proveedores asistenciales.

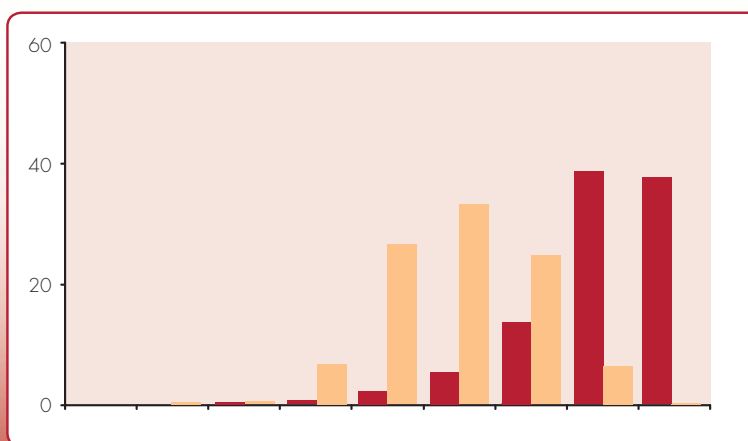
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	5
Mediana 8	8	6
Percentil 75	9	7



En la respuesta a la siguiente cuestión (figura 46), el panel también mostró cierta confianza (pronósticos con mediana de 6) en que las profesiones sanitarias se adapten a la circulación de información asistencial, escenario que suscitó una decidida adhesión del panel, con mediana de deseos en 8.

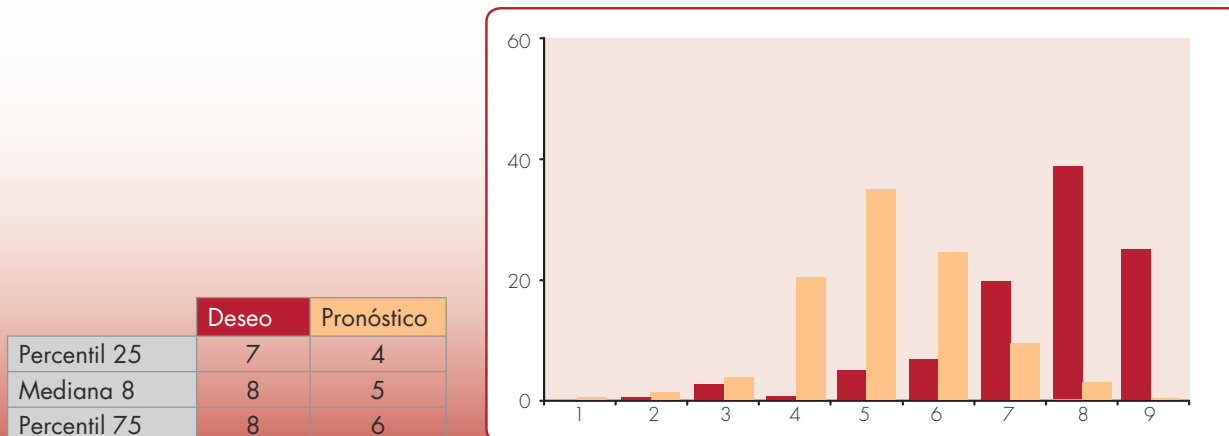
Figura 46: Cuestión 3.13. La profesión se adaptará a las consecuencias de la circulación de información contrastada acerca de la competencia, calidad y resultados de organizaciones asistenciales.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	5
Mediana 8	8	6
Percentil 75	9	7



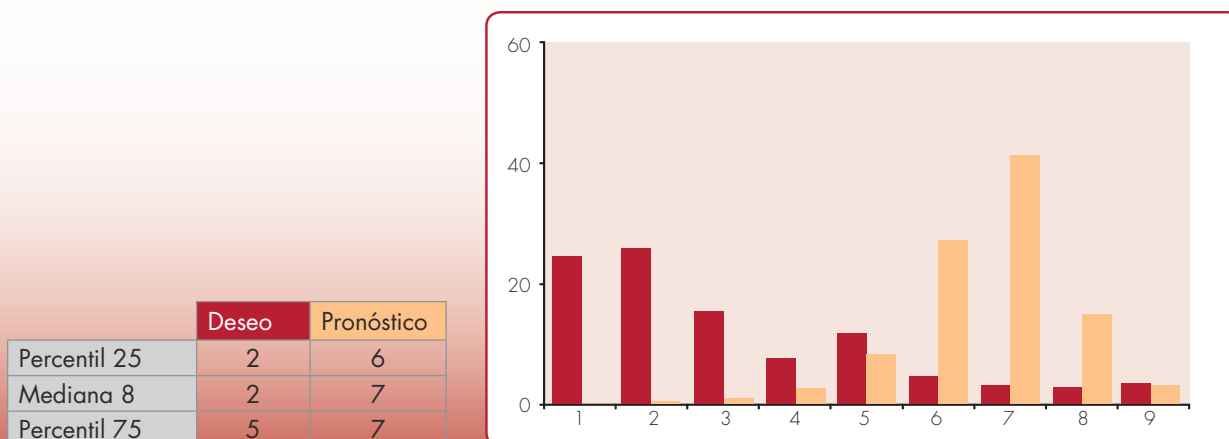
Los panelistas desearon mayoritariamente que la implicación de las organizaciones de pacientes en el desarrollo de la organización asistencial suponga una mejora en el diálogo con la profesión, aunque el pronóstico se centró en valores que sugieren reserva y escasa confianza de ocurrencia (figura 47).

Figura 47: Cuestión 3.14. La consolidación de la implicación de los pacientes organizados en la configuración y desarrollo de la organización asistencial conforme a las necesidades locales mejorará el diálogo con la profesión.



La gran mayoría del panel fueron contrarios a un aumento de la judicialización de los conflictos entre usuarios y sistema sanitario, rechazo que viene acompañado de una pesimista predicción de ocurrencia, con la mayor parte del panel previendo que efectivamente aumentará dicha conflictividad. Esta última posición sería consistente con el pronóstico de desconfianza hacia el reforzamiento de la protección legal del paciente manifestado por el panel de usuarios y pacientes (figura 48).

Figura 48: Cuestión 3.15. Aumentará la judicialización de las reclamaciones de los pacientes por incompetencia y mala práctica profesional.

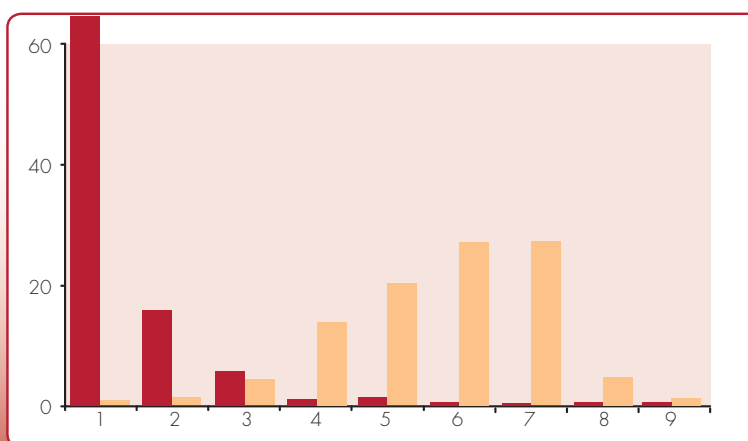


El panel, prácticamente en bloque, rechazó un escenario en que aumenten los casos de agresión al personal sanitario, pero el pronóstico adquiere tintes preocupantes por cuanto existe una mayoría que, aún prudentemente, pronosticó que sí aumentarán dichas agresiones en el futuro (figura 49).

Los panelistas consultados y los miembros del panel de usuarios y pacientes también coincidieron en el rechazo de este escenario en que aumentaban las agresiones a los profesionales de la salud, pero expresaron un pronóstico de mayor confianza en que no se produjera .

Figura 49: Cuestión 3.16. Aumentaran las agresiones a los profesionales por parte de los usuarios de la sanidad pública y de sus y familiares.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	1	5
Mediana 8	1	6
Percentil 75	2	7



5.4. DESAFÍOS PROFESIONALES EMERGENTES

Ante la necesidad de acomodar la reflexión y reinterpretación del rol, la naturaleza y los valores de las profesiones sanitarias a la velocidad sin precedentes del cambio social y el avance biomédico, la consulta ofrece respuestas a como se contempla por los panelistas el futuro inmediato de la confianza de la sociedad en la profesión como principal soporte de la credibilidad y el respeto a los profesionales.

En la dimensión del mantenimiento de la confianza de la sociedad con la profesión destaca tanto la unanimidad en la aceptación como en el pronóstico, claramente positivo, de que la exigencia crítica de los ciudadanos-contribuyentes aumentará en la medida en que se generalice el acceso a la información sobre calidad y resultados de las instituciones y los profesionales.

Los consultados coinciden en la aceptación de la revalidación periódica de competencias como factor decisivo de credibilidad.

Para los panelistas no sólo parece compatible sino que robustece la confianza de la sociedad, la asunción profesional de la identificación del sobre consumo de recursos – unanimidad extrema con pronóstico ambiguo – y la inducción a la utilización responsable de la sanidad pública.

El mantenimiento actualizado de la confianza de la sociedad en el “contrato social” de los profesionales de la salud se basa asimismo en el cumplimiento sin excepciones de una serie de principios y comportamientos básicos, algunos de los cuales han sido propuestos a los panelistas.

El patrón general de respuesta presenta una dicotomía de alta unanimidad en el deseo y pronóstico indefinido. Lo que sugiere la conveniencia de dilucidar las razones profundas de este contraste entre la aceptación sin reservas de la tendencia a la práctica de excelencia sugerida y dificultades de pronóstico de que esta tendencia vaya a materializarse con idéntica convicción.

En este apartado se alcanzan consensos absolutos en el deseo de que no haya la menor tolerancia en la vulneración de la seguridad de los pacientes y el riguroso respeto a la confidencialidad.

Ante la evidencia de que la atención de la más alta calidad depende de una adecuada selección de estudiantes debe mencionarse la llamativa diferencia entre lo deseable y lo posible en el desarrollo y aplicación de instrumentos de selección anticipada de entrantes en la formación.

También se reporta un consenso absoluto con pronóstico levemente positivo para la propuesta de que los estudiantes desarrollaran sus capacidades y competencias en condiciones simuladas antes de enfrentarse con pacientes reales.

El mismo patrón aplica a la formación en competencias relacionales y de comunicación en los planes de estudio.

En la predicción colectiva de la actualización del desarrollo profesional alcanzan consensos absolutos la adhesión a las propuestas de reconocimiento, retribución y promoción de la formación continuada y la actividad investigadora en la innovación de la gestión clínica y la mejora en la prestación de servicios asistenciales.

Asimismo se registra un consenso absoluto en el rechazo a la afirmación de que la feminización creciente de la profesión médica suponga una degradación de su status social.

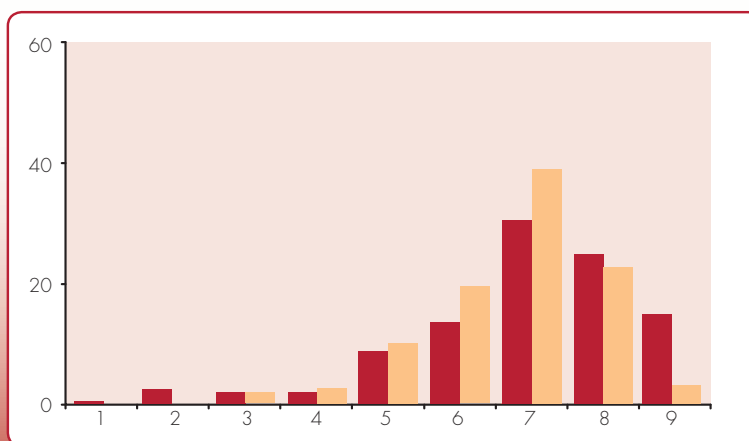
Finalmente merece un análisis más profundo la unanimidad en el pronóstico con una significativa indeterminación en la expresión del deseo sobre la tendencia al incremento en la incorporación de profesionales extranjeros a la práctica asistencial colegiada.

5.4.1. Confianza de la sociedad en los profesionales

En esta ocasión, el panel mostró una expresión de deseos y pronósticos completamente alineados, con una mayoría de posiciones de deseo y de confianza de ocurrencia en que la mayor información sobre calidad de las instituciones sanitarias aumentará la exigencia crítica de los pacientes (figura 50).

Figura 50: Cuestión 4.11. En la medida en que los ciudadanos accedan a la información sobre las diferencias en calidad y resultados de las instituciones y los profesionales sanitarios aumentará su exigencia crítica.

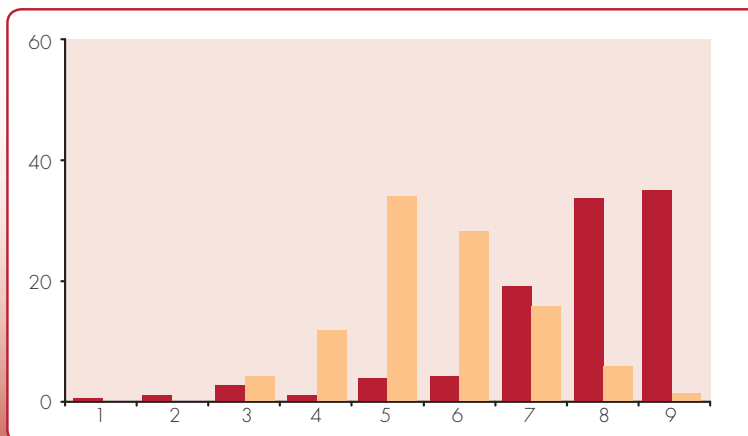
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	6	6
Mediana 8	7	7
Percentil 75	8	8



La integración de la revalidación periódica de las competencias profesionales en los códigos de comportamiento de los profesionales suscitó un marcado deseo de ocurrencia, frente a un pronóstico también positivo, aunque más templado (figura 51).

Figura 51: Cuestión 4.12. En los próximos 15 años la profesión habrá integrado en sus códigos de comportamiento y responsabilidad social la revalidación periódica de sus competencias y capacidad.

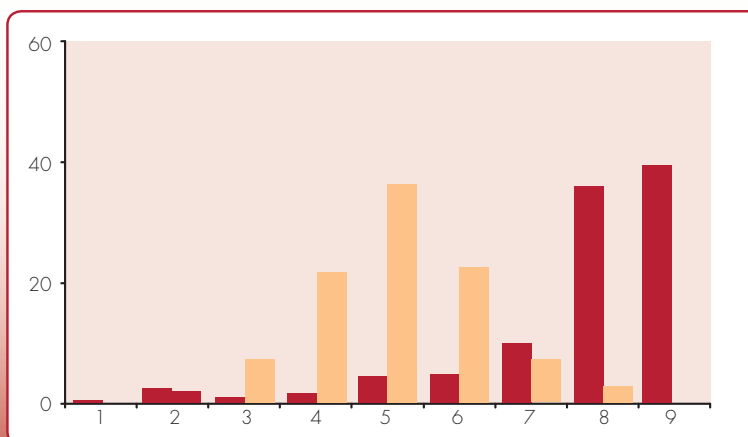
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	5
Mediana 8	8	6
Percentil 75	9	6



En línea con la cuestión anterior, la intensificación en la asunción de responsabilidades de evaluación y uso racional de los recursos por parte de los profesionales suscitó la adhesión decidida del panel a la propuesta, aunque en este caso el pronóstico fue más incierto que en los anteriores (figura 52).

Figura 52: Cuestión 4.13. En los próximos 15 años la profesión se responsabilizará de identificar el sobre consumo y la utilización innecesaria de los recursos asistenciales por parte de los ciudadanos.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	4
Mediana 8	8	5
Percentil 75	9	6

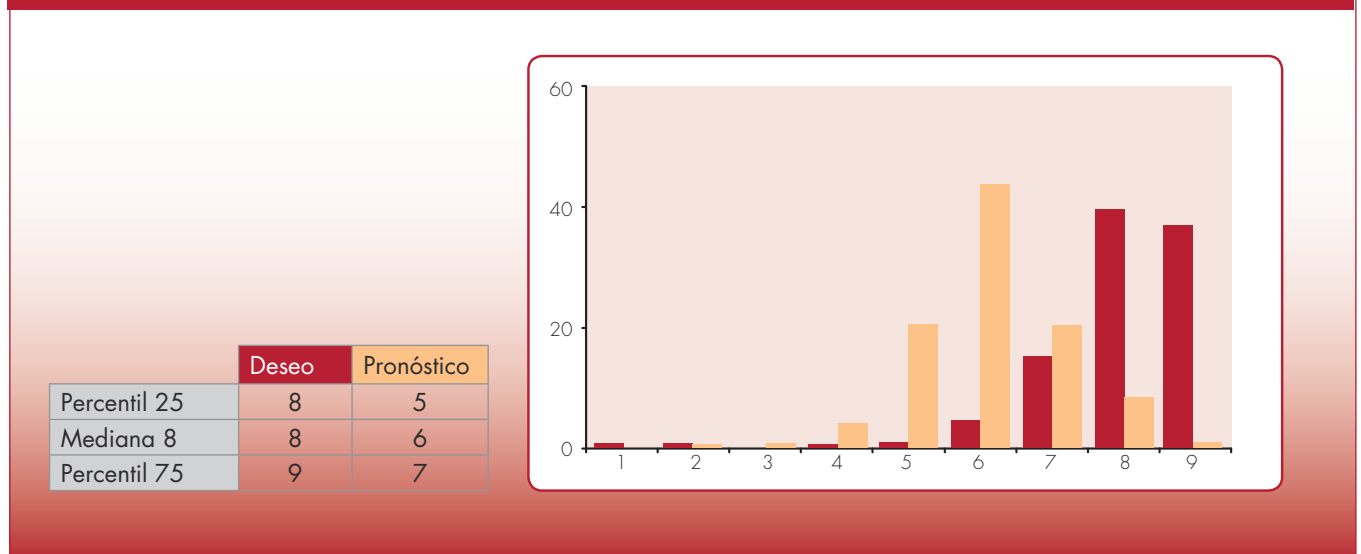


5.4.2 Comunicación, confianza y formación de la profesión.

Este bloque de escenarios – junto con los relacionados con la carrera profesional – mostró en prácticamente todas las preguntas grandes consensos en favor de las propuestas. En contraste, los pronósticos de ocurrencia mostraron escasa confianza en que vaya a ocurrir en el plazo temporal de 15 años lo que el colectivo profesional desea.

Los consultados mostraron su deseo de que la práctica profesional se realice dentro de los límites de las propias competencias personales, con un pronóstico de ocurrencia discreto pero positivo (figura 53).

Figura 53: Cuestión 4.21. Ejercer la práctica dentro de los límites de las competencias del profesional.



Igualmente, los panelistas se adhirieron con claridad a los escenarios de tolerancia cero con la vulneración de la seguridad y el respeto al paciente (figura 54), y del mantenimiento demostrable de conocimientos y competencias (figura 55), con un pronóstico cautelosamente positivo en ambos casos.

Figura 54: Cuestión 4.22. Tolerancia cero con la vulneración de la seguridad y el respeto al paciente.

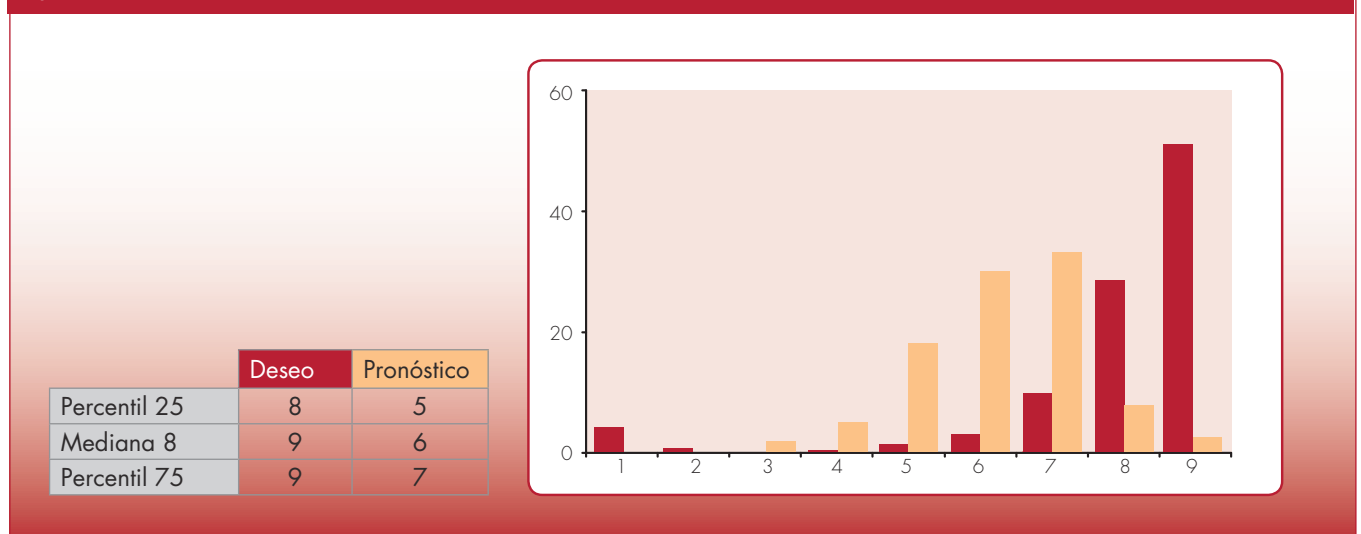
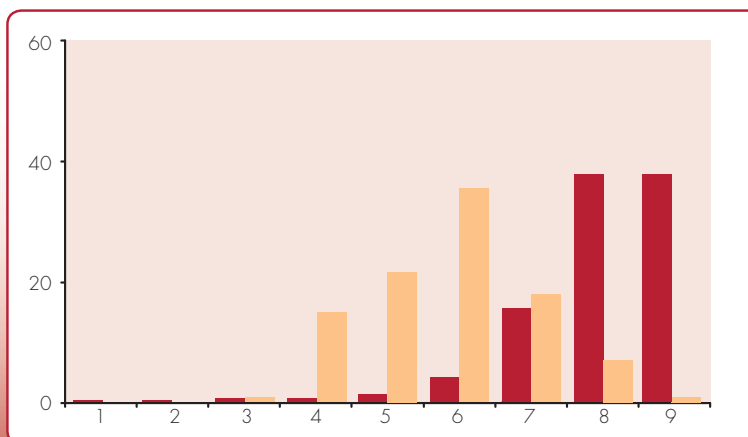


Figura 55: Cuestión 4.23. Mantenimiento demostrable al día de conocimientos y competencias.

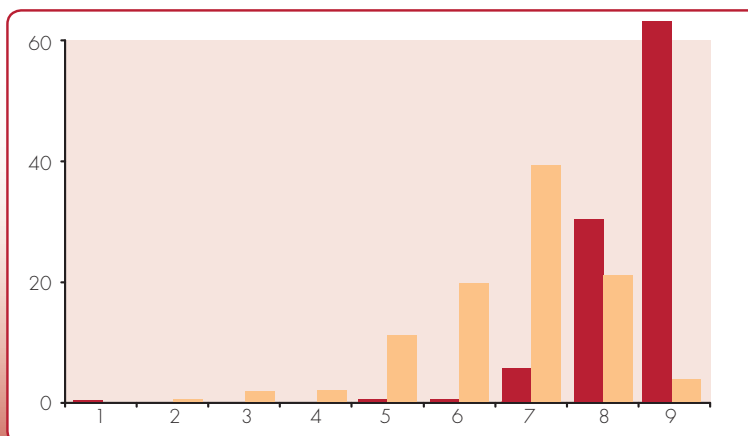
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	5
Mediana 8	8	6
Percentil 75	9	7



En relación al respeto a la confidencialidad, el panel mostró de nuevo un deseo muy acentuado de que este escenario se produzca, pero en esta ocasión manifestaron también una mayor confianza en que así será (mediana de pronósticos: 7).

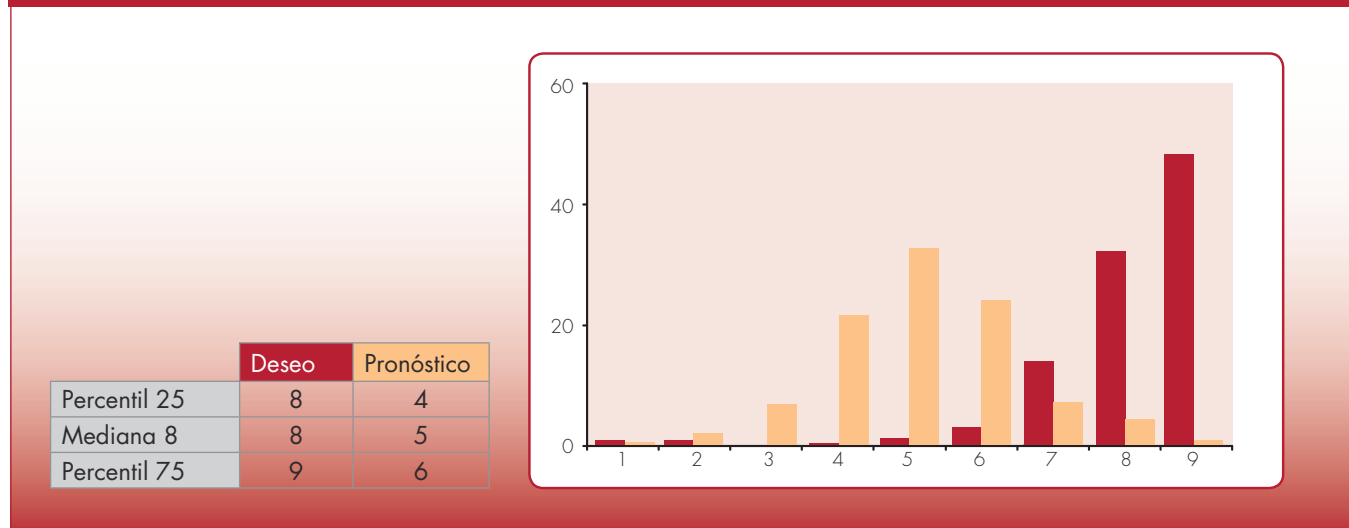
Figura 56: Cuestión 4.24. Respeto a la confidencialidad de manera rigurosa y verificable.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	6
Mediana 8	9	7
Percentil 75	9	7



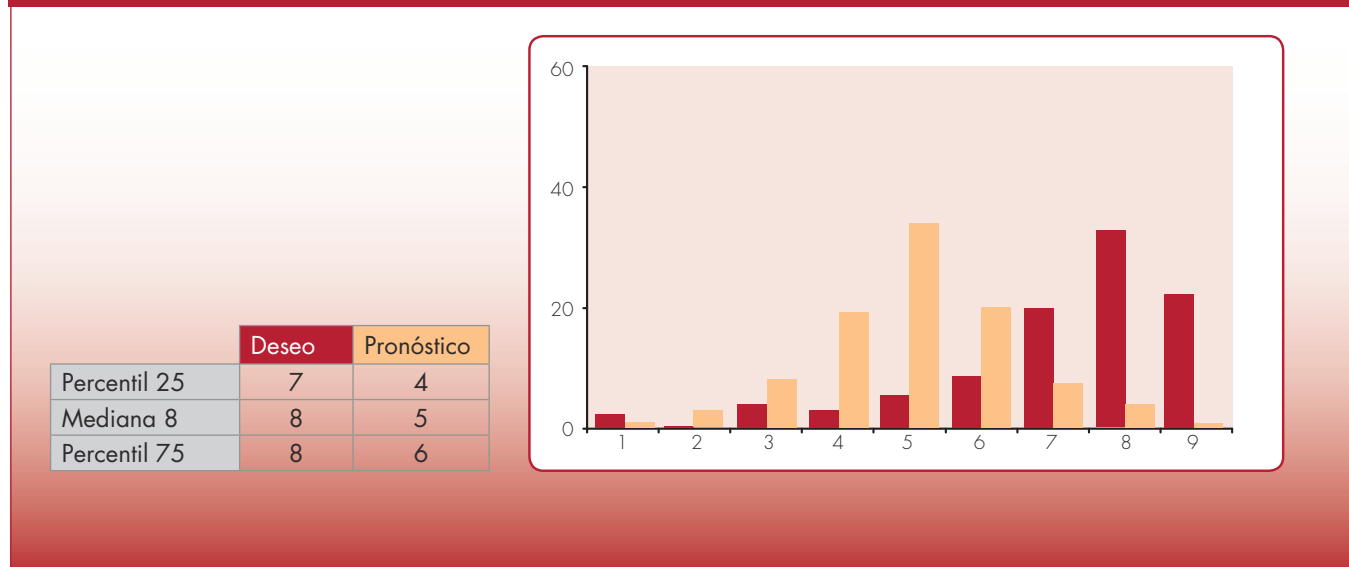
El escenario de actuación sin demoras ante sospecha de mala práctica congregó, como en las anteriores cuestiones, a la gran mayoría de panelistas en el anhelo de ocurrencia. En esta ocasión, sin embargo, el pronóstico es indefinido, con mediana en la puntuación central 5 y rango intercuartil entre 4 y 6 (figura 57).

Figura 57: Cuestión 4.25. Actuación sin demora ante la sospecha razonable de que los colegas ponen innecesariamente en riesgo al paciente.



La participación de los pacientes en la elaboración de guías de práctica clínica es un escenario claramente deseado por gran parte del panel, aunque la expresión de pronóstico también reflejó desconocimiento o indefinición sobre lo que ocurrirá en el futuro (figura 58).

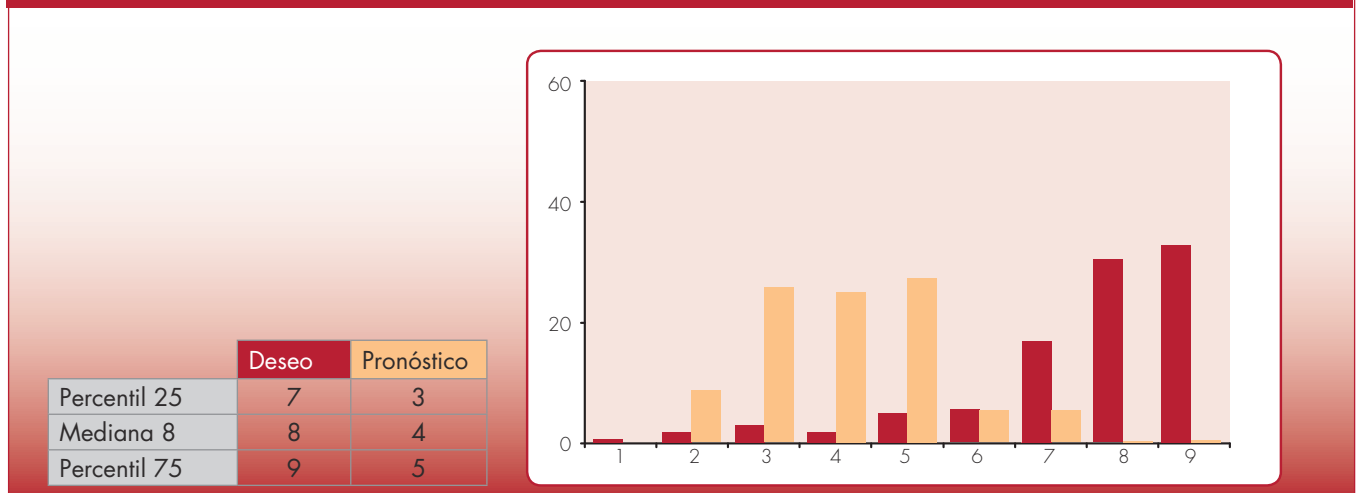
Figura 58: Cuestión 4.26. Los pacientes intervendrán de manera demostrable en la elaboración de las versiones para el público de las guías de práctica clínica y en la validación de la inteligibilidad y utilidad.



5.4.3. Acceso a la profesión y formación

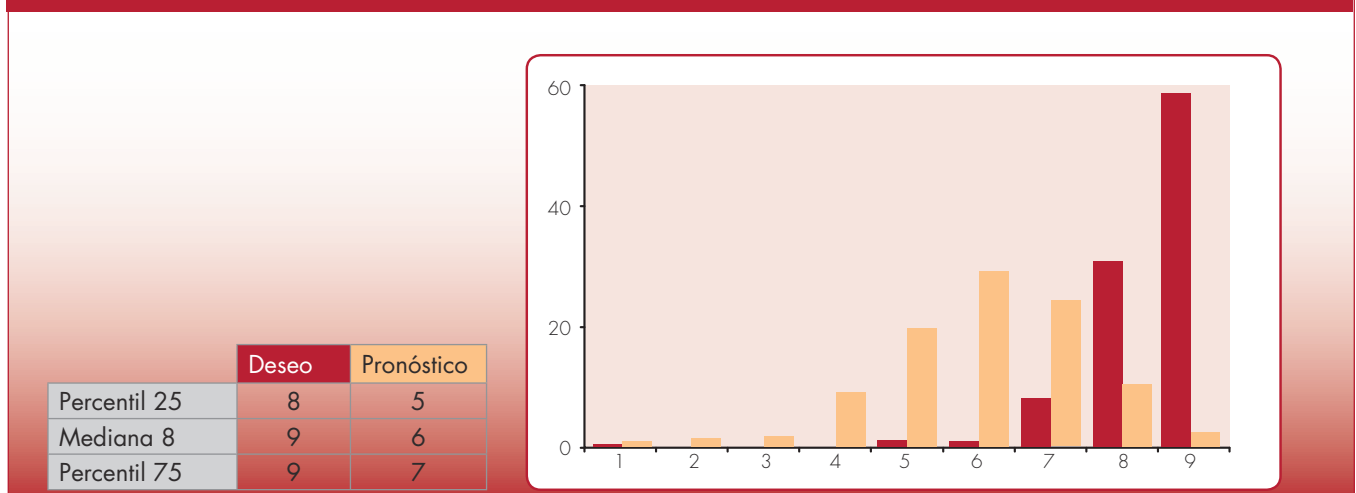
En relación con la cuestión acerca del desarrollo de instrumentos de selección de estudiantes en base a su perfil competencial, los panelistas mostraron nuevamente un fuerte contraste entre sus deseos y los pronósticos, con un marcado deseo de que esto suceda frente a desconfianza en relación con su ocurrencia.

Figura 59: Cuestión 4.31. Se desarrollarán y aplicarán instrumentos de selección anticipada de estudiantes basados en la valoración de actitudes y aptitudes para mejorar el nivel de profesionalidad de los futuros médicos y profesionales de enfermería.



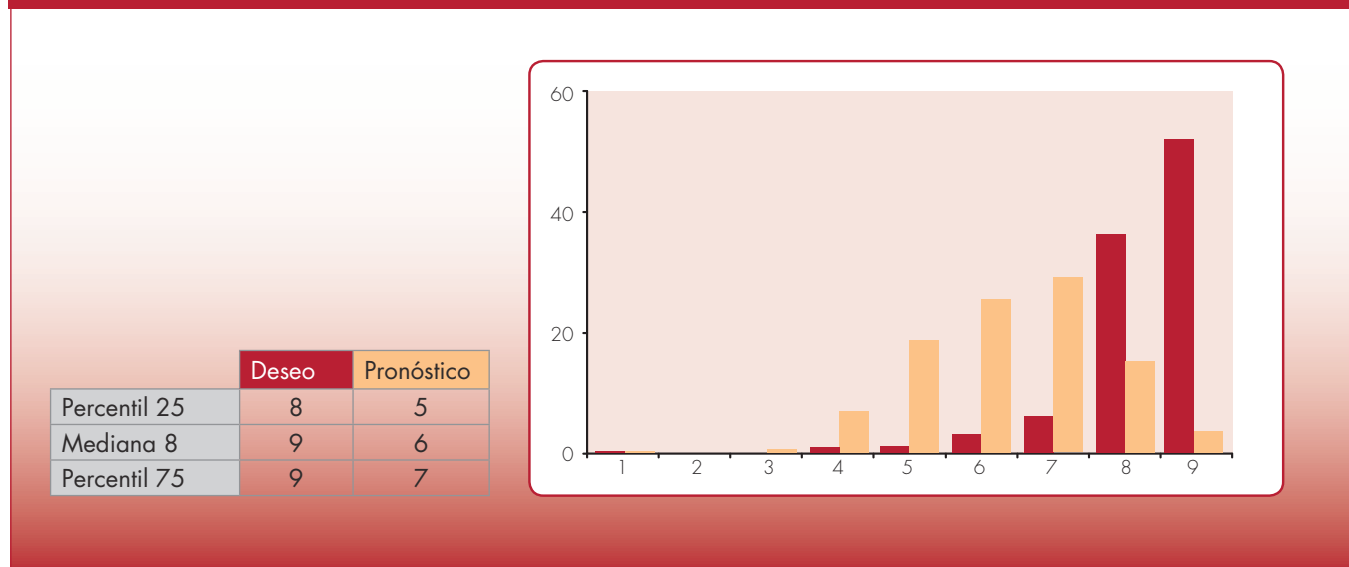
La incorporación a la formación universitaria de los profesionales de las habilidades en comunicación y de la perspectiva del paciente mostró un gran consenso positivo (mediana:9; rango intercuartil: 8-9), y en este caso, aunque el pronóstico no era claramente optimista (mediana: 6) los panelistas le otorgaban una mayor probabilidad de ocurrencia (figura 60) que a otras preguntas de este apartado.

Figura 60: Cuestión 4.32. Los planes de estudio de las facultades de Medicina y de Enfermería incluirán formación activa en habilidades de comunicación e incorporarán la perspectiva del paciente en la enseñanza lectiva y práctica.



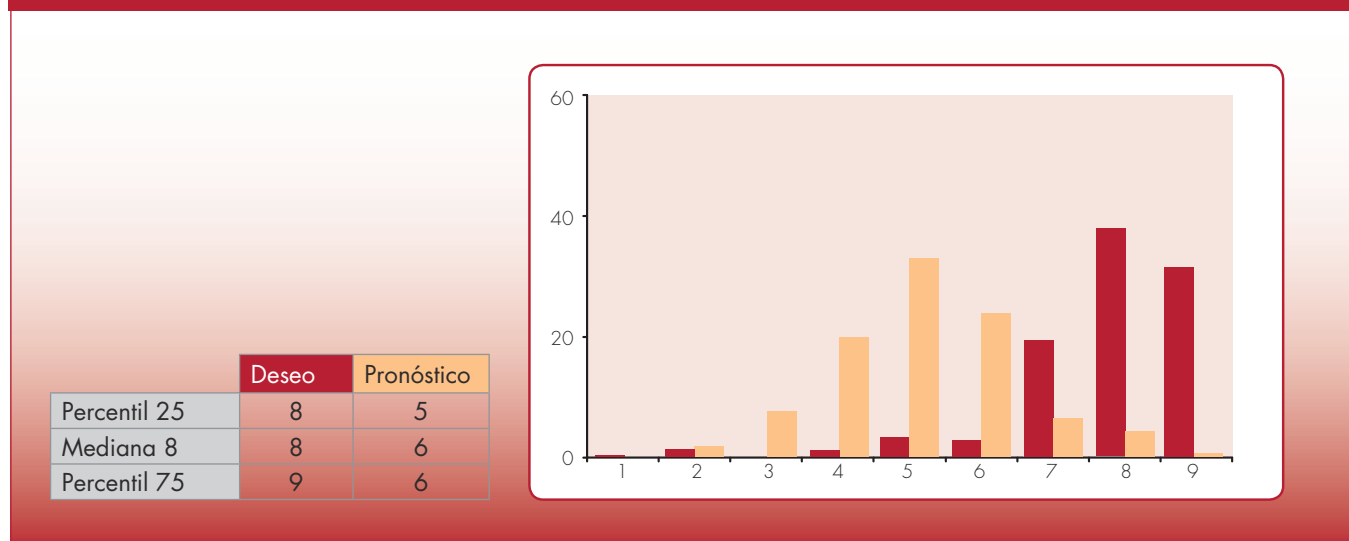
Un patrón similar al de la cuestión precedente, incluso algo más optimista en el pronóstico, mostraron los panelistas en su apoyo a la propuesta formativa con situaciones simuladas (figura 61).

Figura 61: Cuestión 4.33. Los alumnos se ejercitarán para desarrollar sus capacidades clínicas, en situaciones simuladas, antes de enfrentarse a los pacientes reales.



El panel se posicionó a favor de que se ofrezca información sobre resultados y calidad a los pacientes para habilitar su elección informada (figura 62). Respecto al pronóstico (mediana: 6) fue menos pesimista en esta cuestión, augurando con prudencia que las organizaciones sanitarias responderán a esta necesidad.

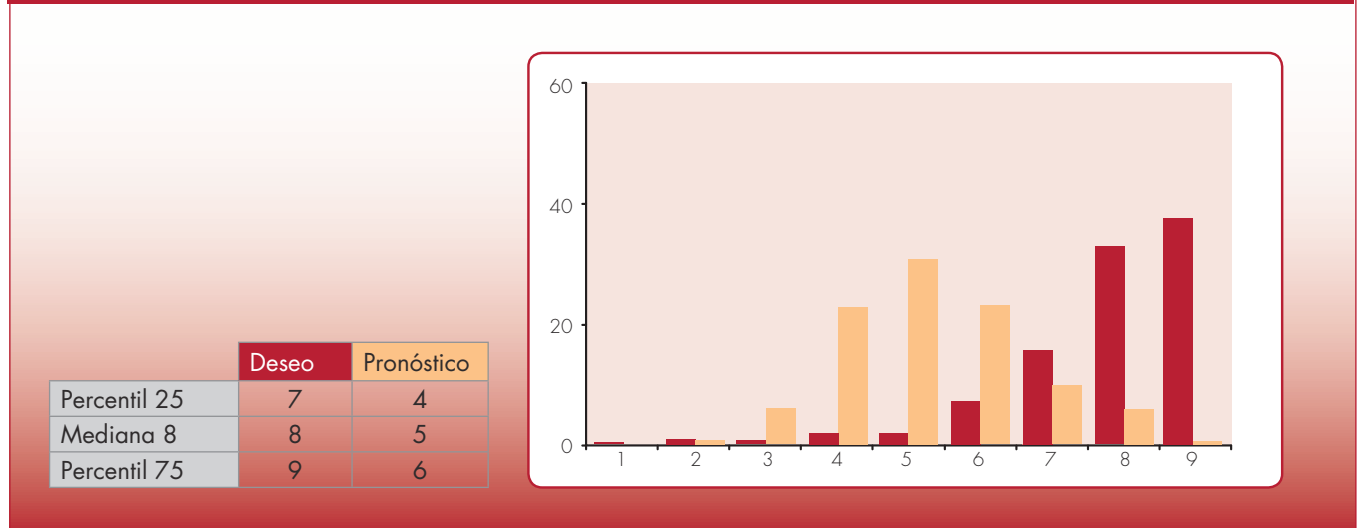
Figura 62: Cuestión 4.34. Todos los niveles de las organizaciones asistenciales ofrecerán al público información fehaciente acerca de la actividad, calidad y resultados de las intervenciones y la lista de espera de cada facultativo para facilitar a los usuarios una elección informada.



5.4.4. Mantenimiento de las competencias profesionales

El panel consideró muy deseable que la reevaluación de competencias forme parte indisoluble del currículo profesional, aunque aquí sus expectativas de ocurrencia son algo menos positivas que en el caso previo, con la distribución de pronósticos en torno a la mediana de 5 (figura 63).

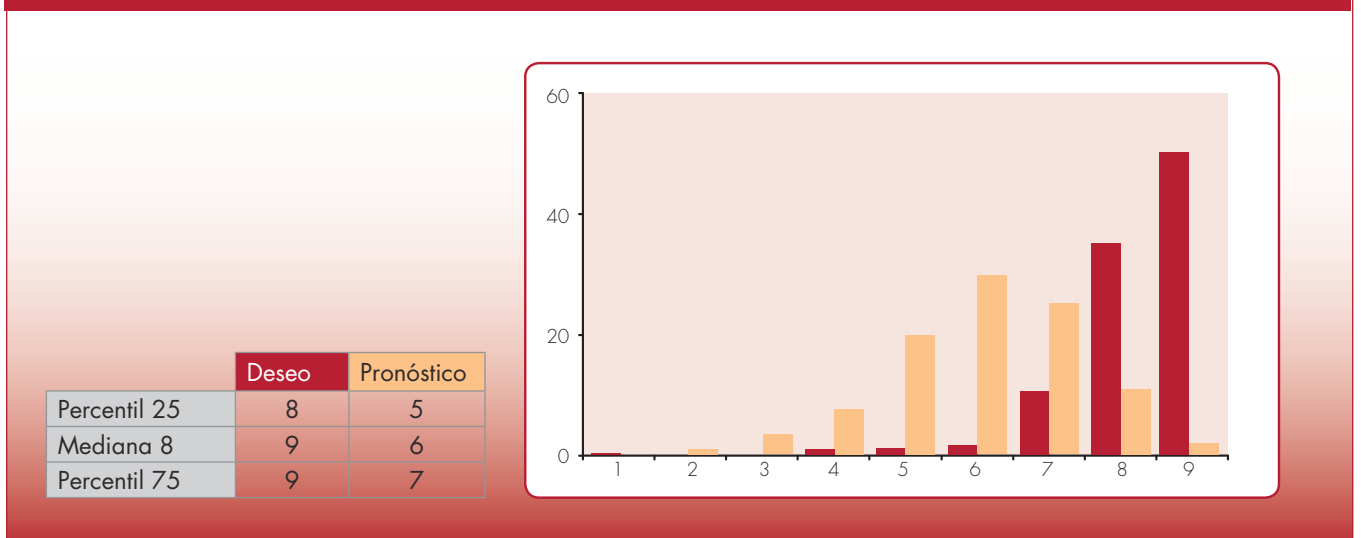
Figura 63: Cuestión 4.41. La evaluación regular y sistemática de competencias, conocimientos y capacidades para la revalidación de la autorización de la práctica profesional será considerada por las organizaciones profesionales como parte indisoluble del currículo profesional actualizado.



5.4.5. Carrera profesional

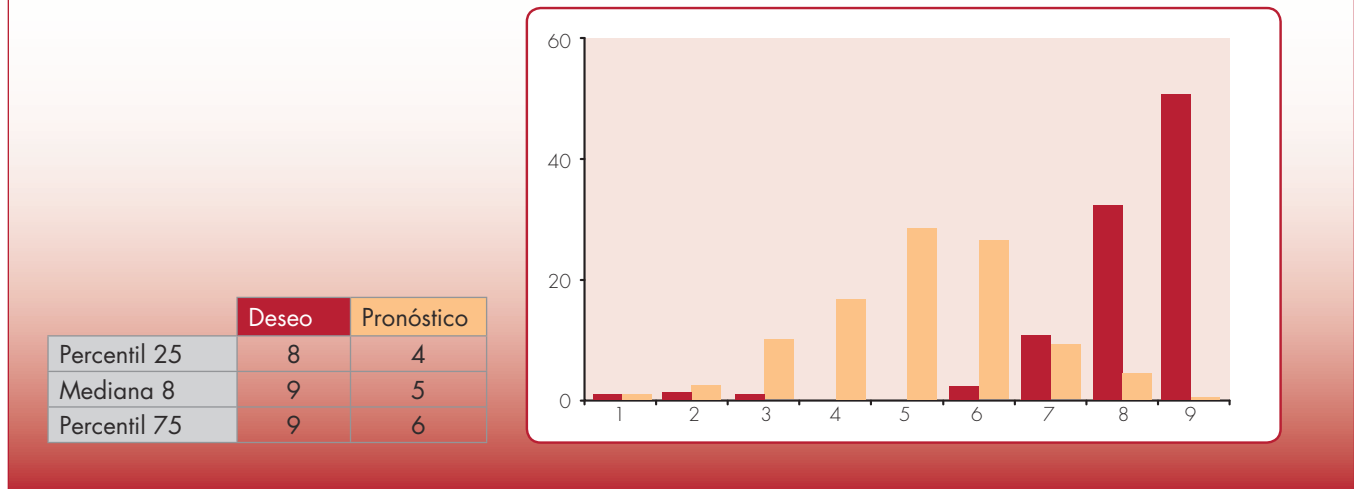
La integración del desarrollo profesional continuado en la valoración del desempeño profesional (figura 64) concitó una clara expresión de deseo de ocurrencia por parte del panel, que también espera que realmente ocurra, aunque con más reservas (mediana de deseos en 8 frente a 6 en pronósticos).

Figura 64: Cuestión 4.51. El desarrollo profesional continuado se integrará en la valoración del desempeño de la carrera profesional.



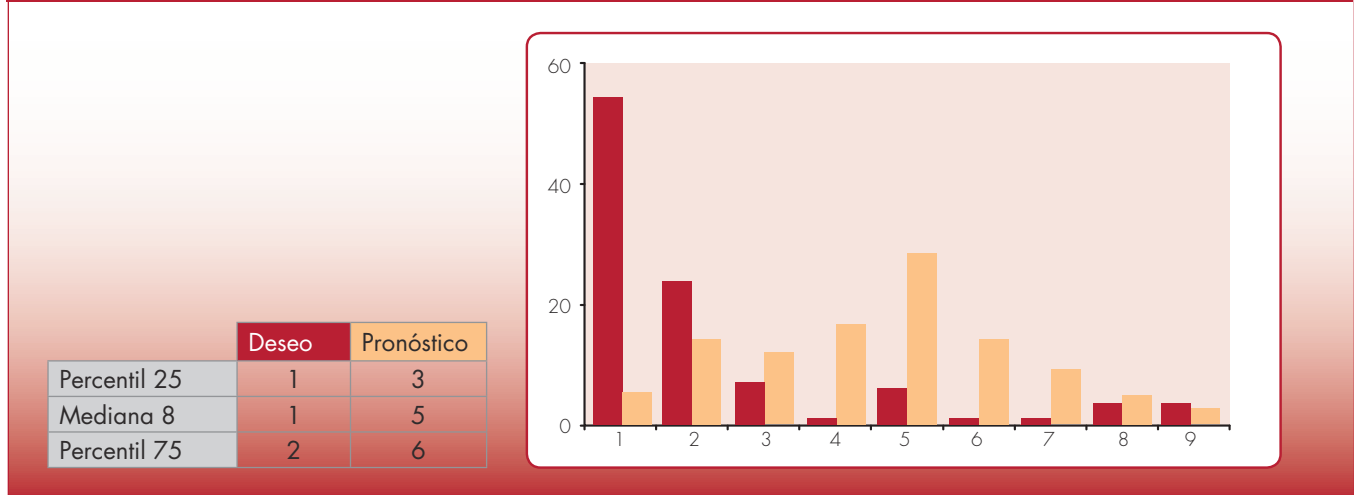
Los panelistas mostraron una clara congregación de deseos para que se reconozca debidamente la contribución investigadora de los profesionales (figura 65), en contraste con la agrupación de pronósticos en valores centrales de la escala, resultando en un pronóstico colectivo de escasa definición.

Figura 65: Cuestión 4.52. La Sanidad Pública reconocerá debidamente en el desarrollo profesional y en sus ingresos la implicación profesional y el liderazgo de los profesionales en las actividades de investigación biomédica orientadas a aportar innovaciones clínicas y/o mejoras en la prestación de servicios.



Los panelistas rechazaron rotundamente que la feminización de las profesiones vaya a comportar una degradación del estatus social de la profesión (figura 66), si bien la expresión de pronóstico es mucho más dispersa (mediana: 5; rango intercuartil: 3-6) y difícilmente interpretable.

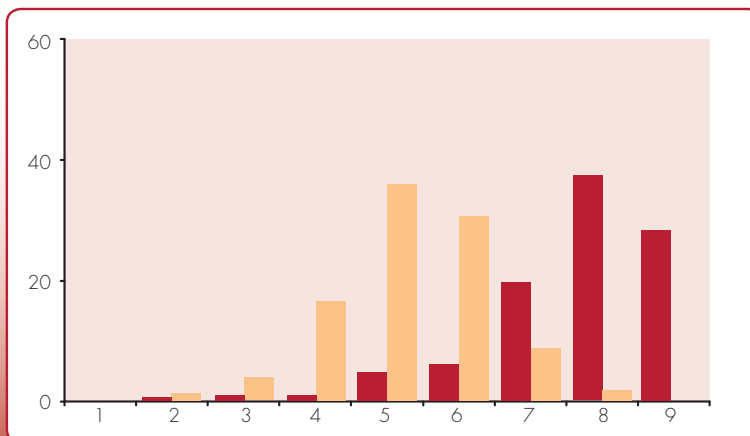
Figura 66: Cuestión 4.53. La feminización de los efectivos profesionales comportará una disminución del status social de la profesión.



El panel manifestó desear que se produzca un cambio cultural que traslade la responsabilidad individual a la responsabilidad profesional colectiva en las organizaciones asistenciales (figura 67), pero emitió un pronóstico indefinido, con el panel agrupado en torno a la mediana 5.

Figura 67: Cuestión 4.54. La longitudinalidad y la continuidad de los cuidados asistenciales requerirá un profundo cambio cultural desde la responsabilidad individual a la responsabilidad profesional colectiva en las organizaciones asistenciales.

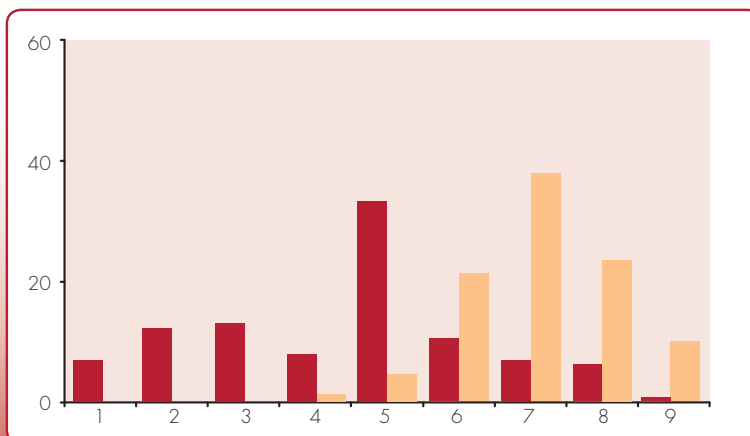
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	5
Mediana 8	8	5
Percentil 75	9	6



La cuestión sobre el incremento en la incorporación de profesionales extranjeros al sistema sanitario mostró una gran dispersión en la expresión de deseos, mostrando indefinición –y en muchos casos neutralidad- en este aspecto. En contraste, la distribución de pronósticos fue más agrupada indicando que el panel cree que este incremento ocurrirá (figura 68). El grupo de panelistas que expresó un mayor rechazo a este escenario fue el colectivo de médicos asistenciales.

Figura 68: Cuestión 4.55. Se incrementará el número de médicos y profesionales de enfermería extranjeros que se incorporen a la práctica asistencial colegiada de la sanidad pública.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	3	6
Mediana 8	5	7
Percentil 75	6	8



5.5. CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En el último apartado de la consulta se presentan las predicciones del panel acerca de una serie de propuestas innovadoras en el diseño de indicadores y la medición de la calidad asistencial así como el impacto probable de su mejora para la práctica profesional.

Destaca la clara adhesión en los escenarios referidos a la implicación de las organizaciones de pacientes en su diseño y en el acceso a los que se utilicen para financiar las organizaciones asistenciales y retribuir a los profesionales, con pronósticos menos intensos aunque positivos. Este posicionamiento es consistente con las expectativas manifestadas en relación a propuestas similares por los panelistas del Delphi de usuarios y pacientes del SNS.

Debe subrayarse la posición general del panel abierta a la reconsideración de la hegemonía de la definición de “calidad” dominada profesionalmente.

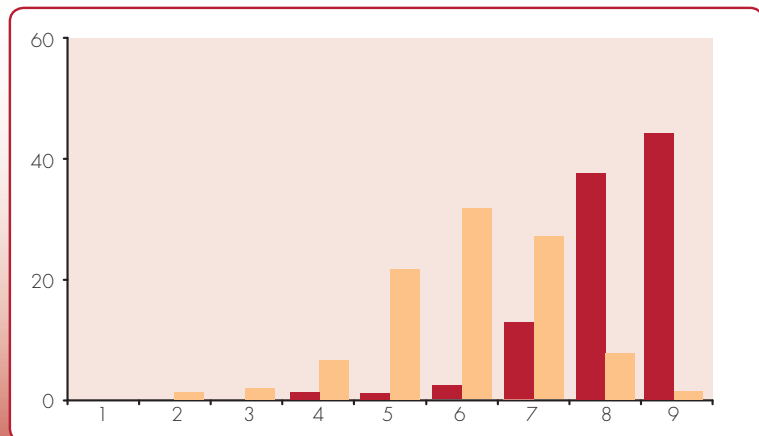
La consulta revela asimismo una tendencia claramente favorable a la publicación de los datos de la variabilidad de la práctica clínica, tanto territoriales, como por proveedores asistenciales y por profesionales,.

En conjunto las manifestaciones de deseo de los panelistas abonan el interés que puede suscitar la verificación –replicando esta consulta con metodologías de mayor precisión y especificidad– de estas posturas de pronóstico abiertas a la incorporación del punto de vista, experiencia y valores de los usuarios y pacientes.

Los consultados mostraron un alto grado de consenso en el deseo de incorporación de indicadores válidos de proceso y resultado a la medición de la calidad, pero el pronóstico de ocurrencia, aunque positivo, fue discreto (figura 69).

Figura 69: Cuestión 5.1. Los indicadores de calidad incorporarán medidas validadas de procesos y resultados en supervivencia, salud y calidad de vida.

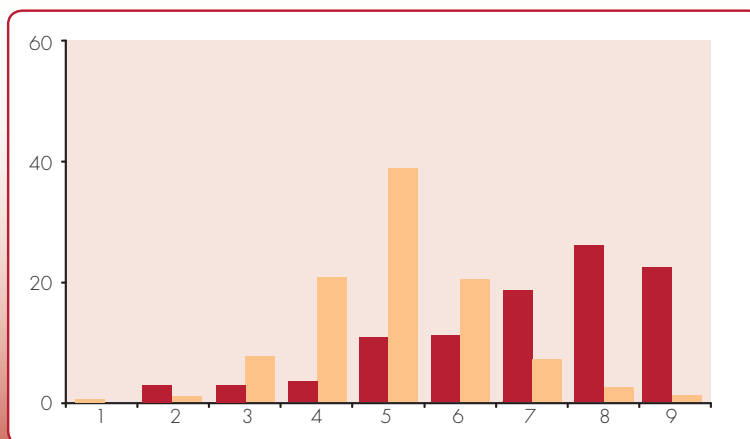
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	5
Mediana 8	8	6
Percentil 75	9	7



El panel manifestó una concordancia notable en el deseo de publicitación a los ciudadanos de los indicadores utilizados para financiar de manera diferenciada a las organizaciones sanitarias y sus profesionales. No obstante, mostraron reservas respecto al pronóstico. Los panelistas gestores mostraron el mayor acuerdo en la aceptación de la propuesta (figura 70).

Figura 70: Cuestión 5.2. Los ciudadanos tendrán acceso a los indicadores de las organizaciones asistenciales que se utilicen para financiarlas y retribuir a sus profesionales.

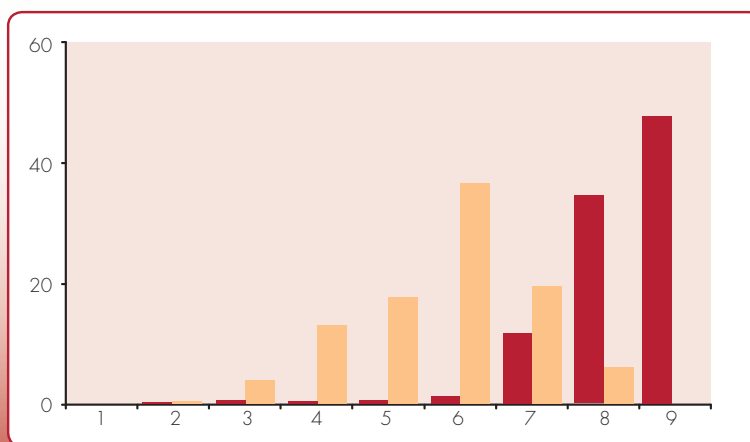
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	6	4
Mediana 8	7	5
Percentil 75	8	6



El panel se identifica en su deseo colectivo con la propuesta, mientras que el pronóstico de ocurrencia es conservador, aunque positivo.

Figura 71: Cuestión 5.3. El aumento verificable de la calidad asistencial comportará la eliminación de procedimientos peligrosos o sin evidencia verificable de aportación positiva para la salud e integridad del paciente.

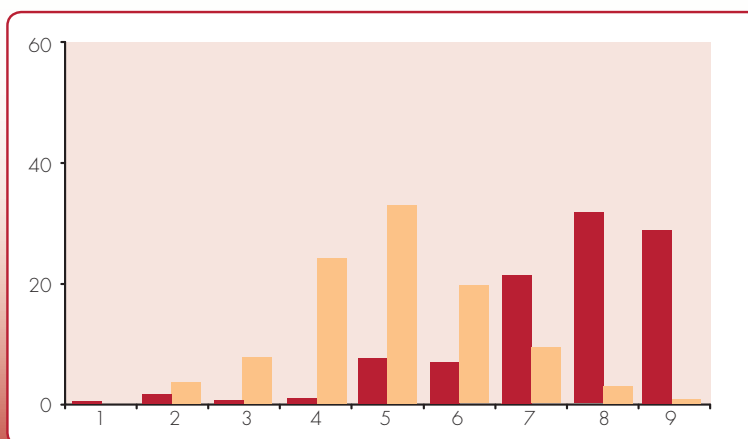
	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	8	5
Mediana 8	8	6
Percentil 75	9	7



Los consultados muestran una dicotomía entre deseo positivo y pronóstico conservador similar al la anterior cuestión acerca del escenario de acceso a los datos, en este caso sobre variabilidad territorial de la práctica clínica.

Figura 72: Cuestión 5.4. Se publicitarán los datos correspondientes a la existencia de variabilidad en la práctica clínica por territorio, centro y profesionales.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	7	4
Mediana 8	8	5
Percentil 75	9	6

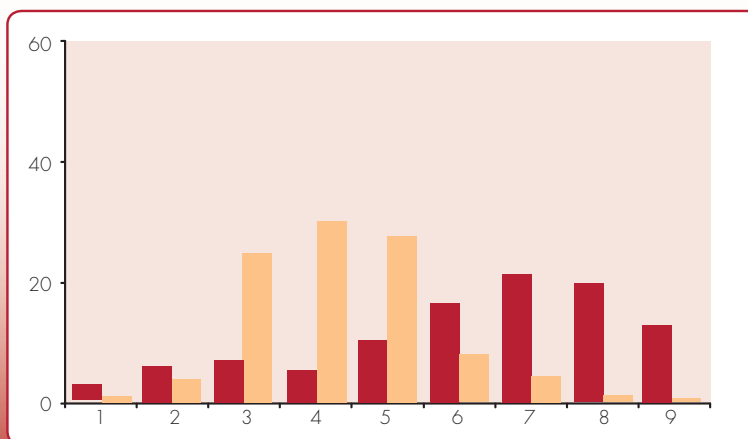


Los panelistas manifestaron un pronóstico pesimista sobre la participación de los pacientes en la definición de los indicadores utilizados para establecer la retribución de los profesionales, en contraste con una notable mayoría partidaria de la implicación de las organizaciones de pacientes en esta tarea.

Los panelistas con cargos en las administraciones sanitarias y los médicos asistenciales fueron los grupos con mayor dispersión en sus posiciones.

Figura 73: Cuestión 5.5. Los representantes de las organizaciones de pacientes participarán de manera independiente y demostrable en el proceso de selección y definición de los indicadores de calidad asistencial que estén en la base de la retribución a centros y profesionales sanitarios.

	Deseo	Pronóstico
Percentil 25	5	3
Mediana 8	7	4
Percentil 75	8	5



5.6. DISPERSIÓN ELEVADA Y GRANDES CONSENSOS, RECHAZOS Y DISCREPANCIAS

En este apartado se ofrecen, como complemento a la presentación anterior de los resultados, los posicionamientos más extremos del colectivo de consultados.

Las dispersiones elevadas en el panel – o entre subgrupos de panelistas – indican dificultades en la obtención de unanimidad o consenso.

En las figuras del 74 a 78 se presentan las dispersiones más elevadas que se observan en la agrupación de los panelistas por subgrupos profesionales y por cargo u organización donde prestan sus servicios.

Se han seleccionado las propuestas o escenarios en subgrupos de mayor dispersión en la respuesta, identificando las respuestas con mayor amplitud en un rango igual o mayor a 4 puntos en la escala ordinal de 1 a 9.

Los criterios de selección de los grandes consensos – deseo coincidente con el escenario propuesto o rechazo de la propuesta – han consistido en identificar los posicionamientos con un 75% más de las respuestas centradas en 9 (consenso total) o en 1 o 2, (rechazo total).

Para seleccionar las discrepancias entre deseos y pronósticos se han identificado las distribuciones de las respuestas que muestran 4 o más puntos de diferencia entre los percentiles 25 y 75 en la presentación correspondiente a deseos y a pronósticos.

5.6.1. Dispersiones elevadas

Figura 74. Dispersión por subgrupos de actividad	
Subgrupos de actividad:	%
SS.CC (Servicios Centrales Admón. Sanitaria)	14
Asistenciales	60
Gestores	12
I+D	10
No sanitarios	1
Otros	3
Propuesta en el Cuestionario	Subgrupo con mayores dificultades de consenso en deseo o rechazo de la propuesta
1.21 Los profesionales sanitarios dejarán de tener una plaza en propiedad garantizada estatutariamente para toda la vida, para pasar a mantener una vinculación laboral contractual.	Asistenciales
1.36 Se instaurará un copago según la aportación terapéutica innovadora de los nuevos medicamentos autorizados.	SS.CC
2.23 Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria incentivando la creación y desarrollo de centros de AP con personalidad jurídica propia y contratación de actividad asistencial pública.	SS.CC y I+D
2.25 Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria estableciendo horarios congruentes y adaptados a la jornada escolar y laboral de los usuarios de la sanidad pública.	Asistenciales
2.42 Los profesionales de enfermería asumirán responsabilidades de prescripción bajo la supervisión de médicos.	Asistenciales (Médicos AP y Especialistas)

Figura 75. Dispersión por subgrupos profesionales

Subgrupos de actividad:	%
Médico AP	26
Médico Especialista	28
Profesional en Administración	16
Enfermería	27
Otros	3
Propuesta en el Cuestionario	Subgrupo con mayores dificultades de consenso en deseo o rechazo de la propuesta
1.31 En el horizonte de esta consulta la cobertura pública y universal se definirá para situaciones catastróficas y de riesgo menos previsible y consecuencias financieras graves, dejando fuera de cobertura las prestaciones de menor, dudosa o nula efectividad	Enfermería
1.33 Se instaurará un copago por servicios de hostelería individual y/o de acompañantes y amenidades como comidas a la carta, peluquería y estética, TV, ... etc.	Profesional en Administración
1.34 Se instaurará un copago para corresponsabilizar los ciudadanos con el gasto asociado a los procesos asistenciales.	Enfermería
1.36 Se instaurará un copago según la aportación terapéutica innovadora de los nuevos medicamentos autorizados.	Médico Especialista, Enfermería
1.37 Se instaurará un copago por visita, prueba diagnóstica o acto médico	Enfermería
1.42 Se favorecerá fiscalmente la suscripción de pólizas de seguro privado suplementario	Profesional en Administración, Enfermería
1.43 En los próximos 15 años el ciudadano podrá elegir entre un abanico de pólizas de cobertura pública y provisión privada o pública	Profesional en Administración, Enfermería
1.44 Se implantarán fórmulas retributivas que incorporen incentivos económicos y de desarrollo profesional a los profesionales que acepten la transferencia de riesgos financieros asociados a su práctica clínica	Enfermería
2.21 Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria separando la gestión clínica de la gestión operativa y financiera.	Enfermería
2.22 Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria vinculando la retribución e incentivos a la asunción de riesgo financiero, liderazgo y autonomía de gestión.	Enfermería
2.23 Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria incentivando la creación y desarrollo de centros de AP con personalidad jurídica propia y contratación de actividad asistencial pública.	Enfermería
2.25 Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria estableciendo horarios congruentes y adaptados a la jornada escolar y laboral de los usuarios de la sanidad pública.	Médico de AP
2.41 La sustitución terapéutica sin autorización del prescriptor en la oficina de farmacia dificultará el adecuado seguimiento de las terapias prescritas.	Profesional en Administración
2.43 Los centros de AP dispensarán la prestación farmacéutica general y de las residencias de enfermos crónicos y personas ancianas con limitaciones severas.	Profesional en Administración
3.15 Aumentará la judicialización de las reclamaciones de los pacientes por incompetencia y mala práctica profesional.	Enfermería

5.6.2. Grandes consensos o rechazos colectivos

Figura 76. Grandes consensos de deseo a favor de las propuestas

Propuesta en el Cuestionario

1.24 Desparecerá o se reducirá de forma significativa la componente de politización en el nombramiento de gerentes en la red asistencial en beneficio de la profesionalización de estos cargos.

3.11 En el horizonte temporal – 15 años – la mayoría de la profesión habrá integrado en su comportamiento el cambio desde el “paternalismo” al respeto a la autonomía personal y a la hegemonía del interés del paciente.

4.22 Tolerancia cero con la vulneración de la seguridad y el respeto al paciente.

4.24 Respeto a la confidencialidad de manera rigurosa y verificable.

4.32 Los planes de estudio de las facultades de Medicina y de Enfermería incluirán formación activa en habilidades de comunicación e incorporarán la perspectiva del paciente en la enseñanza lectiva y práctica.

4.33 Los alumnos se ejercitarán para desarrollar sus capacidades clínicas, en situaciones simuladas, antes de enfrentarse a los pacientes reales.

4.51 El desarrollo profesional continuado se integrará en la valoración del desempeño de la carrera profesional.

4.52 La Sanidad Pública reconocerá debidamente en el desarrollo profesional y en los ingresos la implicación

Figura 77. Grandes rechazos o deseos contrarios a las propuestas

Propuesta en el Cuestionario

2.45 Aumentará la circulación de copias ilegales de medicamentos bajo patente y de productos fraudulentos que se observa en los países europeos con los precios más bajos y el mayor comercio paralelo.

3.15 Aumentará la judicialización de las reclamaciones de los pacientes por incompetencia y mala práctica profesional.

3.16 Aumentarán las agresiones a los profesionales por parte de los usuarios de la sanidad pública y de sus familiares.

4.53 La feminización de los efectivos profesionales comportará una disminución del status social de la profesión.

5.6.3. Grandes discrepancias entre deseos y pronósticos

Los siguientes enunciados de la propuesta planteada a los panelistas presentan las mayores discrepancias entre los deseos/rechazos prospectivos y los pronósticos de ocurrencia correspondientes.

Figura 78.
Propuesta en el Cuestionario
1.22 La protección del juicio y autonomía clínica de los profesionales procurará a usuarios y pacientes acceso a aquellas tecnologías que hayan demostrado ser costo-efectivas, sin interferencias administrativas.
1.23 La Administración priorizará la calidad de la educación sanitaria y la información al paciente como medida para moderar la demanda.
1.24 Desaparecerá o se reducirá de forma significativa la componente de politización en el nombramiento de gerentes en la red asistencial en beneficio de la profesionalización de estos cargos.
1.26 Los profesionales participarán en los órganos ejecutivos de las organizaciones asistenciales con capacidad para influir en las decisiones de cartera de servicios, inversión y asignación de los recursos disponible.
1.27 Se incrementará significativamente el número de profesionales de la salud que asuma, además de la gestión clínica la gestión operativa en las organizaciones asistenciales.
1.35 Se instaurará un copago por los medicamentos: cambiando el actual criterio de copago por razón de edad – jubilados por otro criterio basado en la renta del paciente.
2.26 Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria creando la figura del coordinador de cuidados, claramente identificable por los usuarios que, asumirá la responsabilidad de su educación sanitaria, su adhesión al tratamiento y su seguimiento longitudinal.
2.31 Los centros asistenciales competirán en la obtención de recursos a partir de sus resultados en salud y su capacidad para atraer y satisfacer a los pacientes.
2.45 Aumentará la circulación de copias ilegales de medicamentos bajo patente y de productos fraudulentos que se observa en los países europeos con los precios más bajos y el mayor comercio paralelo.
3.15 Aumentará la judicialización de las reclamaciones de los pacientes por incompetencia y mala práctica profesional.
3.16 Aumentarán las agresiones a los profesionales por parte de los usuarios de la sanidad pública y de sus familiares.
4.31 Se desarrollarán y aplicarán instrumentos de selección anticipada de estudiantes basados en la valoración de actitudes y aptitudes para mejorar el nivel de profesionalidad de los futuros médicos y profesionales de enfermería.
4.52 La Sanidad Pública reconocerá debidamente en el desarrollo profesional y en sus ingresos la implicación profesional y el liderazgo de los profesionales en las actividades de investigación biomédica orientadas a aportar innovaciones clínicas y/o mejoras en la prestación de servicios.
4.53 La feminización de los efectivos profesionales comportarán una disminución del status social de la profesión.

5.6.3.1. Coincidencia entre deseos y pronósticos

La única coincidencia corresponde a la propuesta 4.11 del cuestionario, correspondiente al apartado "Desafíos profesionales emergentes": *"En la medida en que los ciudadanos accedan a la información sobre las diferencias en calidad y resultados de las instituciones y los profesionales sanitarios aumentará su exigencia crítica"*.

La expresión de deseo y de pronóstico del panel puntuó un 7 de mediana en ambas distribuciones.

COMENTARIOS FINALES



6.

Comentarios finales..... 81



6. COMENTARIOS FINALES

Este informe dando cuenta de la consulta prospectiva a un panel de 248 médicos y personal de enfermería, juntamente con los resultados de los otros dos estudios Delphi realizados en los últimos años, sugiere tendencias plausibles de cambio en el posicionamiento de profesionales (como también lo hacían políticos y usuarios, y pacientes del Sistema Nacional de Salud) en relación al desarrollo, la sostenibilidad y la aceptabilidad social de la sanidad pública en un horizonte de 15 años.

El estudio pretende contribuir a que se tome en cuenta por el complejo universo de actores (stakeholders) con intereses en el sector sanitario, la visión de los profesionales de la salud en el proceso de formulación, ejecución y evaluación de la agenda de la política sanitaria, dando cuenta de la visión y expectativas de los panelistas sobre el futuro inmediato del SNS y de la redefinición de su identidad profesional.

El informe refleja un compromiso informado y responsable de la profesión con el desarrollo del modelo autonómico de descentralización de la sanidad pública y una disposición merecedora de atención hacia la apertura y la innovación de los principios, valores y convenciones de la profesionalidad como institución altamente cohesiva de la sociedad.

Sin embargo, en conjunto, los resultados obtenidos revelan un posicionamiento colectivo cauto en relación con las perspectivas profesionales y la probabilidad de que éstas se cumplan,.

También apuntan a la emergencia de una serie de tendencias relacionadas con la evolución sugerida del sistema público de salud y en el ajuste de principios y valores de la profesionalidad a los desafíos de las incertidumbres del cambio, el conflicto social, y el relevo de los paradigmas biocientíficos hegemónicos sobre los que se asienta el progreso de la práctica profesional.

La distancia marcada por el panel entre lo que los profesionales desean que ocurra y la probabilidad que estiman de que realmente ocurra se interpreta, como ya se hizo anteriormente en el Delphi de usuarios y pacientes del SNS, como debida a la complejidad del sistema sanitario y el escepticismo sobre el papel de las administraciones sanitarias a la hora de enfrentar grandes cambios en el SNS.

Ilustran este escepticismo los contrastes entre deseo y pronóstico expresados por los panelistas en cuestiones como la intensificación de la educación sanitaria y la información de calidad para contribuir a moderar la demanda y facilitar la corresponsabilización del ciudadano, la aspiración a implicarse juntamente con las organizaciones de usuarios y pacientes en los órganos ejecutivos de gobierno de la organización asistencial y, sobretudo, la sustitución por criterios demostrables de mérito profesional al nombramiento discrecional por razones de afinidad política de directivos y gestores.

Sin embargo el registro de contrastes sostenidos entre deseos y pronóstico en oportunidades en las que es decisivo el compromiso y el liderazgo profesional, sugieren el interés de indagar en las razones profundas de bloqueo o falta de iniciativa en situaciones claras de mejora para la profesión.

A título de ejemplo cabe citar el patrón de unanimidad en el deseo y de desconfianza en el pronóstico de logro de las propuestas de mejora de la resolutividad de la Atención Primaria y de integración de las expectativas de mejora de la experiencia asistencial de los pacientes en los valores y principios profesionales de respeto, seguridad, beneficencia y hegemonía de los intereses del paciente.

En ambos contextos –como en el caso del deseo casi unánime de que más profesionales acepten puestos de gestión operativa con un pronóstico asociado negativo– es difícil atribuir exclusivamente a las administraciones sanitarias el pronóstico de escepticismo emergente de la consulta.

Atendiendo a la identificación del panel con los escenarios propuestos, la visión general que se desprende sugiere cuatro tendencias subyacentes:

1. El apoyo al desarrollo de la descentralización de la sanidad y la apertura a fórmulas económicas de moderación de la demanda,
2. La disposición a integrar en la cultura profesional la innovación radical de la “Nueva Salud Pública” y el reconocimiento de adaptar la gestión clínica y asistencial a los patrones demográficos emergentes y de reformulación de las necesidades colectivas y demandas individuales,
3. La constatación mayoritaria de que es inconcebible una redefinición de la profesionalidad sin la presencia central del paciente, y
4. La reafirmación de que el mantenimiento de la confianza social en la profesión requiere cambios en profundidad en la formación, estándares de práctica y fundamentos éticos en la investigación, el desempeño profesional, la revalidación de competencias y la rendición de cuentas.

El apoyo a la profundización en la autonomía del sistema sanitario se reconoce en el deseo mayoritario de los panelistas de implicar activamente la profesión en su gobernabilidad, dándole soporte a su descentralización y, a la vez, preocupados por evitar posibles tensiones y desigualdades territoriales.

Paradójicamente los consultados no desean que el gasto sanitario privado crezca más que el público pero tampoco que la actividad privada se deprima. Ni se muestran favorables a que se reinstauren incentivos fiscales para la descongestión de la presión sobre la sanidad pública incentivando la toma de pólizas de seguro libre.

En llamativo contraste con lo expresado por los panelistas de las consultas a políticos y a usuarios y pacientes del SNS, los médicos y personal sanitario muestran un pronunciado acuerdo en la aceptación de los escenarios de establecimiento de copagos propuestos – servicios extra-asistenciales optativos, medicamentos y corresponsabilización en el coste según aportación de valor terapéutico– ,excepto en lo referente a los actos médicos e intervenciones asistenciales.

Este pronunciamiento de futuro inmediato coincide, en el momento de presentar el informe, con un cierto indicio de desbloqueo de la corresponsabilidad en el gasto sanitario, mantenido contra viento y marea al margen de un debate público informado. La verificación de esta tendencia justificaría probablemente una revisión del alcance actual de las discrepancias entre la sociedad, los políticos y los profesionales sobre la actualización de la financiación sostenible del SNS.

La tendencia a la adhesión a escenarios de innovación en dominios tradicionalmente inmovilistas se ilustra con la aceptación mayoritaria de las propuestas para otorgar una prioridad, desconocida hasta la fecha, para las estrategias “transversales” de implicación del conjunto de la administración y organizaciones cívicas a intervenciones de naturaleza no sanitaria pero con impacto probado en la mejora de la salud colectiva: movilización general en apoyo de la erradicación de adicciones y promoción de hábitos saludables, programas de vivienda protegida, fluoración de las aguas de consumo público, programas de protección social a segmentos vulnerables de la población, etc.

En esa misma dirección apuntan también el consenso en la aceptación de retribuciones diferenciadas e incentivos para el desempeño profesional competitivo, con asunción de riesgos financieros , liderazgo y gestión autónoma de la actividad asistencial contratada, la aceptación de compatibilizar en la Atención Primaria los horarios de atención a los ciudadanos con los horarios laboral y escolar, y para todos los niveles asistenciales el deseo unánime de que se actúe para reducir la variabilidad injustificada de la práctica médica en sus dimensiones territorial, por centros y a nivel de profesionales individuales.

Una tercera tendencia emergente de la consulta se refiere a las predicciones sobre el posicionamiento profesional en relación con la aparición y progresivo asentamiento del “paciente informado y corresponsable” en su vertiente individual y colectiva.

En este sentido destaca la expresión de deseo del panel con pronóstico positivo, aunque cauto, acerca de que las profesiones sanitarias integrarán en su proyección social la autonomía personal y la hegemonía de los intereses del paciente.

Este posicionamiento viene corroborado por el robusto consenso con que se acepta la publicitación de las experiencias asistenciales de los pacientes y la exposición pública del desempeño de organizaciones asistenciales y profesionales.

En esta dimensión los panelistas convienen en que el mayor acceso a la información comparativa sobre actividad y resultados va a suponer un aumento de la exigencia crítica de los pacientes

Se constata en este aspecto una buena sintonía con los deseos sobre los mismos escenarios manifestados por los panelistas de la consulta a usuarios y pacientes del SNS.

Una cuarta tendencia se refiere a la disposición que muestra el panel a que la profesión adopte innovaciones de alcance para reforzar y mantener la confianza de los ciudadanos en su responsabilidad social.

Son de especial relevancia las predicciones de adhesión a la preservación rigurosa – sin lugar para la tolerancia – de la seguridad y confidencialidad de las intervenciones incluyendo la prelación de la seguridad del paciente sobre cualquier otro interés.

En apoyo de lo anterior el panel revela unanimidad en la integración de la revalidación de conocimientos y competencias como componente clave del desarrollo y la carrera profesional.

La adhesión máxima de los panelistas a los escenarios de innovación profesional propuestos y la unanimidad en la aceptación de una mayor implicación directa en los procesos de reforma del sistema sanitario y de toma de decisiones operativas, sugieren una oportunidad urgente de revisar a fondo la naturaleza de las relaciones entre las profesiones sanitarias y la autoridad sanitaria así como los factores de bloqueo que impiden que la sociedad se beneficie de la disposición al compromiso con la modernización y el robustecimiento de la sanidad pública de los profesionales.

La mejor valoración de este trabajo – cuyo acceso se facilita sin restricciones – consistiría en que su contribución proporcionara una aportación para la respuesta – inaplazable – de la sanidad pública a las expectativas de los ciudadanos-contribuyentes y a la comprensión y apoyo de las iniciativas de liderazgo profesional en la innovación y legitimación social del Sistema Nacional de Salud.

ANEXOS



7.

Anexo 1. Cuestionario correspondiente a la primera ronda del DELPHI. 87

ANEXO 1. CUESTIONARIO CORRESPONDIENTE A LA PRIMERA RONDA DEL DELPHI

El futuro del SNS :la visión de los profesionales.
Análisis prospectivo Delphi

PRIMERA RONDA
DE LA CONSULTA
Febrero 2009

CUESTIONARIO

Indicaciones para cumplimentar el cuestionario

El presente cuestionario corresponde a la primera ronda de consulta del análisis Delphi “El futuro del Sistema Nacional la visión de los profesionales”.

Gracias por anticipado por su cooperación.

Este es el primer cuestionario correspondiente a la primera oleada de consulta a más de 275 colegas profesionales que han sido seleccionados para tomar parte en este “Delphi”.

El cuestionario es el resultado de trabajo previo de 35 médicos, profesionales de la enfermería y expertos en el análisis de la política sanitaria que han contribuido a definir los escenarios que constituyen el objeto de los pronósticos que le solicitamos.

Tras este cuestionario recibirá otro unas semanas más tarde del que se habrán suprimido las cuestiones asociadas a preferencias o deseos de ocurrencia de los escenarios propuestos y aquellas que han reunido una alta proporción (consenso) de respuestas similares.

Le rogamos que lo cumplimente debidamente en su totalidad y lo devuelva en el sobre franqueado que le adjuntamos a tal efecto antes del día 3 de Marzo de 2009

El cuestionario consta de 70 propuestas, ordenadas en 5 capítulos:

1. Gobierno del Sistema Nacional de Salud

- 1.1. Descentralización y coordinación
- 1.2. Organización y gestión
- 1.3. Financiación y corresponsabilidad
- 1.4. Sanidad Privada: interfaz público-privada

2. Salud pública y asistencia sanitaria

- 2.1. Salud pública
- 2.2. Atención primaria
- 2.3. Asistencia especializada
- 2.4. Prestación farmacéutica

3. Centralidad del paciente

- 3.1. Información al paciente
- 3.2. Corresponsabilidad
- 3.3. Comunicación y relación entre profesionales y pacientes

4. Desafíos profesionales emergentes

- 4.1. Confianza de la sociedad en los profesionales
- 4.2. Comunicación y confianza con los usuarios y pacientes
- 4.3. Acceso a la profesión y formación
- 4.4. Mantenimiento de competencias
- 4.5. Carrera profesional

5. Calidad

¿Cómo contestar a las cuestiones?

Cada una de las cuestiones de la consulta están planteadas en forma de afirmación. Cada afirmación hace referencia a un escenario de futuro, a quince años vista. Nos interesa recoger tanto sus deseos - lo que a Ud. le gustaría que ocurriese - como sus pronósticos - lo que Ud. realmente piensa que ocurrirá.

De esta manera debe valorar cada uno de los escenarios propuestos desde DOS perspectivas:

- Su DESEO de ocurrencia. Esto es, si le gustaría o no que se diese el escenario propuesto en el futuro, puntuando de 1 –rechazo total a que suceda- a 9-fuerte deseo de que suceda, y
- su PRONÓSTICO de ocurrencia, esto es, si cree que va a ocurrir o no el escenario propuesto, puntuando en una escala de 1 –no sucederá en absoluto- a 9 –sucederá con toda probabilidad. Vea el ejemplo:

1. Presentación de las cuestiones

Epigrafe

2.3 Asistencia especializada

232 La hospitalización a domicilio (la prestación de cuidados y atención en casa del propio paciente) ganará peso frente a la hospitalización convencional.

Cuestión: escenario de futuro

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Emisión de: Marque con una X su opción

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Escala de deseo
Escala de pronóstico

2. Ejemplo de costestación

232 La hospitalización a domicilio (la prestación de cuidados y atención en casa del propio paciente) ganará peso frente a la hospitalización convencional.

Interpretación: ante un escenario, a quince años vista, en el que la hospitalización a domicilio ganará terreno a la hospitalización convencional, el ejemplo muestra un marcado deseo de que esto suceda (puntuando 8 en el apartado DESEO), en contraste con una escasa confianza en ver este escenario efectivamente materializado (otorgando 2 en el apartado de PRONÓSTICOS)

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	X	9
Pronóstico	1	X	3	4	5	6	7	8	9

Marcamos nuestra valoración de deseo y de pronóstico

- El tiempo estimado de cumplimentación del cuestionario es de 40-45 minutos.
- Conocedores de la exigencia del ejercicio, nos permitimos insistir en que por favor CONTESTE AL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD con el fin de asegurar la mayor riqueza de valoraciones Y NOS LO REMITA EN EL SOBRE FRANQUEADO REMITIDO A TAL EFECTO, ANTES DEL 3 DE MARZO DE 2009

Por último queremos recordarle cuáles son nuestros compromisos con usted:

- Garantizar la confidencialidad individual de sus respuestas.
- Facilitarle el acceso a la información a medida que se vaya desarrollando el trabajo, incluyendo el informe final y la base de datos si lo desea.
- Publicitar expresamente su participación en la publicación final resultante de la investigación, si no objeta lo contrario.

Si desea alguna aclaración complementaria, puede contactar con Montserrat Juan – 93 306 59 11; montserrat.juan@novartis.com – o Irene Povea – 93 306 46 12; irene.povea@novartis.com -. Estaremos encantados de atenderle.

1 Gobierno del Sistema Nacional de Salud

A continuación se describen una serie de escenarios de futuro hipotético en relación a diversas posibilidades de evolución de nuestro sistema público de salud y al rol que desempeñarán los profesionales de la salud. Todo ello en un horizonte de 15 años.

Las cuestiones que le sugerimos a continuación se proponen recoger tanto sus deseos – lo que le gustaría que ocurriera – como sus pronósticos – lo que de veras cree que va a ocurrir. Expresé su visión del futuro indicando tanto su DESEO de que se produzca o no el escenario propuesto (puntuando de 1 – rechazo total a que suceda – a 9 – fuerte deseo de que suceda) como su PRONÓSTICO (puntuando de 1 – no sucederá en absoluto – a 9 – sucederá con toda seguridad).

1.1 Descentralización y coordinación

111 La formulación y ejecución de cambios y reformas organizativas del SNS y de los niveles asistenciales contarán con la implicación, influencia y compromiso de las organizaciones profesionales.

Emisión de:

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

112 La profundización en la descentralización y la mayor asunción de responsabilidad autonómica en la sostenibilidad del gasto sanitario producirá desigualdades territoriales

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

113 La actual descentralización de la sanidad pública conocerá un mayor desarrollo en paralelo a una mayor participación de las CCAA en la recaudación e ingresos fiscales y parafiscales.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1.2 Organización y gestión

121 Los profesionales sanitarios dejarán de tener una plaza en propiedad garantizada estatutariamente para toda la vida, para pasar a mantener una vinculación laboral contractual

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

122 La protección del juicio y autonomía clínica de los profesionales procurará a usuarios y pacientes acceso a aquellas tecnologías que hayan demostrado ser costo-efectivas, sin interferencias administrativas.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

123 La Administración priorizará la calidad de la educación sanitaria y la información al paciente como medida para moderar la demanda

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Emisión de:

124 Desaparecerá o se reducirá de forma significativa la componente de politización en el nombramiento de gerentes en la red asistencial en beneficio de la profesionalización de estos cargos.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

125 Las organizaciones ciudadanas y de usuarios de la sanidad pública, por medio de sus representantes, y los profesionales formarán parte de los órganos de gobierno y de gestión de los Centros de Atención Primaria y los Hospitales.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

126 Los profesionales participarán en los órganos ejecutivos de las organizaciones asistenciales con capacidad para influir en las decisiones de cartera de servicios, inversión y asignación de los recursos disponibles .

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

127 Se incrementará significativamente el número de profesionales de la salud que asuma, además de la gestión clínica la gestión operativa en las organizaciones asistenciales.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1.3 Financiación y corresponsabilidad

131 En el horizonte de esta consulta la cobertura pública y universal se definirá para situaciones catastróficas y de riesgo menos previsible y consecuencias financieras graves, dejando fuera de cobertura las prestaciones de menor, dudosa o nula efectividad terapéutica.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

132 En la hipótesis de crecimiento del gasto sanitario total, será el gasto sanitario privado el que crezca en mayor proporción que el gasto público.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

En el horizonte de esta consulta se instaurará el co-pago en la sanidad pública española:

133 Por servicios de hostelería individual y/o de acompañantes y amenidades como comidas a la carta, peluquería y estética, TV, ... etc.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

134 Para corresponsabilizar los ciudadanos con el gasto asociado a los procesos asistenciales.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

135 Por los medicamentos: cambiando el actual criterio de co-pago por razón de edad – jubilados por otro criterio basado en la renta del paciente.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Emisión de:

136 Según la aportación terapéutica innovadora de los nuevos medicamentos autorizados.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

137 Por visita, prueba diagnóstica o acto médico.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1.4 Sanidad Privada: interfaz público-privada

141 Los efectos de la recesión económica reducirán la utilización de la medicina privada y presionarán sobre la demanda de la sanidad pública, universal de financiación impositiva.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

142 Se favorecerá fiscalmente la suscripción de pólizas de seguro privado suplementario.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

143 En los próximos 15 años el ciudadano podrá elegir entre un abanico de pólizas de cobertura pública y provisión privada o pública.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

144 Se implantarán fórmulas retributivas que incorporen incentivos económicos y de desarrollo profesional a los profesionales que acepten la transferencia de riesgos financieros asociados a su práctica clínica.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2 Salud Pública y Asistencia Sanitaria

Las cuestiones que le sugerimos a continuación se proponen recoger tanto sus deseos – lo que le gustaría que ocurriera – como sus pronósticos – lo que de veras cree que va a ocurrir. Expresé su visión del futuro indicando tanto su DESEO de que se produzca o no el escenario propuesto (puntuando de 1 – rechazo total a que suceda – a 9 – sucederá con toda seguridad).

2.1 Salud pública

211 Los ciudadanos preferirán invertir parte de eventuales aumentos del presupuesto público en servicios que tengan un fuerte y demostrado impacto en la mejora de la salud colectiva (conciliación actividad laboral y vida familiar, vivienda protegida, prevención de accidentes laborales, mejora de infraestructuras civiles, educación, ...).

Emisión de:

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Emisión de:

212 Se mantendrá cierta tolerancia así como intervenciones poco decididas ante el consumo de tabaco y alcohol.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2.2 Atención primaria

Se introducirán reformas encaminadas a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria:

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

221 Separando la gestión clínica de la gestión operativa y financiera.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

222 Vinculando la retribución e incentivos a la asunción de riesgo financiero, liderazgo y autonomía de gestión.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

223 Incentivando la creación y desarrollo de centros de AP con personalidad jurídica propia y contratación de actividad asistencial pública.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

224 Estableciendo y desarrollando la libre elección de centro de salud y de médico.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

225 Estableciendo horarios congruentes y adaptados a la jornada escolar y laboral de los usuarios de la sanidad pública.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

226 Creando la figura del coordinador de cuidados, claramente identificable por los usuarios que, asumirá la responsabilidad de su educación sanitaria, su adhesión al tratamiento y su seguimiento longitudinal.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

227 Integrando niveles asistenciales como respuesta a la presión asistencial y a la demanda generada por la creciente cronificación de las patologías y las prestaciones amparadas por el aseguramiento de la "dependencia".

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2.3 Asistencia especializada

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Emisión de: Marque con una X su opción

231 Los centros asistenciales competirán en la obtención de recursos a partir de sus resultados en salud y su capacidad para atraer y satisfacer a los pacientes.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

232 La atención en centros asistenciales de “cercanía” ganarán peso frente a la actual hospitalización con internamiento convencional.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

233 Serán del dominio público las experiencias de los pacientes en relación con el acceso, demoras, itinerarios asistenciales, atención recibida y resultados de las intervenciones así como el respeto y la consideración a su dignidad.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

234 El conocimiento generalizado de la variabilidad territorial no explicada de la práctica clínica, contribuirá a impulsar la adhesión de los profesionales a procedimientos encaminados a su reducción basados en la disponibilidad de evidencia de base científica y benchmarking de buena práctica.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

235 Los usuarios de la sanidad pública tendrán derecho garantizado a elegir, con la debida información, dónde, cuando, cómo y por parte de quién desean ser atendidos.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2.4 Prestación farmacéutica

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

241 La sustitución terapéutica sin autorización del prescriptor en la oficina de farmacia dificultará el adecuado seguimiento de las terapias prescritas.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

242 Los profesionales de enfermería asumirán responsabilidades de prescripción bajo la supervisión de médicos.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

243 Los centros de AP dispensarán la prestación farmacéutica general y de las residencias de enfermos crónicos y personas ancianas con limitaciones severas.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

244 Se eliminarán las listas negativas de medicamentos autorizados y financiados legalmente y la incentivación económica de las “listas negativas”

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Emisión de:

245 Aumentará la circulación de copias ilegales de medicamentos bajo patente y de productos fraudulentos que se observa en los países europeos con los precios más bajos y el mayor comercio paralelo.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3 Centralidad del paciente

Las cuestiones que le sugerimos a continuación se proponen recoger tanto sus deseos – lo que le gustaría que ocurriera – como sus pronósticos – lo que de veras cree que va a ocurrir. Expresé su visión del futuro indicando tanto su DESEO de que se produzca o no el escenario propuesto (puntuando de 1 – rechazo total a que suceda – a 9 – sucederá con toda seguridad).

3.1 Información

Emisión de:

311 En el horizonte temporal – 15 años – la mayoría de la profesión habrá integrado en su comportamiento el cambio desde el “paternalismo” al respeto a la autonomía personal y a la hegemonía del interés del paciente.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

312 En este mismo horizonte del perfil del paciente “pasivo” habrá dado paso a pacientes informados y atentos a que la expresión de sus necesidades sea atendida con preeminencia a las de sus proveedores asistenciales.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

313 La profesión se adaptará a las consecuencias de la circulación de información contrastada acerca de la competencia, calidad y resultados de organizaciones asistenciales.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

314 La consolidación de la implicación de los pacientes organizados en la configuración y desarrollo de la organización asistencial conforme a las necesidades locales mejorará el diálogo con la profesión

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

315 Aumentará la judicialización de las reclamaciones de los pacientes por incompetencia y mala práctica profesional.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

316 Aumentaran las agresiones a los profesionales por parte de los usuarios de la sanidad pública y de sus y familiares

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4 Desafíos profesionales emergentes

Las cuestiones que le sugerimos a continuación se proponen recoger tanto sus deseos – lo que le gustaría que ocurriera – como sus pronósticos – lo que de veras cree que va a ocurrir. Expresar su visión del futuro indicando tanto su DESEO de que se produzca o no el escenario propuesto (puntuando de 1 – rechazo total a que suceda – a 9 – sucederá con toda seguridad).

4.1 Confianza de la sociedad en los profesionales

411 En la medida en que los ciudadanos accedan a la información sobre las diferencias en calidad y resultados de las instituciones y los profesionales sanitarios aumentará su exigencia crítica.

Emisión de:

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

412 En los próximos 15 años la profesión habrá integrado en sus códigos de comportamiento y responsabilidad social la revalidación periódica de sus competencias y capacidad.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

413 En los próximos 15 años la profesión se responsabilizará de identificar el sobreconsumo y la utilización innecesaria de los recursos asistenciales por parte de los ciudadanos.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4.2 Comunicación y confianza en los usuarios y pacientes

La integración de los valores, preferencias y auto-determinación de los pacientes en la conducta y las decisiones de los profesionales constituye en la actualidad un reto fundamental.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Indique su deseo y su pronóstico en relación a lo que crea que serán las expectativas de los pacientes en los próximos 15 años:

421 Ejercer la práctica dentro de los límites de las competencias del profesional.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

422 Tolerancia cero con la vulneración de la seguridad y el respeto al paciente.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

423 Mantenimiento demostrable al día de conocimientos y competencias.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Emisión de:

424 Respeto a la confidencialidad de manera rigurosa y verificable

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

425 Actuación sin demora ante la sospecha razonable de que los colegas ponen innecesariamente en riesgo al paciente.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

426 Los pacientes intervendrán de manera demostrable en la elaboración de las versiones para el público de las guías de práctica clínica y en la validación de la inteligibilidad y utilidad.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4.3 Acceso a la profesión y formación

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

431 Se desarrollarán y aplicarán instrumentos de selección anticipada de estudiantes basados en la valoración de actitudes y aptitudes para mejorar el nivel de profesionalidad de los futuros médicos y profesionales de enfermería.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

432 Los planes de estudio de las facultades de Medicina y de Enfermería incluirán formación activa en habilidades de comunicación e incorporarán la perspectiva del paciente en la enseñanza lectiva y práctica.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

433 Los alumnos se ejercitarán para desarrollar sus capacidades clínicas, en situaciones simuladas, antes de enfrentarse a los pacientes reales.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

434 Todos los niveles de las organizaciones asistenciales ofrecerán al público información fehaciente acerca de la actividad, calidad y resultados de las intervenciones y la lista de espera de cada facultativo para facilitar a los usuarios una elección informada.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4.4 Mantenimiento de competencias

441 La evaluación regular y sistemática de competencias, conocimientos y capacidades para la revalidación de la autorización de la práctica profesional será considerada por las organizaciones profesionales como parte indisociada del currículo profesional actualizado.

Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4.5 Carrera profesional

- 451 El desarrollo profesional continuado se integrará en la valoración del desempeño de la carrera profesional.
- 452 La Sanidad Pública reconocerá debidamente en el desarrollo profesional y en sus ingresos la implicación profesional y el liderazgo de los profesionales en las actividades de investigación biomédica orientadas a aportar innovaciones clínicas y/o mejoras en la efectividad de las intervenciones disponibles.
- 453 La feminización de los efectivos profesionales comportarán una disminución del status social de la profesión.
- 454 La longitudinalidad y la continuidad de los cuidados asistenciales requerirá un profundo cambio cultural desde la responsabilidad individual a la responsabilidad profesional colectiva en las organizaciones asistenciales.
- 455 Se incrementará el número de médicos y profesionales de enfermería extranjeros que se incorporen a la práctica asistencial colegiada de la sanidad pública

Emisión de:

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
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
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

5 Calidad

Las cuestiones que le sugerimos a continuación se proponen recoger tanto sus deseos – lo que le gustaría que ocurriera – como sus pronósticos – lo que de veras cree que va a ocurrir. Exprese su visión del futuro indicando tanto su DESEO de que se produzca o no el escenario propuesto (puntuando de 1 – rechazo total a que suceda – a 9 – sucederá con toda seguridad).

Emisión de:

- 51 Los indicadores de calidad incorporarán medidas validadas de procesos y resultados en supervivencia, salud y calidad de vida.
- 52 Los ciudadanos tendrán acceso a los indicadores de las organizaciones asistenciales que se utilicen para financiarlas y retribuir a sus profesionales

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
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

53 El aumento verificable de la calidad asistencial comportará la eliminación de procedimientos peligrosos o sin evidencia verificable de aportación positiva para la salud e integridad del paciente.

54 Se publicitarán los datos correspondientes a la existencia de variabilidad en la práctica clínica por territorio, centro y profesionales.

55 Los representantes de las organizaciones de pacientes participarán de manera independiente y demostrable en el proceso de selección y definición de los indicadores de calidad asistencial que estén en la base de la retribución a centros y profesionales sanitarios.

4 Desafíos profesionales

Emisión de: Marque con una X su opción

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
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
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

www.fundsis.org

Fundación



SALUD

INNOVACIÓN

SOCIEDAD