

Fundación



SALUD
INNOVACIÓN
SOCIEDAD

¿Hay Futuro para la Atención Primaria? **Visión de los Médicos de** **Atención Primaria: 2011-2020**

Consulta Prospectiva Delphi

www.fundsis.org

**¿Hay futuro para la
Atención Primaria?
Visión de los Médicos
de Atención Primaria:
2011-2020**

Análisis Prospectiva Delphi

www.fundsis.org

¿Hay Futuro para la Atención Primaria? Visión de los Médicos de Atención Primaria: 2011-2020

Dirección del Proyecto

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

Diseño y Realización del Trabajo de Campo y Análisis

Dr. Salvador Peiró i Moreno
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

Dr. Ricard Meneu de Guillerna
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

Administración del Trabajo de Campo

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

Promovido por

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Patrocinado por

Grupo Novartis

Con la colaboración de

Reconocimientos

Se desea hacer patente el reconocimiento a las aportaciones desinteresadas de los doctores Joan Gené Badia y Luis Orozco Cuesta, por su contribución experimentada y crítica a la comprensión de aspectos cruciales en el desarrollo de la Atención Primaria en España.

1. Presentación	07
2. Introducción	11
3. Resumen Ejecutivo	15
4. Material y métodos	21
4.1. Diseño.....	21
4.2. Participantes.....	21
4.3. Cuestionario.....	24
4.4. Proceso de recogida de datos.....	24
4.5. Análisis.....	24
4.6. Sugerencias para la lectura de los resultados.....	24
5. Resultados	29
5.1. Características de la AP en el horizonte de la consulta.....	29
Filtro y capacidad resolutoria.....	29
Priorización en la asignación de recursos.....	30
Elección informada de proveedores.....	31
Flexibilización de “fronteras” interprofesionales y estratificación poblacional por nivel de “riesgo”.....	32
Farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos.....	33
5.2. Evolución de la oferta de cuidados en AP.....	33
Orientación hacia la cronicidad.....	33
Enfermería comunitaria.....	34
Promoción de la Salud.....	34
Expansión de las prestaciones e intervenciones diagnósticas y terapéuticas.....	35
5.3. Evolución de la oferta de actividades preventivas.....	35
Detección precoz oncológica y de enfermedades de alta incidencia.....	36
Actividades de prevención de adicciones.....	36
Actividades de educación, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual.....	37
Actividades de prevención de accidentes domésticos y riesgos laborales.....	38
Prevención del abuso de medicamentos.....	38
5.4. Financiación, Organización y Coordinación entre niveles y modelo funcional.....	39
Financiación de los centros de AP.....	39
Asignación presupuestaria.....	40
Calidad de la cartera de servicios.....	41
Coparticipación en el coste de los servicios.....	41
Diversificación de perfiles organizativos.....	42
Capacidad de compra de la AP.....	43
Microgestión del impacto económico de las decisiones clínicas.....	44
Capacidad de contratación multinivel.....	45
Coordinación e integración de niveles.....	45
Sistemas de información.....	46
Impacto en ciudadanos y profesionales.....	47

5.5. Autonomía de gestión.....	48
Personalidad jurídica y autonomía de gestión presupuestaria, organizativa, de microgestión clínica y de "compra" de servicios multinivel.....	49
Adscripción voluntaria de los profesionales a fórmulas organizativas innovadoras.....	50
Impacto de la crisis fiscal en la innovación organizativa de la Atención Primaria.....	51
Evaluación de la aportación de valor de la innovación organizativa de la AP.....	51
Dinamizadores de la autonomía de gestión.....	52
Consecuencias anticipadas de la extensión y consolidación de la autonomía de gestión.....	53
Impacto plausible en los profesionales y los ciudadanos usuarios.....	54
5.6. Carrera profesional, fórmulas retributivas e incentivos.....	55
Modalidades retributivas.....	55
Consecuencias de la adopción de fórmulas retributivas por resultados.....	56
5.7. Papel de los sistemas de información y las tecnologías de la información y de la comunicación...	57
Redes sociales.....	57
Predicciones acerca del impacto de las TIC.....	58
5.8. Docencia, formación continuada, certificación e investigación.....	59
La docencia en las facultades de medicina.....	59
La formación postgrado.....	60
Formación, desarrollo profesional e interprofesional y recertificación.....	61
Investigación clínica.....	62
6. Grandes Consensos, Rechazos y Dispersión Elevada.....	65
7. Comentarios Finales.....	71
8. Bibliografía.....	75
9. Anexo.....	79
Cuestionario principal de la consulta.....	85



1

1.

PRESENTACIÓN

1. PRESENTACIÓN

El análisis de escenarios de futuro de la Atención Primaria (AP) de Salud que presentamos es continuidad del que fué el primer ejercicio de pronóstico de la línea de investigación e informes prospectivos sobre la política sanitaria española realizados por la FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD (FUNDACION SIS)¹. También supone el cierre de un ciclo de producción por la Fundación SIS de análisis anticipativos para la reflexión estratégica de la evolución de la sanidad pública española.

Durante más de una década esta línea de investigación se ha beneficiado de la generosa contribución de centenares de profesionales de la salud de diversas disciplinas, altos cargos de la política sanitaria, directivos y gestores de las redes asistenciales pública y privada, ejecutivos de las industrias sanitarias, académicos de diversas disciplinas, líderes y miembros del asociacionismo de los pacientes, ciudadanos-contribuyentes y profesionales de la comunicación.

El apoyo activo de esta red plural y diversa de stakeholders del Sistema Nacional de Salud ha permitido que la colección de informes que anteceden al que se presenta cubriera diversos ámbitos huérfanos de documentación prospectiva, como la discriminación por género y edad en el sistema público de salud, la salud infantil y las tendencias de desarrollo de la pediatría, el impacto de la transición demográfica y epidemiológica sobre la sostenibilidad de la protección social, la aplazada emergencia de la AP como centro de gravedad del Sistema Nacional de Salud (SNS), los dilemas de la cadena asistencial oncológica, y los escenarios de futuro de la sanidad pública.

Todos estos ejercicios anticipatorios han gozado del entusiasmo, la complicidad y el incuestionable esfuerzo de las visiones –siempre diversas y muchas veces tirantes– aportadas por los profesionales, políticos y ciudadanos arriba apuntados. No dudamos que la clave de la buena acogida dispensada a estos trabajos se debe, precisamente, a esa tensión en la diversidad, que aleja a estos productos de la habitual unanimidad parroquial (de cada parroquia si se quiere) aunque para ello se haya sacrificado la representatividad estadística.

El informe que hoy nos ocupa ofrece una “*pre-visión*” de las tendencias de avance –o involución– del primer nivel asistencial en relación a cambios plausibles –impulsores y retardatarios– relevantes para su configuración y legitimación social en la década 2010-2020.

Su obtención ha exigido destilar los saberes y experiencias de 15 reputados especialistas participantes en una sesión de grupo nominal “*trend tracking*”, otros 15 líderes del sector partícipes en la configuración del cuestionario y 45 panelistas que lo han abordado esforzándose en discriminar netamente sus anhelos de sus predicciones informadas. Además de estas imprescindibles aportaciones, este informe es el resultado de la cooperación institucional y operativa con la FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS SANITARIOS cuya experiencia, cualificada y generosa contribución deseamos hacer constar y agradecer.

2

2.

INTRODUCCIÓN



2. INTRODUCCIÓN

En 2006 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó unánimemente avalar el Marco Estratégico para la Mejora de la AP de Salud 2007-2012, más conocido como Estrategia AP-21², elaborado por un colectivo de expertos y profesionales de este nivel asistencial, comisionados por sus respectivas autoridades sanitarias, confiándose a la Agencia de Calidad del SNS “de acuerdo con las Comunidades Autónomas” la elaboración de los “indicadores que permitan realizar una evaluación de progreso”.

Este acontecimiento de dotar a la AP de un instrumento de desarrollo “estratégico” –con abundantes recomendaciones u objetivos, en contraste con la escasa referencia a como lograrlos y la aún menor priorización de cursos de acción– tuvo lugar en el clima de optimismo suscitado por las dos primeras conferencias de Presidentes pese a que, en lo fundamental, sólo confirmaron los recurrentes brindis al sol que caracterizan al -siempre en crisis- modelo de financiación del SNS.

El progreso que debía ser verificado se refería al desarrollo de los objetivos del Marco Estratégico por parte de las Comunidades Autónomas en el horizonte temporal establecido. La estrategia AP21 emplazaba a desarrollar estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización, así como de “mejora de la participación y el desarrollo profesional”, “la calidad de los servicios orientados al ciudadano”, “la efectividad y la resolución” y la “continuidad asistencial”. En su introducción se proponía alcanzar esos propósitos por medio de unos profesionales motivados y capacitados y “una organización descentralizada, participada y eficiente”.

Apenas un año antes las Fundaciones Salud, Innovación y Sociedad y Abril Martorell dieron a conocer el primer análisis prospectivo sobre el futuro del SNS a partir de las predicciones sobre la base de 141 altos cargos de la sanidad pública³. Los panelistas de la consulta anticipativa –altos decisores de la Administración Central y de las Comunidades Autónomas, bastante menos optimistas– vaticinaban un escaso avance en la mejora del presupuesto de la Atención Primaria, que en una eventual modulación de las relaciones entre niveles asistenciales la iniciativa correspondería al nivel especializado, auguraban una etapa de florecimiento renovado de la especialización y la alta tecnología hospitalocentrista y se mostraban escépticos en relación a cualquier salto cualitativo en la “rendición de cuentas” del SNS basada en la adopción de sistemas de información homologables y de procedimientos de benchmarking apropiados. Tampoco entreveían un horizonte con un descenso sustancial de la politización de las estructuras de gobierno y de la gestión asistencial.

El enorme desafío del impacto de la crisis fiscal y la recesión –con una profundidad y horizonte temporal aún inciertos– han puesto en evidencia tanto la escasa flexibilidad estratégica (mantenimiento contra viento y marea del *statu quo*) como la miope visión anticipativa del SNS, y plantea abiertamente la necesidad de un –ya inaplazable– compromiso entre los políticos y los profesionales de los microsistemas clínicos de primer nivel –donde la inmensa mayoría de los pacientes experimentan las prestaciones asistenciales del sistema– para liberar el potencial de mejora de productividad y eficiencia general del SNS (frente a la cronificación del recorte más o menos discrecional y no pocas veces destructivo).

Naturalmente también emergen las consecuencias de la escasa atención que ha merecido tanto la priorización de la jerarquía docente de la AP en pregrado, postgrado y desarrollo profesional, como la innovación en el fortalecimiento de la formación de los profesionales en un liderazgo “fuerte”, congruente con su consolidación como centro de gravedad de un SNS con los atributos definidos por el decreto de Estructuras Básicas de Salud de 1984 y su reformulación acorde con las exigencias de un entorno notoriamente distinto al de hace tres décadas.

Es en este contexto en el que ha parecido útil sumar este ejercicio a los esfuerzos de quienes tratan de encontrar respuestas fundamentadas para el “rescate” de la AP como elemento conductor y regenerador del conjunto del sistema público de salud. No insistiendo en lo que se debería haber hecho y no se hizo, sino en lo que se debería hacer a partir de lo aprendido, y en anticipación de obstáculos conocidos y emergentes.

La utilidad de este tipo de consultas predictivas se asienta en la *"sabiduría de los colectivos"*. La consulta de prospección normativa (que desean que ocurra los consultados) y de predicción (que pronostican que va a ocurrir) puede contribuir a sugerir pistas en la indagación acerca de cuestiones como:

- ¿Qué va a deparar para la AP y el SNS la persistencia del inmovilismo innovador de nuestra organización asistencial pública lastrada por un sistema de financiación en bancarrota?
- ¿A que coste social se mantendrán los *"silos"* y la ausencia de coordinación e itinerarios asistenciales integrados entre los niveles primarios y especializado como insostenible excepción a la organización horizontal y en red?
- ¿Que razones y que perspectivas permiten esperar que en un próximo futuro se equilibre la actual asignación del presupuesto sanitario público entre la AP, el nivel especializado y los cuidados a la cronicidad y la dependencia?
- ¿Cabe esperar que, en los diez años del horizonte temporal de la consulta, se produzca una apertura de la AP a la competencia, siquiera bajo la forma de competencia por comparación?
- ¿Se abrirá la universidad a la AP como disciplina específica y plenamente integrada al curriculum formativo de los profesionales?
- ¿Es previsible que se mantenga en el futuro la asociación emergente a lo largo de la consulta entre un alto consenso en los *"deseos"* colectivos –largamente mantenidos– de cambios en las señas de identidad del modelo *"reformado"* de 1984 y el escepticismo en el pronóstico de que se cumplan?
- ¿Es justificable que se continúe atribuyendo en exclusiva a los sucesivos gobiernos la pérdida de dinamismo en el desarrollo y consolidación de la AP en España?
- ¿El impacto de la actual crisis fiscal del gasto sanitario público accionará, confirmará o mantendrá la actual posición excéntrica de la AP en el SNS?

El informe que vehiculiza las predicciones de los consultados aporta una información inédita cuya solvencia procede de la experiencia y calidad profesional de quienes han accedido voluntariamente a colaborar con su visión de futuro y de la replicabilidad de la metodología.

Como en anteriores informes de esta línea de investigación prospectiva no es menor la importancia de los resultados obtenidos por lo que se refiere a la emergencia de tendencias, paradojas, encrucijadas y predicciones difíciles de interpretar sin un contraste más específico y minucioso. No es necesario resaltar que generar nuevas hipótesis que merezcan ser exploradas o validadas es, precisamente, uno de los resultados más apreciados de este tipo de análisis.

RESUMEN EJECUTIVO



3. RESUMEN EJECUTIVO

El informe presenta los resultados de una consulta prospectiva –a diez años vista– basada en la técnica Delphi sobre el futuro de la Atención Primaria de Salud (AP) y su plausible contribución a la modernización y reconfiguración del Sistema Nacional de Salud.

Las predicciones aportan una perspectiva anticipativa en el análisis estratégico del proceso de defensa y recuperación del sentido de la AP de Salud frente al impacto de la actual crisis fiscal y el estancamiento económico general.

El análisis de escenarios de futuro realizado presenta las predicciones que los profesionales consultados esperan y creen que va a desempeñar la AP, sirviendo de complemento a las reflexiones, mayoritariamente retrospectivas, producidas con motivo de la conmemoración del primer cuarto de siglo de la Ley General de Sanidad, que sancionó su refundación, iniciada con el Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud y la definición como especialidad MIR en el año 1978, el mismo de la Declaración de Alma-Ata.

Métodos

El informe presenta la valoración en forma de predicciones normativas –manifestación de lo que los panelistas *desean* o *rechazan* que ocurra– y *pronósticos* o estimación de lo que creen más probable que suceda, en relación a 43 escenarios con 102 proposiciones en los bloques temáticos siguientes:

- Características de la AP en el horizonte de la consulta.
- Evolución de la oferta de cuidados en AP.
- Evolución de la oferta de actividades y prestaciones preventivas.
- Financiación, organización, coordinación de niveles asistenciales y modelo funcional.
- Autonomía de gestión.
- Fórmulas retributivas e incentivos al desempeño profesional.
- Papel de los sistemas de información y las tecnologías de la información y de la comunicación.
- Docencia, formación continuada, certificación e investigación.

Para la definición del cuestionario se convocó a 15 expertos a un grupo nominal “*trend tracking*”, a partir de cuyas líneas maestras se confeccionó el cuestionario con la interacción de otros 15 líderes del sector.

La técnica Delphi permite identificar posicionamientos coincidentes, antagónicos o de dispersión inconclusiva de pareceres, a partir de una muestra intencional –no probabilística– de sujetos con un buen conocimiento y experiencia sobre el objeto de la consulta.

Continuando una estrategia prospectiva experimentada en trabajos previos³⁻⁸ se consultó de manera diferenciada por sus *predicciones normativas* (aquello que se desea o rechaza que ocurra) y *pronósticos* (estimación de la verosimilitud que otorgan a lo que creen más probable que suceda). Esta doble articulación permite discriminar netamente ambas dimensiones, disipando las usuales dudas sobre si las puntuaciones otorgadas responden a una predicción intencionalmente objetiva o están teñidas de “pensamiento ilusorio” (*wishful thinking* o, más castizamente, se acogen al “pintar como querer”). Además la metodología escogida, permite cuantificar las distancias entre las dos perspectivas consideradas.

Los consultados expresaron sus respuestas en términos de una puntuación entre 1 y 9 para reflejar la intensidad de sus estimaciones predictivas, tanto las *normativas* –deseos– como los pronósticos. Para cumplimentar el cuestionario se invitó a 60 potenciales panelistas –entre ellos numerosos profesionales de la AP con diversos desempeños asistenciales y de gestión– cuya tasa de respuesta en el plazo requerido fue del 75%.

Una visión general: querer no es poder

La tónica general de las distribuciones de las predicciones del conjunto de panelistas ofrece mayoritariamente un perfil de elevados “deseos” de ocurrencia de los escenarios propuestos asociado a una pauta de “pronósticos” sistemáticamente menos firmes, cuando no significativamente desconfiados o escépticos.

Sobre la deseabilidad de los 102 escenarios de futuro sugeridos a los panelistas, en el 80% la expresión de asentimiento o aval obtuvo las máximas puntuaciones con medianas de 8 y 9. Sin embargo tan sólo el 43% de los pronósticos del colectivo superaban el 5, todos ellos en valores de 6 y 7, sin que en ningún caso se alcanzaran puntuaciones de 8 o 9. En sentido inverso, sólo 7 escenarios muestran una clara indeseabilidad o rechazo (puntuaciones iguales o inferiores a 4 mientras la proporción de los pronósticos más pesimistas es de un 22,5%.

El dominio de las posiciones positivas en las expectativas agregadas de los panelistas sugiere que los profesionales expresan una disposición a revisar las “señas de identidad” convencionales del modelo vigente de AP muy superior a la que atribuyen a las autoridades y los altos decisores de la política sanitaria responsables de su materialización.

Las excepciones, llamativas y destacadas en el análisis, apuntan hacia una minoría de posicionamientos coincidentes en deseo y pronóstico. Por ejemplo la coincidencia en la moderada aunque favorable predicción de implantación en el horizonte de diez años de tasas públicas para acceder a determinadas prestaciones asistenciales.

Características clave de la AP de Salud en el 2000

Se mantiene en un elevado nivel de consenso el deseo de que se consoliden los rasgos básicos establecidos en el diseño inicial del modelo hace más de un cuarto de siglo.

Destaca el elevado nivel de concordancia en las predicciones de priorización de la atención a las enfermedades crónicas, la incorporación de las prestaciones diagnósticas y terapéuticas, los servicios de enfermería especializada y las intervenciones de naturaleza comunitaria. En este sentido se aprecia una destacable coincidencia entre las características y atributos deseables que concitaban mayor unanimidad en el Delphi de 2000 y las que en la presente consulta muestran menor distancia entre deseos y pronósticos.

Evolución de la oferta de cuidados en AP: ¿el pasado como horizonte?

Existe un elevado consenso sobre la deseabilidad de la consolidación de los rasgos básicos de la oferta de cuidados de AP con que se diseñó inicialmente el modelo. La tónica general de firmeza en el pronóstico apunta hacia una elevada confianza en su culminación, siendo uno de los epígrafes con discrepancias más moderadas entre “deseos” y “pronósticos”. Las medianas se sitúan en el 8 para los deseos, siendo el pronóstico más moderado, con medianas en 6, salvo en cuidados y prevención en crónicos que alcanza el 7.

En relación con las expectativas manifestadas por los panelistas interrogados hace diez años, la presente consulta reafirma los deseos de priorización de la atención a las enfermedades crónicas, el acceso directo de la AP a las pruebas diagnósticas que faciliten una mayor capacidad resolutoria, los servicios de enfermería especializada y las intervenciones de naturaleza comunitaria.

Evolución de la oferta de actividades preventivas

El alejamiento “deseos-previsiones” es mínimo para la detección precoz de cáncer y factores de riesgo, pero alcanza 4 puntos para la prevención laboral y 3 para la prevención del abuso de medicamentos.

Dentro de una tónica general de respaldo de la continuidad de la prestación preventiva destaca el reforzamiento de la tendencia al incremento de las actividades preventivas de mayor arraigo: detección precoz del cáncer y de factores de riesgo cardiovascular, diabetes y osteoporosis.

Son claramente pesimistas los pronósticos sobre la expansión de las actividades de prevención de los accidentes laborales y domésticos llamando la atención la distancia entre los deseos y los pronósticos asociados al escenario de una mayor atención a la prevención del abuso de medicamentos. Esta última predicción llama particularmente la atención considerando la magnitud del impacto conjunto en la salud colectiva de escasa atención a las consecuencias tanto de la ausencia de adhesión a los tratamientos como de los errores de prescripción.

Financiación, organización y coordinación entre niveles y modelo funcional

En términos generales la consulta sugiere que los profesionales están inclinados a aceptar diversas innovaciones a las que son reacios los responsables de la política sanitaria.

El panel suscribe la reclamación histórica de los profesionales de la AP de equiparación de sus presupuestos con los del nivel asistencial especializado, aunque el pronóstico asociado es muy desfavorable, mostrando una de las mayores discrepancias entre deseos y predicciones de la consulta.

Merece la pena subrayar el punto de inflexión que supone el alineamiento de deseos y pronósticos a favor de la incorporación de copagos tanto los diseñados como instrumentos de gestión de la demanda como los concebidos para obtener financiación pública adicional: ninguna de las tres modalidades de copago sugeridas a los panelistas son rechazadas y todas ellas reciben pronósticos notablemente favorables.

Los panelistas se posicionaron favorablemente al desarrollo diversificado de modelos organizativos manteniendo un pronóstico afirmativo, aunque cauto, acerca de su probable extensión: se registra buena disposición –con un pronóstico ligeramente favorable– a asumir la diversificación organizativa con coordinación de niveles asistenciales basada en la capacidad de compra y riesgo financiero asociado al desempeño de la gestión clínica. Lo anterior contrasta con un pronóstico poco esperanzador de que la AP incorpore funciones de “compra” de servicios a los demás niveles asistenciales basada en criterios clínicos ajustados a los recursos disponibles.

En la misma tónica de desconfianza en su materialización –en contradicción con los deseos mayoritariamente favorables– se contempla el avance en la participación social tanto en las decisiones clínicas que incumben individualmente a los pacientes como en las decisiones estratégicas y operativas de desarrollo de servicios y prestaciones alineados con las evolución de las necesidades reales de la población.

Autonomía de gestión

La consulta arroja unanimidad en la adhesión de los panelistas al papel crítico de la autonomía de gestión en la eventual transformación de la AP como centro de decisiones clave en la asignación de recursos y flujos asistenciales.

La valoración positiva de los panelistas a acoger innovaciones estructurales importantes en la organización de la AP contrasta con su pronóstico acerca del impacto de la crisis y el manejo de la recuperación que es claramente pesimista.

En las predicciones sobre la asunción profesional de algunos de los atributos diferenciadores de la autonomía de gestión, el panel expresó una consistente y elevada deseabilidad, con pronósticos cautos aunque posibilistas.

Mientras se desconfa de que la gestión concertada se acompañe de una auténtica libertad de elección de centro y profesionales por parte de los usuarios y de que en la práctica se alcance a gestionar el presupuesto completo de todos los recursos asistenciales del área asignada, se admite paradójicamente como más probable la retribución por resultados.

Es preocupante la visión negativa del pronóstico de obtención y divulgación de información imprescindible para facilitar la competencia por comparación entre modelos organizativos y proveedores. Precisamente son la libertad de elección real, la transparencia en la evaluación y divulgación de resultados y la competencia por comparación los factores más valorados como propulsores de la diversificación racional de la innovación organizativa.

Para los consultados la implantación y desarrollo de la autonomía de gestión habrá de conllevar mejoras –verificables– en la calidad y la eficiencia de los servicios y prestaciones, aunque no esperan que la reorganización contribuya en gran medida a mejorar las desigualdades en salud.

En sentido opuesto los panelistas manifiestan una importante dispersión en deseos y pronósticos –ausencia de posicionamiento definido– en relación a que las reformas conlleven aumentos de personal de enfermería y administrativo y no descartan la posibilidad de que los nuevos criterios de gestión y retribución originen conflictos entre los miembros de los equipos profesionales.

Fórmulas retributivas e incentivos

De entre las fórmulas propuestas el panel prefirió y pronosticó, de manera congruente con su deseo mayoritario, la implantación de fórmulas que integren dimensiones de salario, capitación y consecución verificable de resultados negociados.

Asimismo y con deseos y pronósticos alineados de manera favorable al escenario propuesto los panelistas esperan que la aplicación del sistema de retribución por objetivos que se establezca sea evaluado de manera independiente para salvaguardar sus ventajas y prevenir su degradación.

Papel de los sistemas de información y las tecnologías de la información (TIC)

Este capítulo recibe de manera consistente la mayor unanimidad en las expectativas con pronósticos alineados y favorables aunque no tan contundentes. Emerge el consenso acerca del papel estratégico de las TIC en el acopio, análisis y desarrollo del capital intelectual imprescindible para dar un salto cualitativo en la mejora de la gestión basada en la gestión dinámica del conocimiento.

En este sentido los panelistas predicen –posiblemente sobre la base de la experiencia acumulada– el impacto positivo de la contribución de las TIC a la comunicación interprofesional, el acceso a la innovación asistencial basada en la rutinización, divulgación y comparación de la medida de procesos y resultados y la aceleración de la corresponsabilidad y implicación informada del paciente en las decisiones de estilo de vida y decisiones clínicas que les conciernan.

Docencia, formación continuada, certificación de competencia profesional e investigación

Debería ser motivo de preocupación la consistente tendencia de las predicciones de los panelistas que desconfían –con grandes distancias entre deseos y pronósticos– de que la próxima década registre alguna modificación significativa en la contribución del sistema educativo a reorientar la formación de los profesionales de manera congruente con las aceleradas transformaciones en las necesidades sanitarias de la población.

Son ligeramente más esperanzadoras las probabilidades asignadas al desarrollo de la formación interprofesional en la fase de formación especializada de la AP y la sensibilidad de los planes docentes al desarrollo del nuevo liderazgo de los profesionales de primera línea que la situación de incertidumbre y crisis financiera y organizativa requiere.

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño.....	21
4.2. Participantes.....	21
4.3. Cuestionario.....	24
4.4. Proceso de recogida de datos.....	24
4.5. Análisis.....	24
4.6. Sugerencias para la lectura de los resultados.....	24

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO

El informe presenta los resultados de un proceso de diseño y consulta individual en una única oleada basada en la técnica Delphi de elicitación de pronósticos, tendencias y visiones normativas de escenarios de futuro de la AP del Sistema Nacional de Salud.

La determinación de los diferentes escenarios propuestos a los profesionales consultados para su valoración predictiva –en un cuestionario con respuestas precodificadas– se basó en una combinación de análisis documental, la realización de entrevistas semiestructuradas con líderes de opinión y en una sesión de *trend tracking* con directivos y líderes de las profesiones y cometidos de la AP.

La metodología Delphi es una técnica de consulta a colectivos de expertos con cualificación y experiencia probada en los temas objeto de investigación que expresan su posicionamiento de manera individual y anónima en relación a propuestas de escenarios en una escala de valores que permite una agregación colectiva y la identificación de unanimidades, consensos y disensos.

El informe presenta una visión de futuro a diez años vista de tendencias emergentes, procesos de cambio de alto impacto, encrucijadas estratégicas y obstáculos anticipados en la evolución de la AP.

4.2. PARTICIPANTES

El panel descrito gráficamente en la tabla nº 3, reunió 45 panelistas que aceptaron la invitación que se dirigió a una selección de 60 profesionales realizada y avalada por diversas sociedades científicas, instituciones corporativas y organizaciones asistenciales.

La contribución de los panelistas fué facilitada por la contribución de 15 expertos que tomaron parte en una sesión de grupo nominal y 15 líderes y representantes de profesionales de la AP que contribuyeron a identificar tendencias clave y escenarios plausibles.

Los profesionales que contribuyeron a la realización del grupo nominal fueron:

Tabla nº 1. Listado Participantes Grupo Nominal			
			Titulación académica/profesional
David	Baulenas	i Parellada	Médico de Familia, Director Médico del Consorci Hospitalari de Mollet, Miembro de la Junta Permanente de CAMFiC, Máster en AP de Salut por la UAB y Dirección de Servicios Integrados de Salud por ESADE
Gabriel	Coll	de Tuero	Doctor
Ferran	Cordón	Granados	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Asociado Facultad de Medicina de Girona
Anna	Doménech	Borras	Medicina Familiar y Comunitaria
Àlex	Escosa	Farga	Médico de Familia
Dolors	Forés	García	Médico. Especialista en Medicina Interna i Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Estudios de la UDM de Costa Ponent, ICS. Presidenta de CAMFiC. Profesora Asociada UB

(continuación)

			Titulación académica/profesional
Joan	Gené	Badia	Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Doctor en Medicina. Profesor Asociado
Josep M ^a	Grego	Recasens	Licenciado en Medicina y Cirugía. Director de la Atención Primaria de Salud, Mutua Terrassa
Silvia Anna	Güell Luque	Parnau Alonso	Médico de Familia Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Amando	Martín	Zurro	Doctor en Medicina
Xavier	Mundet	Tuduri	Doctor en Medicina. Médico de Familia. Profesor de la UAB
Luis	Orozco	Cuesta	Doctor
Josep M ^a	Pepió	Vilaubí	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Mireia	Sans	Corrales	Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria, Doctora en Medicina y Cirugía

Los expertos y líderes que facilitaron la identificación de tendencias clave:

Tabla nº 2. Listado de Participantes en Identificación de Tendencias

			Titulación académica/profesional
Paloma	Casado	Pérez	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
José	Cuervo	Argudín	Médico. Asesor Gerencia Hospital Sant Pau
Joan	Gené	Badia	Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Doctor en Medicina. Profesor Asociado
Rodrigo	Gutiérrez	Fernández	Médico. Coordinador Área de Atención al Ciudadano. SESCAM
Tomás	Jiménez	Araya	Profesor Consultor - UOC, Universitat Oberta de Catalunya, Máster Derechos Humanos y Democracia
Luis	Orozco	Cuesta	Doctor
Gabriel	Pérez	Cobo	Médico/Director de Área de Críticos del Hospital Costa del Sol
Emilia	Sánchez	Chamorro	Directora de Proyectos e Innovación. ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS. CURIA PROVINCIAL DE SAN RAFAEL
Victor M.	Sánchez	Sánchez	Profesor Agregado de Derecho y Director del Máster de Derechos Humanos y Democracia. Universitat Oberta de Catalunya (UOC)
Jaume	Sellarès	Sallas	Médico de Familia
Miguel Ángel	Zamarrón	Moreno	Licenciado en Medicina y Cirugía. Especializado en Radiodiagnóstico. Diplomatura en Dirección Médica de Hospitales. Título de Gerencia de Hospitales

Formaron parte activa del panel:

Tabla nº 3. Listado autorizado de panelistas		
Felipe	Aizpuru	Barandiaran
David	Baulenas	i Parellada
Raimon	Belenes	Juárez
José Alvaro	Bonet	Pla
Rafael	Bravo	Toledo
Francisco	Buitrago	Ramírez
Carlos	Calderón	Gómez
Carlos	Campillo	Artero
Paloma	Casado	Pérez
Josep	Casajuana	Brunet
Ana	Clavería	Fontan
Jordi	Colomer	i Mascaró
Gabriel	Coll	de Tuero
Anna	Doménech	Borras
M. Pilar	Espelt	Aluja
Josep M ^o	Grego	Recasens
Silvia	Güell	Parnau
Amèlia	Guilera	Roche
Rodrigo	Gutiérrez	Fernández
José R.	Luís-Yagüe	Sánchez
Anna	Luque	Alonso
José Luis	Llisterri	Caro
Soledad	Márquez	Calderón
Amando	Martín	Zurro
Luisa	Montes	Pérez
Xavier	Mundet	Tuduri
Luis	Orozco	Cuesta
Ana María	Palacios	Romero
Olga	Pané	Mena
Pedro	Parra	Hidalgo
Anna	Pedraza	Anguera
Gabriel	Pérez	Cobo
M ^o Teresa	Ramón	Esparza
José Luis	Segú	Tolsa
Andreu	Segura	Benedicto
Juan	Simó	Miñana
Gaspar	Tamborero	Cao

(continuación)

Elisa	Tarazona	Ginés
Miquel	Vilardell	Tarrés
Concha	Violán	Fors
María	Zaforteza	Dezcallar
Miguel Ángel	Zamarrón	Moreno

4.3. CUESTIONARIO

El cuestionario –que puede consultarse en el anexo– propuesto a los panelistas se estructuró en 8 áreas temáticas y 43 escenarios con 102 proposiciones formuladas de manera asertiva para obtener la valoración pronóstica de los panelistas.

Las áreas de la consulta comprendían:

- Características de la AP en el horizonte de la consulta.
- Evolución de la oferta de cuidados en AP.
- Evolución de la oferta de actividades y prestaciones preventivas.
- Financiación, organización, coordinación de niveles asistenciales y modelo funcional.
- Autonomía de gestión.
- Fórmulas retributivas e incentivos al desempeño profesional.
- Papel de los sistemas de información y las tecnologías de la información y de la comunicación.
- Docencia, formación continuada, certificación e investigación.

4.4. PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

El estudio se llevó a cabo entre Abril y Julio de 2011 por medio del envío y cumplimentación digital y por correo ordinario del cuestionario con la asistencia de un “call center” de soporte y consulta.

4.5. ANÁLISIS

El proceso de análisis de la base de datos resultante permitió la representación descriptiva de las frecuencias de “deseos” –expresión de lo que los panelistas quieren o esperan que ocurra– y pronósticos –expresión de lo que creen que realmente ocurrirá–, en términos de la mediana y los percentiles 25 y 75 que muestran respectivamente la forma y dispersión de la expresión predictiva del panel.

4.6. SUGERENCIAS PARA LA LECTURA DE LOS RESULTADOS

Las siguientes notas se proponen para facilitar la lectura de los resultados que se presentan en el capítulo 5.

Convenciones para la lectura

Cada gráfico corresponde exclusivamente a la representación de la respuesta colectiva del panel a una cuestión asociada a un escenario específico. Cada cuestión se expresa en forma de una proposición sobre la que se solicita al panelista que se pronuncie en términos de su estimación de su deseo de que lo sugerido ocurra (DESEO) y de su estimación de la posibilidad o certeza de que lo propuesto realmente ocurra (PRONOSTICO).

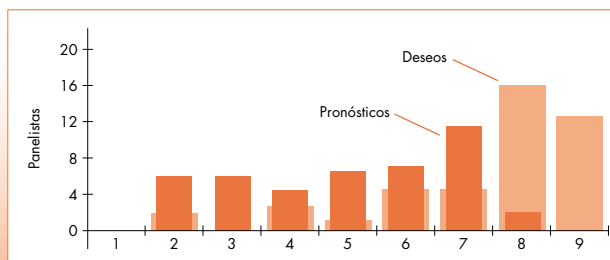
La presentación de las respuestas –deseos y pronósticos– se ha sistematizado agrupándolas en un rango de respuestas posibles de 1 a 9, que en general permite interpretar las puntuaciones del modo que ilustra la figura 1. En general, se utiliza esta convención para sistematizar los comentarios interpretativos de las respuestas aunque en alguna ocasión se adopta cierta flexibilidad en los márgenes permitidos por la escala adoptada. Así, 6 se considera más cercano al acuerdo que a la indeterminación que representa el 4, y la suma de las frecuencias que puntúan ente 1 y 3 alguna vez se toma en bloque como una posición de rechazo o de escaso certidumbre.

Figura nº 1. Interpretación de las puntuaciones

Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronósticos	Baja posibilidad de ocurrencia Negación Desacuerdo			Posibilidad de ocurrencia inmediata o indeterminada Desconfianza			Alta posibilidad de ocurrencia Confirmación		
Deseos	Rechazo Desacuerdo			Indiferencia o indefinido Escepticismo			Aspiración Acuerdo		

Por lo que respecta a la centralidad y dispersión de las respuestas se ha adoptado un criterio de valoración basado en la distancia entre los valores de los percentiles 25 (p25) y 75 (p75). La figura 2 permite visualizar la presentación estándar de cada respuesta que, básicamente, recoge el histograma de puntuaciones de las valoraciones de deseos y pronósticos. La tabla que acompaña estos gráficos incluye el título de la correspondiente cuestión y los estadísticos de valor central (mediana, Md) y dispersión (intervalo intercuartil, IQR).

Figura nº 2. Ejemplo de presentación de resultados en el informe



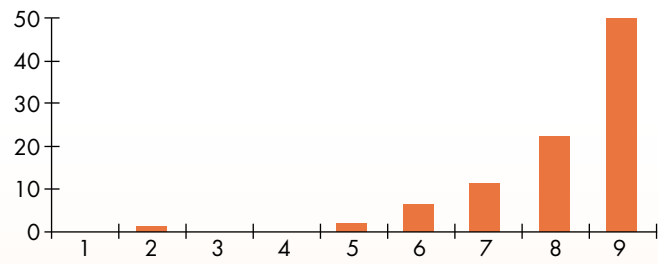
La dispersión en la puntuación colectiva de deseos y pronósticos adopta, en general, alguna de las formas representadas en la figura 3. En general, estas distribuciones pueden interpretarse como:

- Dispersión baja: dos puntos a lo sumo entre p25 y p75 con un contorno con forma apuntada.
- Dispersión media: tres puntos entre p25 y p75 con un contorno en forma de campana.
- Dispersión alta: cuatro puntos o más entre p25 y p75 con un contorno en forma achatada sugiriendo la dificultad o ausencia de consenso en las puntuaciones de los panelistas.

Figura nº 3. Representación gráfica de las distribuciones más comunes

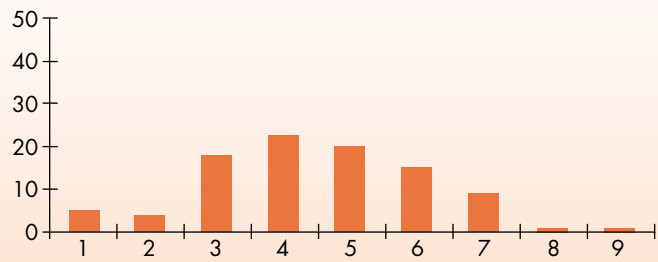
A. Distribución poco dispersa

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



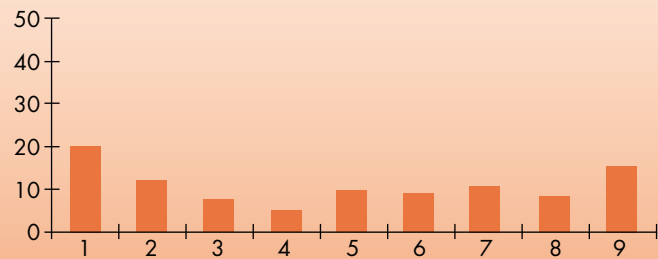
B. Distribución con dispersión media

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



B. Distribución con elevada dispersión

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



RESULTADOS

5.1. Características de la AP en el horizonte de la consulta..	29
5.2. Evolución de la oferta de cuidados en AP.....	33
5.3. Evolución de la oferta de actividades preventivas.....	35
5.4. Financiación, Organización y Coordinación entre niveles y modelo funcional.....	39
5.5. Autonomía de gestión.....	48
5.6. Carrera profesional, fórmulas retributivas e incentivos...	55
5.7. Papel de los sistemas de información y las tecnologías de la información y de la comunicación.....	57
5.8. Docencia, formación continuada, certificación e investigación.....	59

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA AP EN EL HORIZONTE DE LA CONSULTA

Este capítulo agrupa una serie de escenarios referidos a atributos específicos, las “*señas de identidad*”, de la AP “*reformada*”, acompañados de otros referidos a aspectos emergentes. En conjunto, la posición de los panelistas respecto a estos escenarios muestra una relación no siempre acorde entre los deseos y los pronósticos. La pauta dominante combina un elevado consenso en el deseo de contemplar los futuros sugeridos con una previsión sobre su ocurrencia algo más moderada y en ocasiones bastante escéptica.

Esta disociación entre deseo y pronóstico se extrema al consultar sobre la información disponible para que el usuario pueda elegir médico de familia y pediatra. Los panelistas no creen que, en el horizonte temporal de la consulta, los usuarios vayan a tener acceso a información sobre competencias y desempeño profesional y prestaciones disponibles.

Idéntica disonancia existe sobre el papel a jugar por la AP en la articulación de los diferentes niveles asistenciales y servicios comunitarios.

En conjunto la deseabilidad de las propuestas de esta sección es muy elevada, con una mediana de 8, apenas rebajada un punto para la dedicación a la prevención primaria. Más moderados son en general los pronósticos, con medianas de 5 ó 6, superadas en la orientación enfermedades crónicas (mediana de 7), pero no alcanzadas por el pronóstico adverso sobre la disponibilidad de información para que los usuarios elijan, ni respecto a que la AP vaya a mejorar la articulación entre niveles para reducir uso inapropiado (medianas de 4).

Adoptando una perspectiva longitudinal, poniendo en relación los resultados de esta consulta con las manifestaciones del panel del año 2000¹ se mantiene un destacado nivel de concordancia en el consenso sobre las predicciones de priorización de la atención a las enfermedades crónicas, la incorporación de las prestaciones diagnósticas y terapéuticas, los servicios de enfermería especializada y las intervenciones de naturaleza comunitaria. En este sentido se aprecia una destacable coincidencia entre las características y atributos deseables que concitaban mayor unanimidad en el Delphi de 2000 y las que en la presente consulta muestran menor distancia entre deseos y pronósticos.

Filtro y capacidad resolutive

El deseo de consolidación de la función de “*filtro*” –*gatekeeping*– de la AP, coordinando y regulando de forma importante el acceso de los usuarios al resto de niveles asistenciales, es potente y sin fisuras. Ningún panelista puntúa por debajo de 8 sobre 9 esta dimensión. Tal unanimidad contrasta con la importante dispersión registrada en cuanto a las expectativas de que dicha consolidación se alcance en el horizonte planteado. La distancia entre deseos y predicciones, no siendo despreciable –2 puntos entre unos y otras– es menos marcada que las discrepancias entre los panelistas sobre el grado de cumplimiento de expectativas.

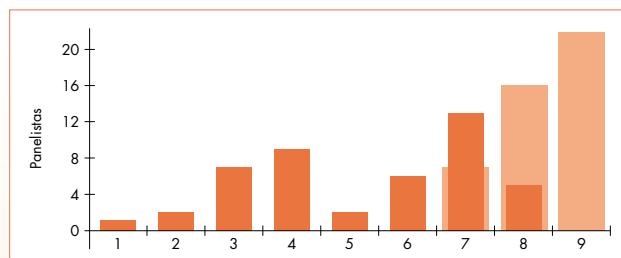
Casi idénticos resultados se obtienen al consultar si la capacidad resolutive y de contención asistencial de los equipos de AP será la clave real para la mejora sostenida de la eficiencia del sistema sanitario público. A pesar de ser otro de los deseos que muestran mayor adhesión y de manera más congruente entre los panelistas, parece que no se espera con optimismo que el sistema aproveche la disponibilidad al esfuerzo que exige incrementar la capacidad resolutive y de contención asistencial de la AP.

Considerando su contribución a una mejora en la capacidad resolutive y de filtro de la AP, cuesta interpretar la baja confianza –3 puntos de distancia entre deseos y predicciones– en la ocurrencia de algo tan controlable desde la AP como “*estimular la adopción sistemática de autocuidados bajo supervisión profesional e información de alta calidad*”.

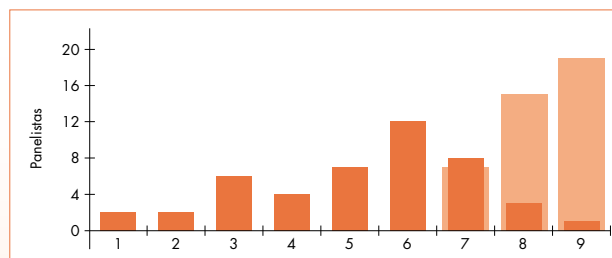
Pero si estas bajas expectativas contrastan con un elevado deseo, aún es mayor la disonancia que se observa al inquirir sobre el papel de la AP en "articular los diferentes niveles y servicios para corregir el despilfarro asociado a la discontinuidad y el uso inapropiado". En esta cuestión las respuestas de los panelistas combinan una expresión de deseo muy elevada y una muy reducida confianza en el cumplimiento de ese escenario (mediana de 4, la mitad de la correspondiente a los deseos).

Figura n° 4. Filtro y capacidad resolutive

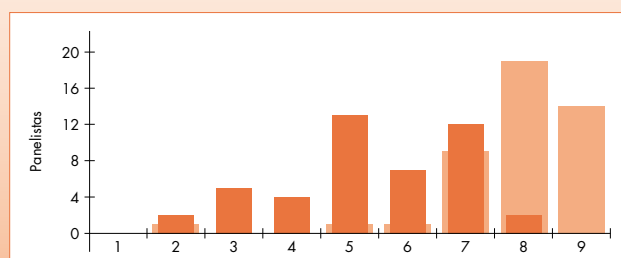
A001. La AP habrá consolidado su función de "filtro" (gatekeeping), coordinando y regulando de forma importante el acceso de los usuarios al resto de niveles asistenciales.



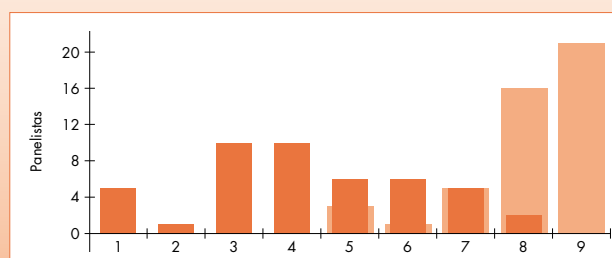
A002. La capacidad resolutive y de contención asistencial de los equipos de AP serán la clave real para la mejora sostenida de la eficiencia del sistema sanitario público.



A008. La AP estimulará la "cultura sanitaria" de la población bajo su responsabilidad intensificando la adopción sistemática de autocuidados bajo supervisión profesional e información de alta calidad.



A009. La AP articulará los diferentes niveles asistenciales y servicios comunitarios para corregir el despilfarro de recursos asociado con la discontinuidad asistencial, el uso inapropiado de los servicios de urgencias y la atención no-urgente "fuera de horas".

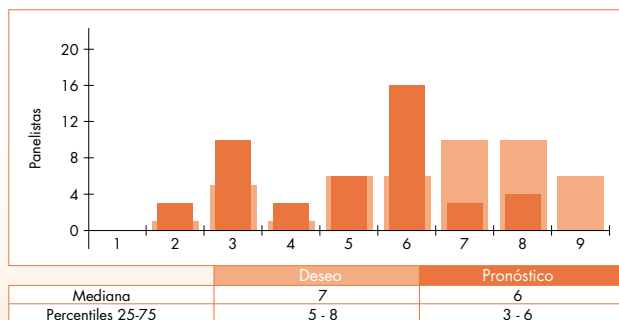


Priorización en la asignación de recursos

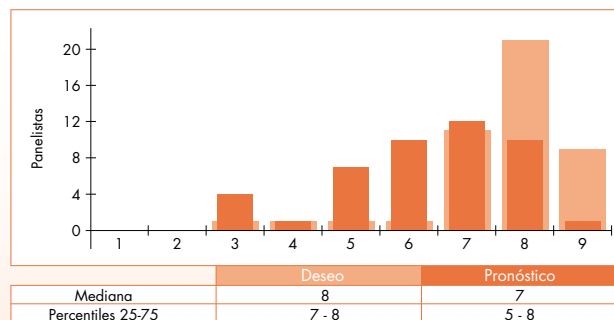
La priorización en la asignación de recursos, esto es, las decisiones estratégicas de hacia donde orientar el conjunto de efectivos médicos y de enfermería que conforman la AP, es una cuestión clave a la hora de configurar los escenarios de futuro. De las propuestas de reasignación de recursos ofrecidas la focalizada en la prevención primaria es la que muestra un fervor más limitado –aunque importante– y una mayor dispersión entre los panelistas, tanto sobre su deseabilidad como respecto a su pronóstico.

Figura n° 5. Priorización en la asignación de recursos

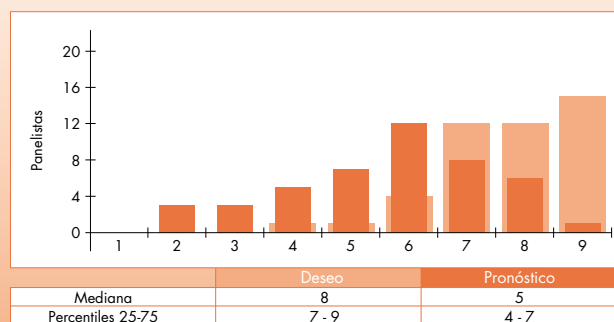
A003. La AP dedicará el grueso de sus recursos, médicos y de enfermería, a la prevención primaria de factores de riesgo (hipertensión, hiperlipemia, osteoporosis, obesidad, ...).



A004. La AP dedicará el grueso de sus recursos, médicos y de enfermería, al seguimiento y cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas (tanto en el centro de salud como a domicilio).



A005. El médico de familia reorientará su actividad hacia la resolución de problemas clínicos de mayor complejidad que en la actualidad, tanto en pacientes agudos, como en descompensaciones de enfermedades crónicas.



Entre las alternativas de priorización planteadas la que muestra mayor coherencia predictiva se refiere a la reorientación hacia los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas, tanto en el centro de salud como a domicilio. El panel expresa una elevada deseabilidad con mínima diferencia respecto a las expectativas de ocurrencia.

Al consultar sobre si el médico de familia reorientará su actividad hacia la resolución de problemas clínicos de mayor complejidad que en la actualidad, tanto en pacientes agudos como en descompensaciones de enfermedades crónicas, los panelistas muestran una deseabilidad similar a la anterior aunque con una menor confianza en su realización.

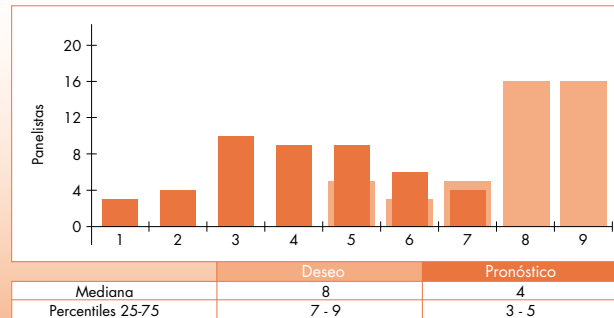
Elección informada de proveedor

Las perspectivas respecto a la información facilitada a los usuarios sobre la formación, desempeño y cartera de servicios de los profesionales merecen epígrafe propio, tanto por la relevancia de la cuestión como por los resultados obtenidos.

La voluntad elocuentemente manifestada de incrementar –reducir es casi imposible– la información de que dispondrán los usuarios sobre los servicios y el desempeño de los profesionales de AP contrasta con la netamente pesimista expectativa de su cumplimiento. También aquí la diferencia de 4 puntos entre los deseos y las predicciones hace que la expresión de los primeros duplique la de las segundas.

Figura nº 6. Elección informada de proveedor

A006. Al elegir médico de familia y pediatra de AP los usuarios contarán con información sobre su formación desempeño cartera de servicios ofrecida.



Flexibilización de las "fronteras" interprofesionales y estratificación poblacional por nivel de "riesgo"

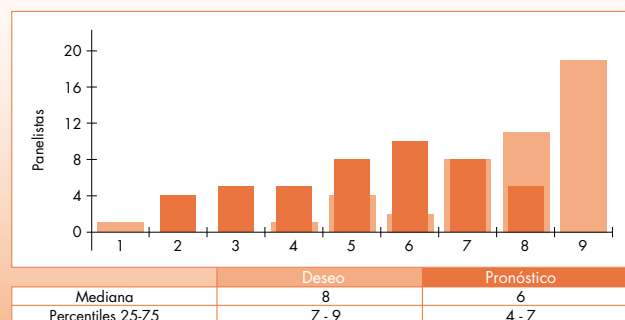
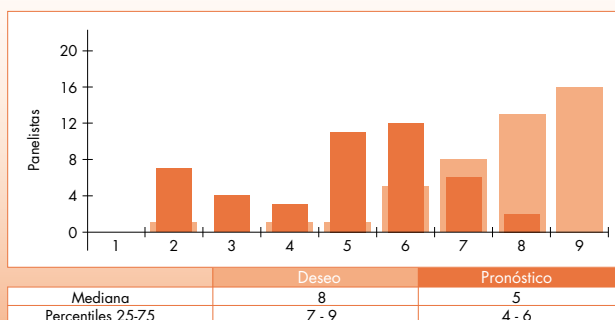
El muy marcado deseo de flexibilización de fronteras interprofesionales y la actualización de sus perfiles muestra un desfase con la escasa confianza en ver avances en tal sentido, aunque algo menos pronunciado que en el anterior epígrafe. Parece una clara muestra de la desconfianza de los profesionales en la plasticidad del sistema y en su capacidad de adaptarse a realidades distintas a las que informaron su diseño.

Si no se confía en que se produzca una efectiva adecuación de la redistribución de cometidos, tampoco se espera un cambio en los modos de trabajo que permita que los centros de salud estratifiquen su población en función de su riesgo y la gravedad de las condiciones crónicas que les afecten, orientando intervenciones y estrategias de atención adecuadas a cada estrato.

Figura nº 7. Flexibilización de las "fronteras" interprofesionales y estratificación poblacional

A010. Las responsabilidades, competencias y roles convencionales serán revisados flexibilizando las actuales fronteras interprofesionales mediante la creación de nuevos perfiles y delegación o sustitución de funciones (ejemplo: la asunción por parte de farmacéuticos de algunos aspectos de supervisión de la cumplimentación de las instrucciones farmacoterapéuticas, la realización de algunas pruebas diagnósticas y la lectura de sus resultados).

A011. Los centros de salud estratifcarán su población asignada en función de su riesgo y la gravedad ("severidad") de las condiciones crónicas que le afecte, orientando intervenciones y estrategias de atención adecuadas a cada estrato.

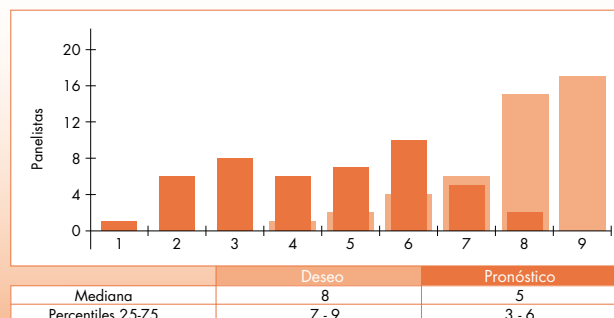


Farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos

Cierran este capítulo las preocupantes disparidades expresadas respecto al papel de la AP en la farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos. Aunque algo menos marcadas que en otras cuestiones, no dejan de expresar una voluntad muy patente de contribuir de manera decisiva y de forma reglada, compatible con una limitada confianza en su realización (Med 5, RI 3-6).

Figura n° 8. Farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos

A007. La AP contribuirá decisivamente y de forma reglada a la farmacovigilancia y la evaluación de la seguridad de los nuevos medicamentos y tecnologías.



5.2. EVOLUCIÓN DE LA OFERTA DE CUIDADOS EN AP

Este capítulo muestra un elevado consenso en el deseo de consolidación de los rasgos básicos de la oferta de cuidados de AP que conformaron su diseño hace más de un cuarto de siglo. La tónica general de firmeza en el pronóstico apunta hacia una elevada confianza en su culminación, siendo uno de los epígrafes con discrepancias más moderadas entre ambas dimensiones.

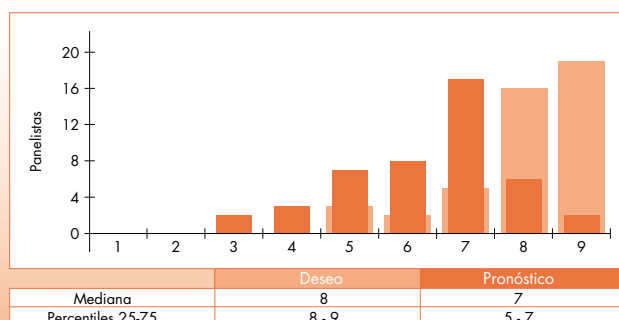
En relación con las expectativas manifestadas por los panelistas hace diez años, la presente consulta reafirma los deseos de priorización de la atención a las enfermedades crónicas, el acceso sin intermediación a las pruebas diagnósticas que faciliten una mayor capacidad resolutoria, los servicios de enfermería especializada y las intervenciones de naturaleza comunitaria.

Orientación hacia la cronicidad

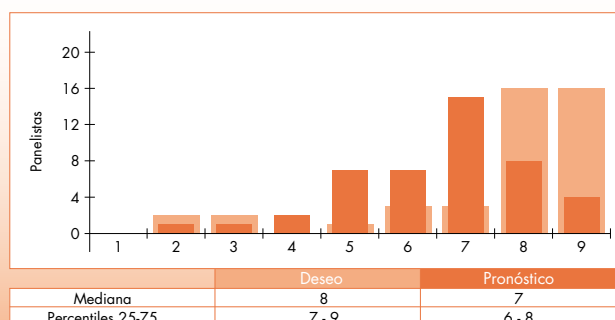
Como en la mayor parte de las cuestiones sobre la evolución de la oferta, la adhesión mostrada a la consulta sobre si "se promoverán los servicios y prestaciones orientados a atender y/o cuidar pacientes con problemas de tipo crónico-degenerativo" es elevada y fuertemente compartida. También es digna de mención la escasa distancia entre este deseo y su pronóstico, con una confianza contigua a la voluntad colectivamente expresada en tal sentido (medianas respectivas de 7 y 8). De manera casi idéntica, el apoyo casi sin fisuras al despliegue de "las actividades de detección precoz y "cribado" de enfermedades crónicas (ejemplo: EPOC, diabetes, cardiovasculares) y cáncer, en los centros de AP", se acompaña de un pronóstico que sugiere una relativamente elevada verosimilitud.

Figura nº 9. Orientación hacia la cronicidad

B012. Se promoverán los servicios y prestaciones orientados a atender y/o cuidar pacientes con problemas de tipo crónico-degenerativo.



B014. Se potenciarán las actividades de detección precoz y "cribado" de enfermedades crónicas (EPOC, diabetes, cardiovasculares) y cáncer, en los centros de AP.

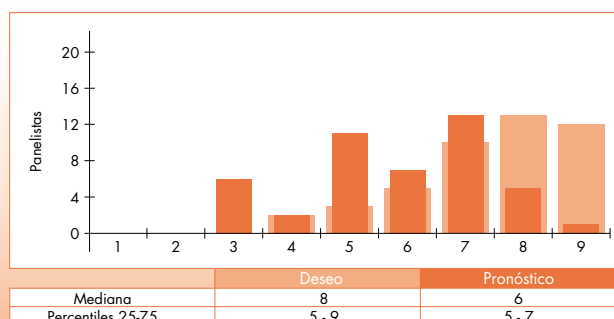


Enfermería comunitaria

La clara expresión de deseo de los panelistas respecto a la reorientación de *"la figura de la enfermera comunitaria, con la función esencial de prestar cuidados en domicilio y en centros sociales"* se acompaña de una moderada esperanza en su realización. No siendo uno de los desencuentros más llamativos entre deseos y pronósticos, merece especial atención al referirse a un componente esencial del modelo de AP en marcha.

Figura nº 10. Enfermería comunitaria

B013. Se reorientará la figura de la enfermera comunitaria, con la función esencial de prestar cuidados en domicilio y en centros sociales.

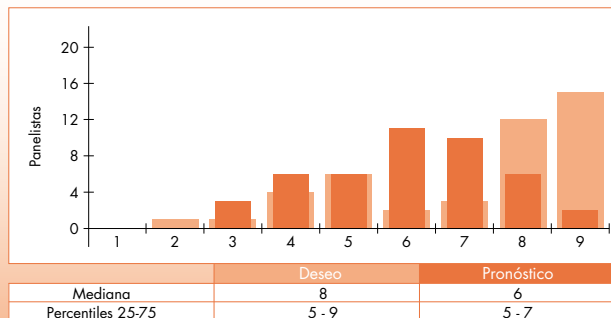


Promoción de la Salud

El impulso *"desde los centros de AP las actividades de promoción de salud y fomento de estilos de vida saludables (ejercicio, dieta, campañas antitabaco, ...)"* concita una elevada expresión de deseo en conjunto del panel. Destaca la importante dispersión entre los panelistas, pues en su mitad central –rango intercuartílico– se aprecia un recorrido de hasta 4 puntos, desde el 5 hasta el 9. Las expectativas siguen la tónica general, reza-gándose dos puntos, aunque con menor dispersión.

Figura nº 11. Promoción de la Salud

B015. Se impulsarán desde los centros de AP las actividades de promoción de salud y fomento de estilos de vida saludables (ejercicio, dieta, campañas antitabaco, ...).



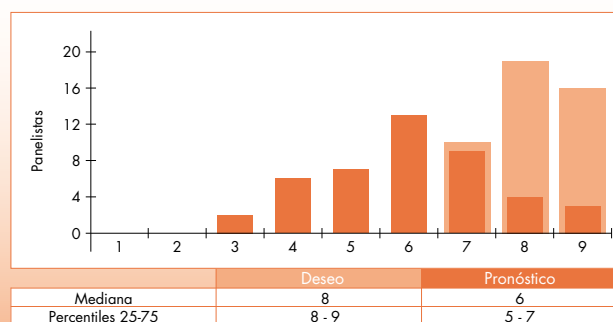
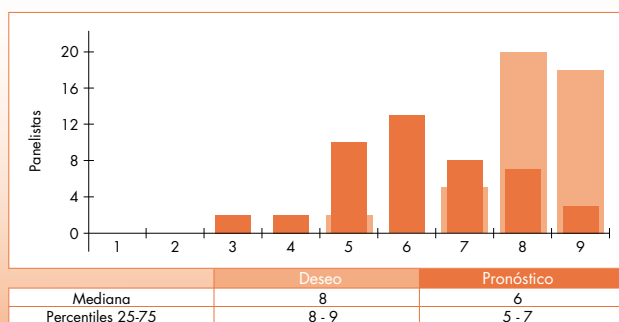
Expansión de las prestaciones e intervenciones diagnósticas y terapéuticas

Respecto a la expansión de la realización de prestaciones diagnósticas y terapéuticas de la AP, las dos cuestiones planteadas reciben una respuesta similar, tanto la formulada como *“se favorecerá el acceso de la AP a pruebas de diagnóstico por la imagen, laboratorio, funcionales, colonoscopias, etc., asociándolo a guías y protocolos de uso adecuado”*, como la que interroga sobre si *“se aumentará el uso de técnicas y tratamientos en AP (cirugía menor, infiltraciones articulares, ecografía, ...)”*. Para ambos escenarios su deseabilidad vuelve a ser elevada y compacta –mínima dispersión entre panelistas– y la predicción moderadamente optimista, obteniendo dos puntos menos el pronóstico que la expresión de deseabilidad.

Figura nº 12. Expansión de las prestaciones e intervenciones diagnósticas y terapéuticas

B016. Se favorecerá el acceso de la AP a pruebas de diagnóstico por la imagen, laboratorio, funcionales, colonoscopias, etc., aún asociando el acceso a guías y protocolos de uso adecuado.

B017. Se aumentará el uso de técnicas y tratamientos en AP (cirugía menor, infiltraciones articulares, ecografía, ...).



5.3. EVOLUCIÓN DE LA OFERTA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

El bloque de actividades preventivas para reducir la incidencia y para detectar sistemáticamente las primeras manifestaciones de las enfermedades se refiere a una de las dimensiones tradicionalmente más valoradas de la contribución de la AP a la salud colectiva y a la sostenibilidad del sistema público de salud. Aquí el alejamiento deseos-pronósticos es mínimo para la detección precoz de cáncer y factores de riesgo, pero es de 4 puntos para la prevención laboral y de 3 para la prevención del abuso de medicamentos.

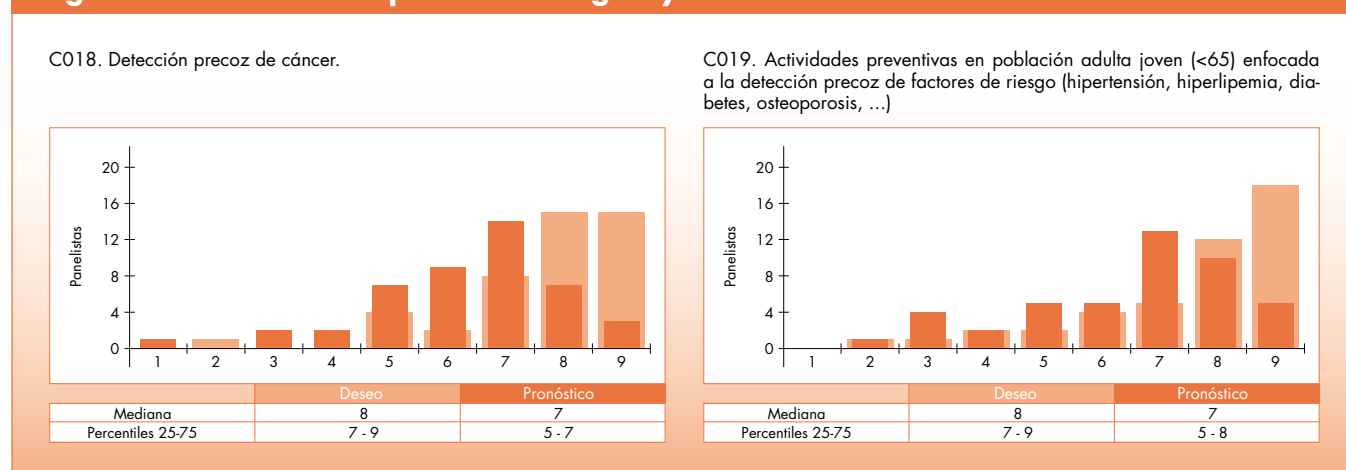
Es destacable que la emergencia en la deseabilidad de la prevención del uso inapropiado de los medicamentos, situada en la decila superior, tenga tan escasa correlación con la expectativa de observar mejoras en su desarrollo.

Los panelistas se muestran partidarios de un incremento de actividades preventivas, alcanzando todas mediana en 8, excepto la salud laboral que no supera el 7, con posiciones discrepantes. Los pronósticos son moderados, con medianas en 5 y 6, salvo para la detección precoz de cáncer y patologías crónicas que alcanzan medianas de 7. El posicionamiento prospectivo general, con deseos mayoritariamente favorables, resulta coincidente con el revelado por el colectivo consultado a principios de la anterior década, si bien los pronósticos, ajustadamente positivos, se expresan con menos firmeza.

Detección precoz oncológica y de enfermedades de alta incidencia

El incremento de las actividades preventivas más arraigadas en la práctica cotidiana de la AP –detección precoz de cáncer y actividades enfocada a la identificación precoz de factores de riesgo (hipertensión, hiperlipemia, diabetes, osteoporosis, ...)- goza de un consistente respaldo. Estos deseos se muestran muy cercanos al pronóstico de materialización en la práctica, lo que permite considerar plausible la tendencia hacia su materialización.

Figura nº 13. Detección precoz oncológica y de enfermedades de alta incidencia

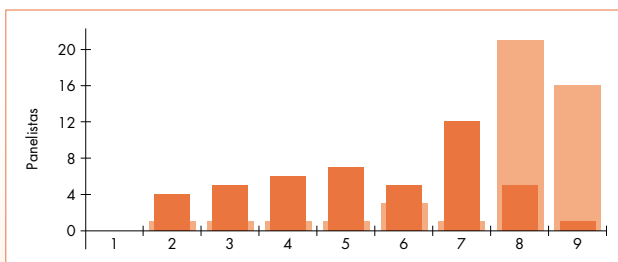


Actividades de prevención de adicciones

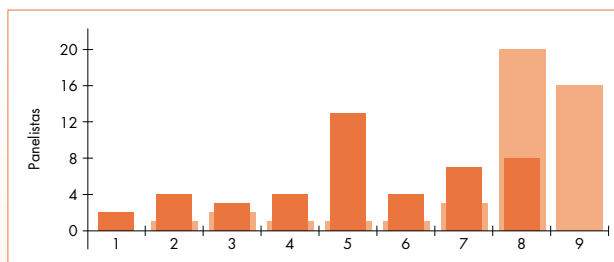
Las actividades para la prevención de adicciones –tabaco, alcohol y drogas ilegalizadas- por su parte gozan de un similar deseo de desarrollo, aunque matizado por una menor confianza en su ejecución. En estas respuestas el desajuste entre los deseos y las predicciones se cifra en unos tres puntos, lo que en alguna, como la referida a drogas, se acompaña de una importante dispersión –hasta de 4 puntos- en los pronósticos de los panelistas, lo que esboza un escenario ambiguo de difícil interpretación que aconsejaría una indagación específica más profunda.

Figura n° 14. Actividades de prevención de adicciones

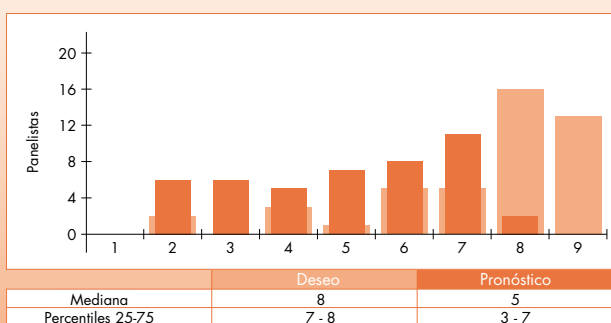
C020. Actividades para la prevención del tabaquismo, especialmente en jóvenes.



C021. Actividades para la prevención del consumo excesivo de alcohol, especialmente en jóvenes.



C024. Actividades para la prevención del consumo de drogas (ilegales).

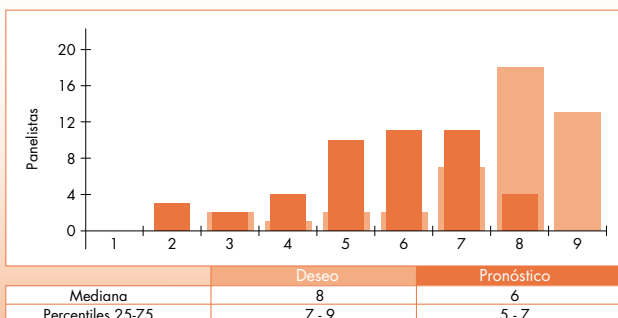


Actividades de educación, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual

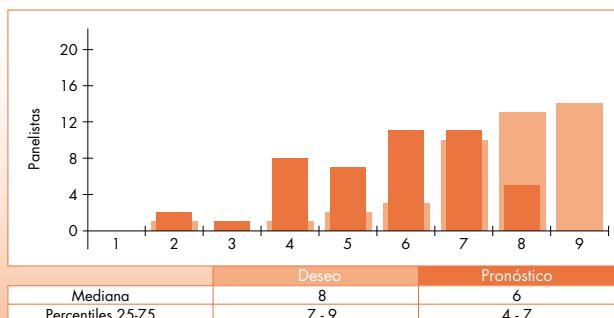
Las respuestas relacionadas con la prevención de enfermedades de transmisión sexual y parenteral (SIDA, hepatitis C, ...), las actividades de educación sexual, planificación familiar y prevención de embarazos no deseados responden a la tónica general de la consulta: un importante deseo de desarrollo y un moderado desfase –de 2 puntos– respecto a las previsiones de verlo realizado en la práctica en el plazo establecido para la consulta.

Figura n° 15. Actividades de educación, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual

C023. Actividades para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de transmisión parenteral (SIDA, hepatitis C, ...).



C025. Actividades de educación sexual, planificación familiar y prevención de embarazos no deseados, especialmente en jóvenes.

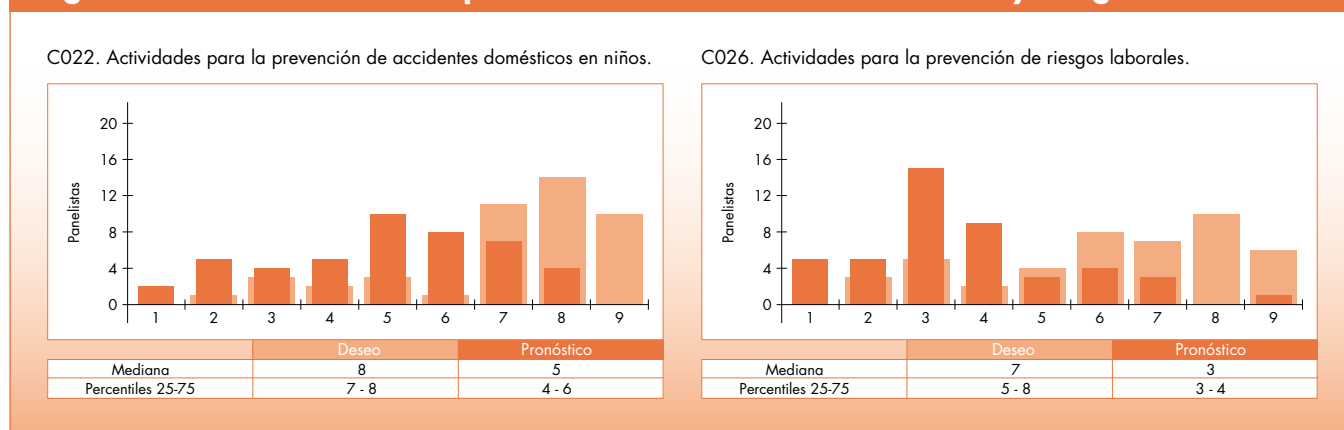


Actividades de prevención de accidentes domésticos y riesgos laborales

La deseabilidad de las actividades para la prevención de accidentes domésticos en niños y las orientadas a la prevención de riesgos laborales se manifiestan consistentemente altas. Sin embargo, sus pronósticos resultan, en ambos casos escépticos o claramente pesimistas en el último caso.

Mientras los pronósticos relativos a los accidentes domésticos obtienen una discreta calificación media, alejada tres puntos de los deseos expresados, la previsión sobre los avances en prevención laboral expresa una rotunda predicción desfavorable con una mediana de tan sólo un 3 –rango intercuartílico entre 3 y 4– alejada 4 puntos de la expresión de deseos.

Figura nº 16. Actividades de prevención de accidentes domésticos y riesgos laborales

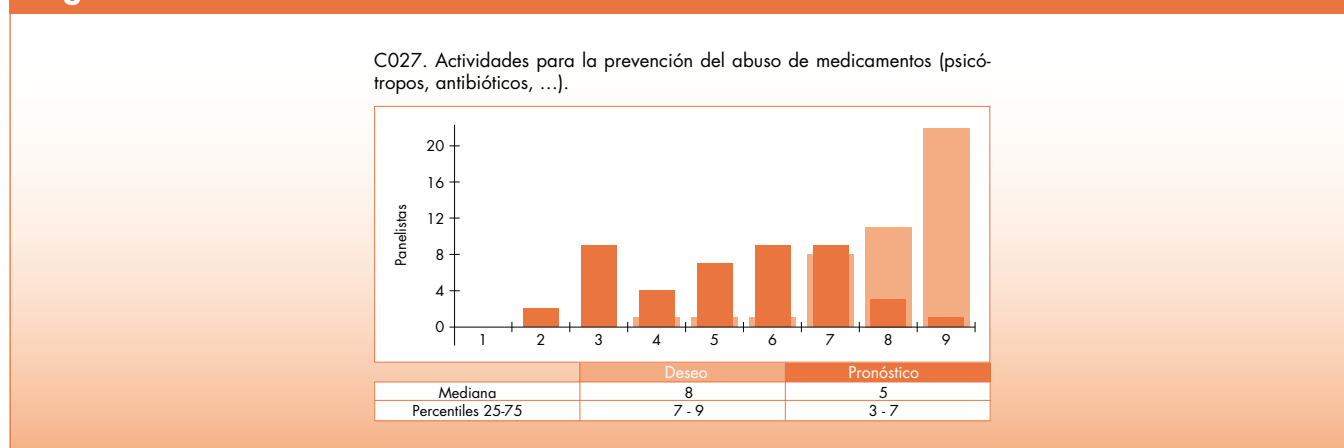


Prevención del abuso de medicamentos

Llama la atención la discordancia entre el destacado nivel de deseo expresado por los panelistas de incrementar las actividades para la prevención del abuso de medicamentos y la moderada confianza en su ocurrencia, a una distancia de 3 puntos.

Algo especialmente remarcable si se considera el margen de mejora y la escasa dependencia de factores administrativos de este tipo de actividades cuyo despliegue está en buena medida en manos de los profesionales.

Figura nº 17. Prevención del abuso de medicamentos



5.4. FINANCIACIÓN, ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE NIVELES Y MODELO FUNCIONAL

La financiación de los microsistemas clínicos de primera línea supone un componente estratégico decisivo en la deriva de la sostenibilidad del sistema sanitario público al afectar las decisiones de prescripción, solicitud de pruebas diagnósticas y remisiones al nivel especializado que, a su vez, generan el mayor volumen de utilización de recursos y gasto asistencial del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Los panelistas expresan el temor a la persistencia de la actual estructura de financiación de la AP, sin modificaciones significativas en la hegemonía presupuestaria hospitalocentrista. Temor, ya que ese pronóstico dista considerablemente del rechazo colectivo al mantenimiento de esa tendencia.

Frente a esa divergencia entre deseos y pronósticos en la predicción de los escenarios de evolución de la estructura de la financiación, emerge una tendencia inédita en la valoración mayoritariamente favorable a la adopción de sistemas de corresponsabilidad en el coste de las prestaciones de la AP. Estos deseos se ven reforzados por la firmeza de los pronósticos favorables a su probable implantación, con una distancia mínima entre ambos aspectos. Los panelistas alínean deseos y pronósticos favorables a la implantación de copagos tanto “evitables” –basados en la sustituibilidad de prestaciones igualmente efectivas– como “disuasivos” para evitar la utilización inadecuada de servicios y prestaciones.

Menos consistencia muestran las expectativas sobre el cumplimiento de la Ley 16/1995, que dispone que en la cartera de servicios del SNS “se tendrán en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica”, pues el pronóstico del panel de que eso vaya suceder no es esperanzador. La elevada deseabilidad (Md:8) se aleja 3 y 4 puntos del pronóstico, más respecto a la efectividad que a la eficiencia. Al igual que predijeron los panelistas consultados en el año 2000, tampoco ahora parece probable –aunque se desee sin ambigüedad– la introducción, mantenimiento o la supresión de prestaciones de la cartera de servicios sobre la base de criterios de eficiencia económica y menos aun de utilidad clínica probada.

En general el panel se muestra favorable a la diversificación de la naturaleza jurídica y organizativa de los proveedores de AP y con profundas dudas en los pronósticos de incorporación de “capacidad de compra”. Las divergencias entre deseos y pronósticos adoptan aquí dos patrones distintos. Ambas dimensiones resultan muy próximas respecto a las fórmulas alternativas de organización y muy distantes en cuanto a la capacidad de compra y a algunos aspectos de la asunción de responsabilidades de gestión operativa debido a los pronósticos desfavorables. Respecto a la consulta prospectiva realizada en el 2000 cabe destacar que las reticencias a la diversificación han disminuido. Diez años más tarde se desea mayoritariamente una pluralidad de modelos con preferencia por las fórmulas sin presencia de proveedores privados, aunque se pronostica idéntica probabilidad de que se implante cualquiera de ellos.

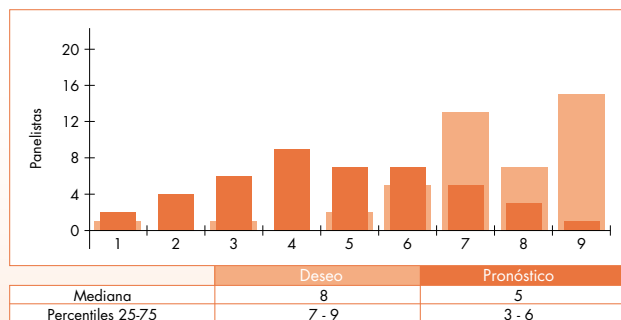
Financiación de los centros de AP

Respecto a la futura financiación de los centros de AP se ofrecieron tres escenarios básicos, el primero de ellos basado esencialmente en la población asignada (capitación) ajustada por morbilidad mediante algún sistema de case-mix y un segundo, articulado alrededor de tres componentes: cartera básica obligatoria de todos los centros de AP, la cartera específica de cada centro y el número y complejidad de la población atendida (cápita ajustada). La tercera opción consistió en el verosímil mantenimiento sin cambios substanciales del actual sistema de financiación.

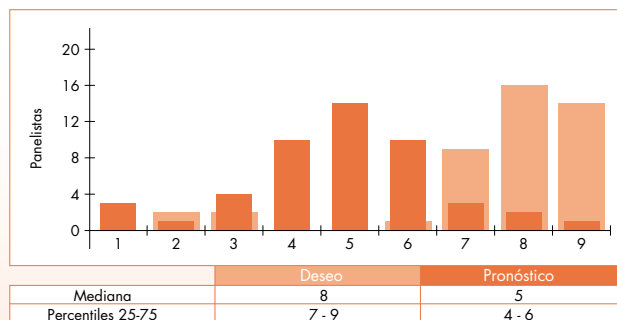
Los dos primeros escenarios mostraron una elevada deseabilidad, ligeramente superior para la opción con tres componentes, pero ambas con un pronóstico indeciso alejado hasta 3 puntos del deseo expresado colectivamente. La opción continuista suscita un importante rechazo (Md:3; IQR:1-5). Sin embargo los pronósticos sobre su inamovilidad en el plazo propuesto resultan comparativamente muy elevados (Md:7) siendo otra de las cuestiones cuya respuesta despliega una llamativa distancia entre los deseos y la verosimilitud su de ocurrencia.

Figura n° 18. Financiación de los centros de atención primaria

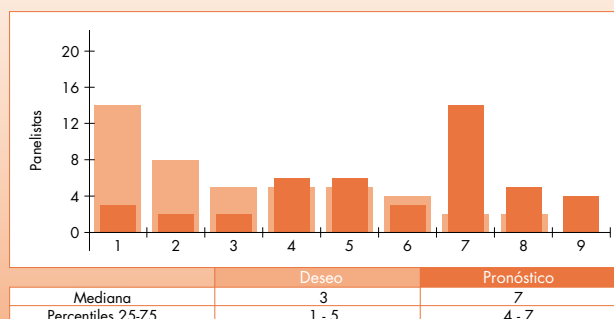
D028. Los centros de AP serán financiados, esencialmente, por población asignada (cápita) ajustada por morbilidad, usando sistemas de ajuste como los Adjusted Clinical Groups (ACG), Clinical Risk Groups (CRG) o similares.



D029. Los centros de AP serán financiados en 3 componentes: cartera básica obligatoria de todos los centros de AP (estructura), cartera específica de cada centro (estructura) y número y complejidad de la población atendida (cápita ajustada).



D030. Se mantendrá sin cambios substanciales el actual sistema de financiación de la Atención Primaria.

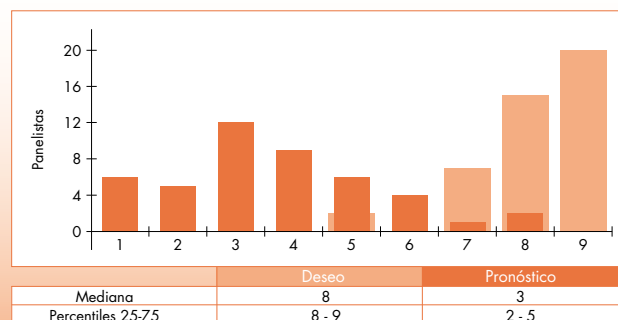


Asignación presupuestaria

Una reclamación histórica de la AP es la nivelación de sus presupuestos a los asignados para los hospitales, por lo que, con independencia de su pertinencia se han consultado al panel sus deseos y previsiones respecto a si en el horizonte de la consulta se incrementará –en términos relativos con respecto a la atención hospitalaria– la dotación presupuestaria de la AP. La diferencia entre la expresión del deseo colectivo y el pronóstico revela una de las mayores discrepancias de la consulta –distancia de 5 puntos entre las medianas respectivas– con un pronóstico decididamente pesimista.

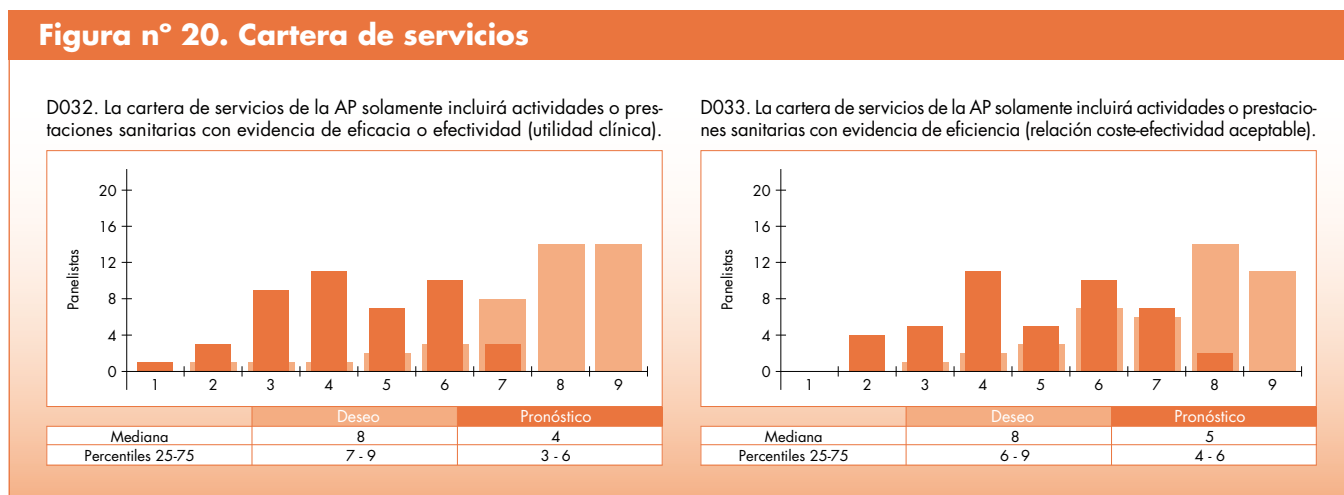
Figura n° 19. Asignación presupuestaria relativa

D031. Se incrementará –en términos relativos con respecto a la at. hospitalaria– la dotación presupuestaria de la AP.



Calidad de la cartera de servicios

Desde las aportaciones de Archibald Cochrane⁴ sobre los criterios que deben cumplir las prestaciones y servicios asistenciales ofertados al público se ha avanzado de modo importante en la conciencia de la necesidad de garantizar su eficacia, efectividad o eficiencia. Consultados sobre si la actualización de la cartera de servicios de la AP solamente incluirá actividades o prestaciones sanitarias con evidencia de eficacia o efectividad (utilidad clínica) y de eficiencia (relación coste-efectividad aceptable) las respuestas, siendo similares, muestran interesantes matices.



El elevado deseo de una garantía de eficacia o efectividad es ligeramente menos disperso que el expresado para el requisito de eficiencia. Paradójicamente, la confianza en que se materialice esta exigencia es inversa, previéndose ligeramente más el avance hacia una cartera con eficiencia que de efectividad probadas. Con todo, ambos pronósticos distan de ser optimistas y se alejan de los deseos expresados 4 puntos para la eficacia/efectividad y 3 para la eficiencia.

Coparticipación en el coste de los servicios

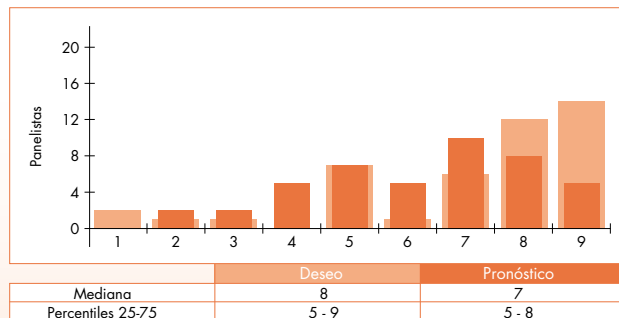
La consulta planteó a los panelistas tres escenarios de corresponsabilidad del usuario en el coste de los servicios, con sendas modalidades diferentes de copagos: a) copagos evitables en algunas prestaciones de AP, b) copagos no evitables para reducir la utilización de algunos servicios o prestaciones de AP (tique moderador) con el fin de controlar su uso excesivo o su uso inadecuado y, c) copagos como tasas públicas en algunos servicios de AP para contribuir a la sostenibilidad del sistema. Las diferencias observadas entre las opciones propuestas son notables y merecen ser destacadas.

La preferencia por la implantación de copagos evitables es muy marcada, pues a pesar de la dispersión en las respuestas, los panelistas se muestran mayoritariamente favorables a esta medida (Md:8). También, aunque de modo menos rotundo, los pronósticos son más proclives al establecimiento de esta modalidad que a las otras alternativas, siendo aquí la distancia entre deseos y pronósticos de tan sólo un punto. Los copagos no evitables con el objetivo de reducir el consumo inadecuado son los siguientes en la preferencia del panel con un pronóstico sobre su puesta en práctica algo menor, aunque congruente con la puntuación expresada respecto a su deseabilidad.

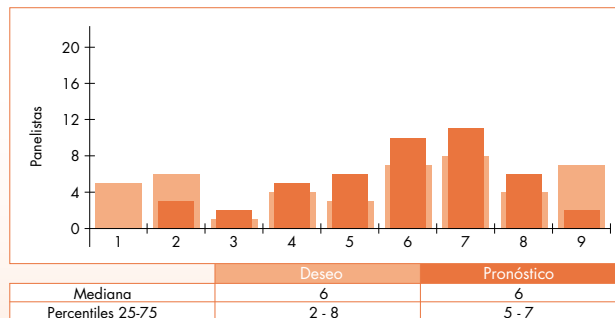
Finalmente, los copagos como tasas públicas se contemplan como los menos deseables, aunque la predicción de ocurrencia es muy similar a la manifestada respecto a los anteriores. También es la única cuestión de toda la consulta en la que, con distinta distribución, coincide la puntuación otorgada a las dos dimensiones exploradas, deseo y predicción. Puede decirse que los profesionales "esperan" –desean y prevén– la implantación de copagos evitables, "asumen" la aparición de los no evitables y no descartan los copagos como tasas públicas.

Figura nº 21. Coparticipación en el coste de los servicios

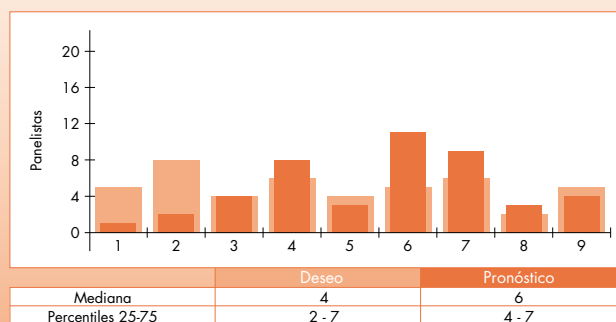
D034. Existirán copagos evitables en algunas prestaciones de AP (evitables respecto a otro servicio o prestación igualmente efectivo: por ejemplo, si un medicamento supera el precio de referencia el usuario pagará la diferencia hasta el PVP).



D035. Existirán copagos –no evitables– para reducir la utilización de algunos servicios o prestaciones de AP (tique moderador) con el fin de controlar su uso excesivo o su uso inadecuado.



D036 Existirán copagos como tasas públicas en algunos servicios de AP (para contribuir a la sostenibilidad del sistema, con independencia de la adecuación de su indicación).



Diversificación de perfiles organizativos

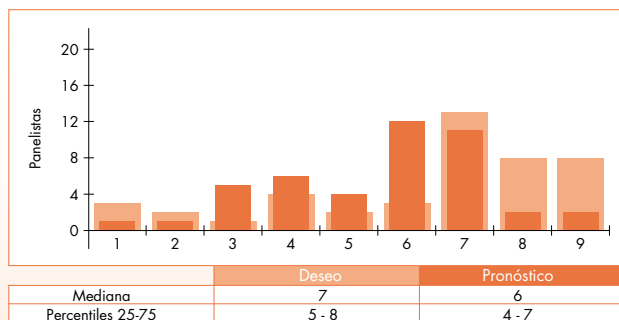
La consulta sobre el futuro de la organización de la provisión de servicios de la AP se ha estructurado respecto a tres escenarios: a) diversificación de proveedores, incluyendo centros públicos de diversas formas jurídicas y entidades sin ánimo de lucro, b) incluyendo, además de los citados, centros privados con ánimo de lucro, y c) una provisión de servicios de AP articulada en torno a entidades asociativas de profesionales.

La deseabilidad otorgada a la primera y la última propuesta resultan idénticas (Md:7; IQR:5-8). Por su parte, la opción que incorpora centros privados con ánimo de lucro recibe en mediana un apoyo 2 puntos menor, con un rango entre 3 y 7. La distancia entre el pronóstico y las preferencias expresadas es menos pronunciada respecto a la prestación que incorpora centros privados, siendo la mediana de su pronóstico idéntico al de la opción sin centros privados.

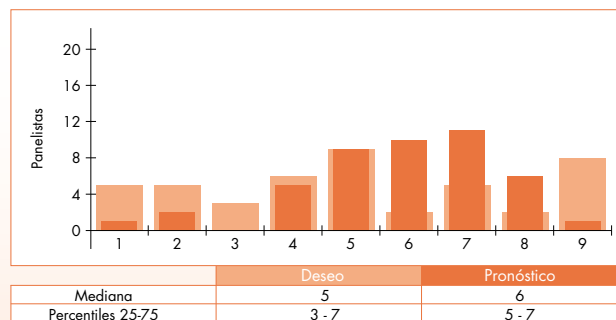
La apuesta por entidades asociativas de profesionales es la que goza, relativamente, de menos confianza en su plasmación efectiva, con una mediana más baja (Md:5) alejada 2 puntos de la expresión de deseabilidad.

Figura nº 22. Diversificación de perfiles organizativos

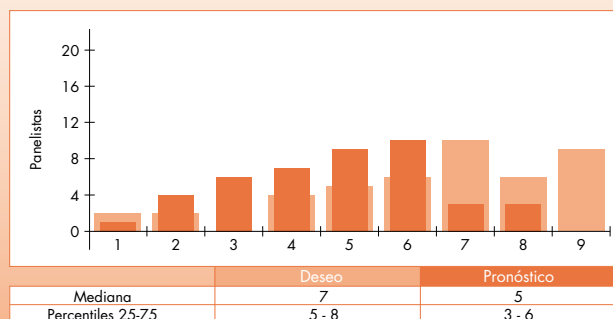
D037. Se diversificarán las entidades proveedoras de servicios de AP, incluyendo centros públicos (bajo diversas formas jurídicas) y entidades sin ánimo de lucro (pero no centros privados).



D038. Se diversificarán las entidades proveedoras de servicios de AP, incluyendo también – además de los citados centros públicos y no lucrativos – centros privados (con ánimo de lucro).



D039. La provisión de servicios de AP se articulará cada vez más en torno a entidades asociativas de profesionales.



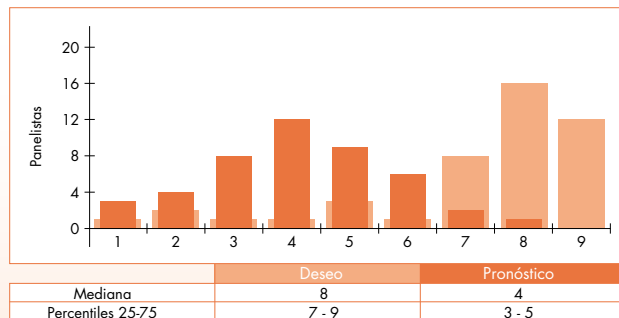
Capacidad de compra de la AP

La dotación de capacidad de compra clínicamente fundamentada y modulada por la disponibilidad de recursos a la AP es también una vieja aspiración que en sus diferentes enunciados concita elevado acuerdo sobre su deseabilidad pero escasas esperanzas sobre su ocurrencia en el horizonte de la consulta.

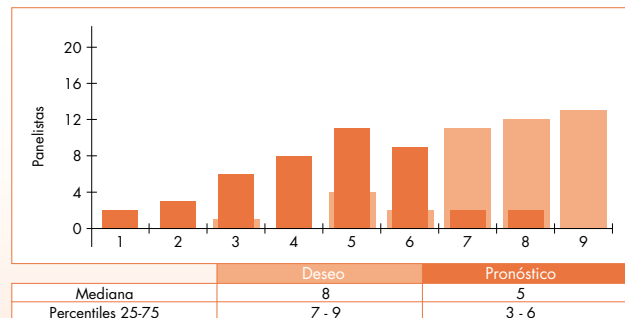
Consultados sobre si la autogestión en AP se acompañará de la libre elección de médicos de AP, equipo y hospital, sorprende la muy elevada expresión de deseo acompañada de una muy baja confianza en su ocurrencia –una mediana inferior en un 50%– a la que representa los deseos.

Figura nº 23. Capacidad de compra de la atención primaria

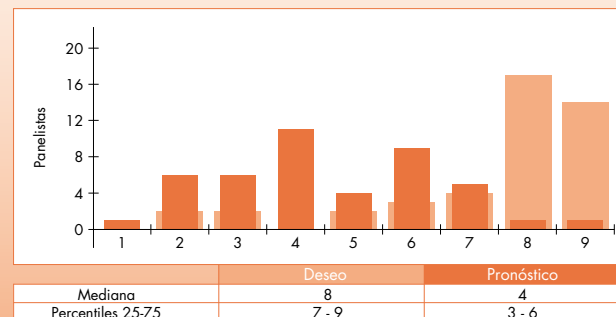
D040. La capacidad de compra se trasladará desde la atención especializada a la atención primaria, con libre elección del especialista por la AP (incrementando la competitividad en la atención especializada).



D041. El traslado de la capacidad de compra desde la atención especializada a la atención primaria permitirá incrementar el nivel de resolución y reducir las listas de espera (al menos en los procesos asistenciales integrados).



E062. La autogestión en AP se acompañará de la libre elección de médicos de AP, equipo y hospital.

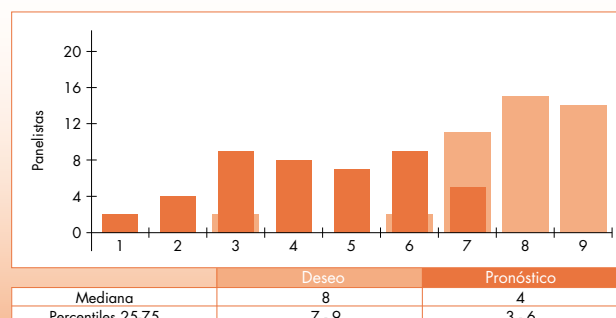


Microgestión del impacto económico de las decisiones clínicas

El panorama de discrepancia entre la esperanza y el pronóstico se traslada casi sin modificaciones a los interrogantes sobre la introducción de incentivos económicos a los Centros de AP que gestionen, con asunción de beneficios o sanciones los recursos que prescriben, indican o utilizan. Nuevamente un elevado deseo (Md:8) se acompaña de una muy distante confianza en su implantación, con una mediana exactamente de la mitad (Md:4; IQR:3-6).

Figura nº 24. Impacto económico de las decisiones clínicas

D042. Los Centros de AP tendrán capacidad para gestionar, con asunción de beneficios y responsabilidades o sanciones, los recursos que prescriben, indican o consumen de atención hospitalaria, farmacia y productos intermedios.

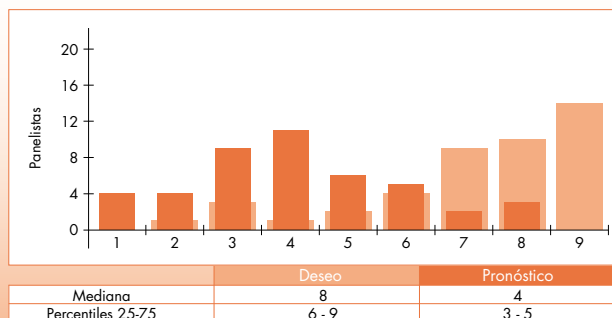


Capacidad de contratación multinivel

De modo parecido pueden describirse las predicciones ante la posibilidad por los centros de AP de establecer relaciones contractuales reales con diversos centros y entre niveles de diversa complejidad asistencial como las residencias sociosanitarias, centros diagnósticos, policlínicas, y diferentes hospitales. Nuevamente se observa una marcada expresión de deseo que duplica la confianza en ver realizados estos escenarios.

Figura n° 25. Capacidad de contratación multinivel

D043. Los centros de AP podrán establecer relaciones contractuales reales (a todos los efectos) con diversos centros y entre niveles de diversa complejidad asistencial: residencias sociosanitarias, centros diagnósticos y diferentes hospitales.



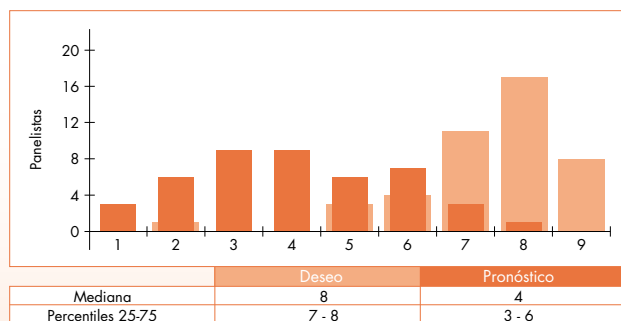
Coordinación e integración de niveles

Las cuestiones sobre coordinación e integración de niveles presentan una elevada deseabilidad y una, general pero matizada, desconfianza en su puesta en práctica. La predicción más netamente pesimista se refiere a la probabilidad de que la dirección sanitaria de las áreas de salud vaya a ser liderada por la AP (Md:3; IQR:2-5) cuya mediana esta distanciada 5 puntos de la deseabilidad expresada. Algo menos extremada, pero aún con la mitad de confianza en la realización del deseo, se expresa en la predicción de una AP responsable de la gestión coordinada de los recursos comunitarios del territorio.

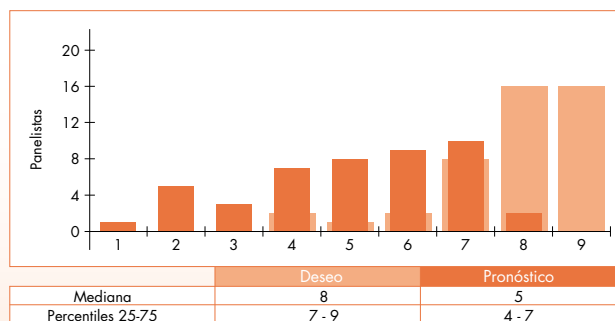
En comparación, los pronósticos sobre alianzas estratégicas con los hospitales e incorporación de los médicos hospitalarios a los Centros de Salud en régimen de interconsulta o atención conjunta –ambos con medianas de 5– resultan incluso menos escépticos.

Figura nº 26. Coordinación e integración de niveles

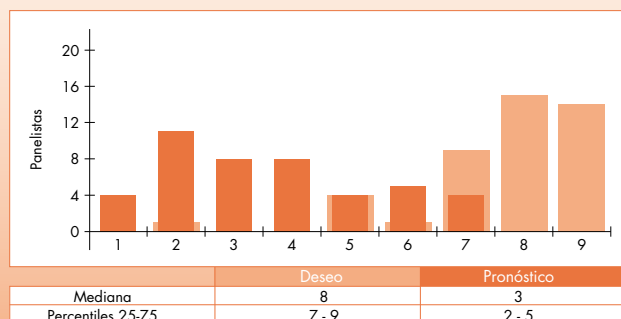
D044. La AP será responsable de la gestión coordinada de los recursos comunitarios del territorio desde una perspectiva transversal y en red.



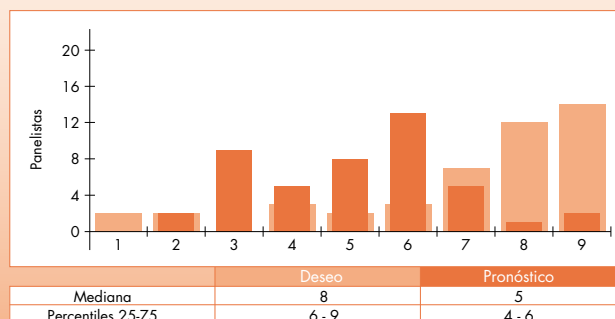
D047. La integración de servicios para el paciente no supondrá la gestión vertical de los recursos sino alianzas estratégicas con los hospitales.



D049. La dirección sanitaria de las áreas de salud (territorios) estará liderada por la Atención Primaria



D050. Los médicos del hospital/especialistas se incorporaran a los Centros de Salud en régimen de interconsulta o atención conjunta.



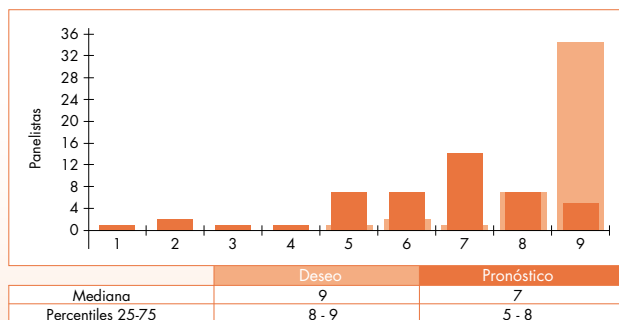
Sistemas de información

La implantación de los Sistemas de Información en AP ha experimentado tortuosas y demoradas peripecias, pero no han conseguido minorar ni la muy elevada deseabilidad de su consolidación y actualización ni un relativamente esperanzado pronóstico de su logro. Destaca la unanimidad del deseo (Md:9) de la consolidación de la historia clínica compartida para la AP y Especializada. Tan incuestionable deseo se acompaña de una confianza en el pronóstico algo menor pero aun así elevada (Md:7).

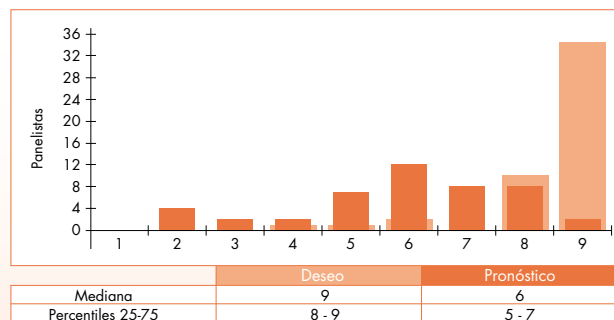
También es máximo el deseo de que la mejora de los sistemas de información permitirá la integración virtual de servicios para atender la cronicidad y de que esa integración entre niveles de AP y hospitalaria mejore por la introducción de protocolos consensuados. Ambos deseos presentan desfases de 3 puntos respecto a la predicción de su ocurrencia, aunque positiva. Algo menor se revela la deseabilidad y verosimilitud de ocurrencia respecto a la estratificación sistemática de pacientes crónicos en función de su gravedad y necesidad de atención mediante modelos tipo pirámide de Kaiser.

Figura n° 27. Sistemas de información

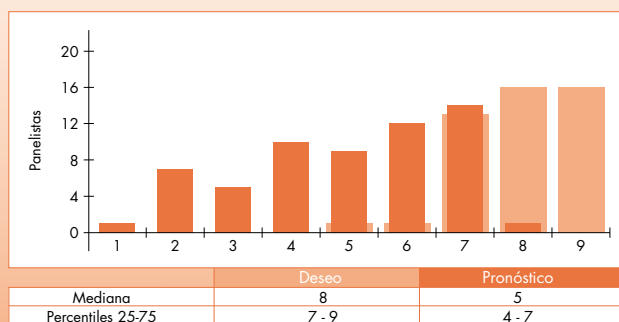
D045. Se consolidará la historia clínica compartida para la atención primaria y especializada (incluso entre distintos proveedores) evitando la duplicidad de acciones.



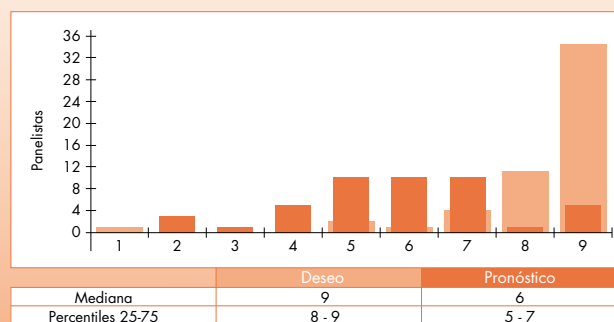
D046. La mejora de los sistemas de información permitirán la integración virtual de servicios para atender la cronicidad.



D048. La población de pacientes crónicos estará estratificada en función de su gravedad y necesidad de atención (modelos tipo pirámide de Kaiser) y se prestarán cuidados adecuados a cada estrato.



D051. La integración entre los niveles de AP y hospitalaria mejorará gracias a la introducción de protocolos consensuados entre profesionales de ambos niveles.



Impacto en ciudadanos y profesionales

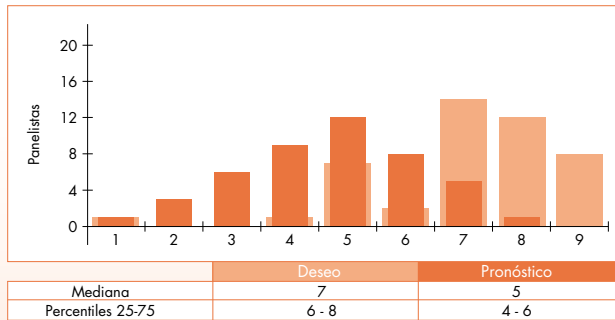
La redistribución de poder que se asocia a las reformas de la AP basadas en la descentralización la autonomía de los centros y, en general, la pluralidad de modelos organizativos en profesionales y pacientes se espera con moderado optimismo –mediana de 7 en ambas dimensiones– aunque con menor confianza, en su implementación.

La desconfianza es mayor respecto a la probabilidad de que la transferencia de poder beneficie a los pacientes (Md:4; IQR:3-5) y sólo algo más verosímil en el pronóstico referente a los profesionales (Md:5). Es decir, no se espera de estas reformas una modificación relevante de la distribución de poder e incluso puede interpretarse como una inflexión a la baja del que actualmente detentan los pacientes. Aunque se desea ampliamente (Md:8) que la autogestión se acompañe de la libre elección de médicos de AP, equipo y hospital, la expectativa al respecto, poco esperanzadora, se cifra en la mitad.

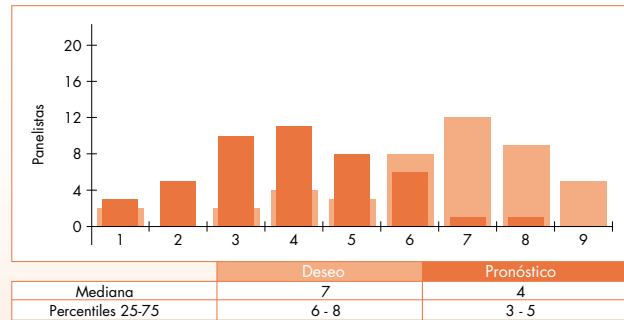
El deseo de que tales reformas incentiven la adopción de guías de práctica y contribuyan a la reducción de desigualdades sociales en el acceso es razonablemente elevado –mediana de 8 en ambos casos– con una predicción de verosimilitud muy superior en cuanto al empleo de guías que sobre alguna contribución favorable a la disminución de las desigualdades.

Figura n° 28. Impacto en ciudadanos y profesionales

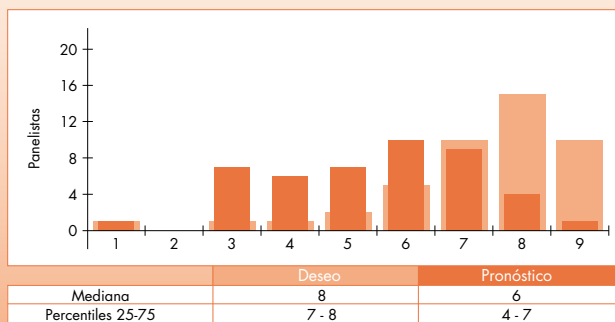
D052. La reforma de la AP basada en la descentralización y la autonomía de los centros: procurará más poder a los profesionales (frente a la administración y los pacientes).



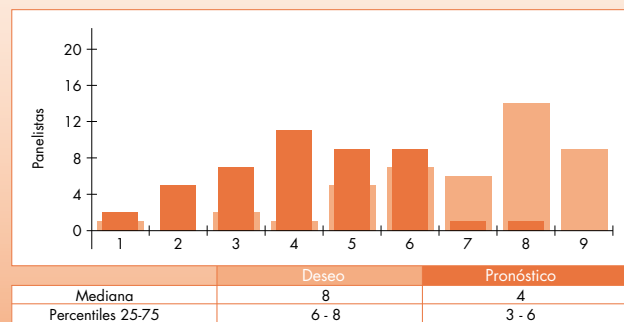
D053. La reforma de la AP basada en la descentralización y la autonomía de los centros: procurará más poder a los pacientes (frente a la administración y los profesionales).



D054. La reforma de la AP basada en la descentralización y la autonomía de los centros: incentivará la adopción de guías de práctica.



D055. La reforma de la AP basada en la descentralización y la autonomía de los centros contribuirá a la reducción de desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios.



5.5. AUTONOMÍA DE GESTIÓN

En este capítulo los panelistas se posicionan en relación a sus expectativas y su pronóstico sobre una eventual adopción en el horizonte temporal de la consulta de alguna de las fórmulas de autonomía de gestión. El cuestionario ha mantenido la noción de "autonomía de gestión" utilizada en el Delphi del año 2000. Su definición incluye la "compra" de servicios a proveedores de los restantes niveles asistenciales con arreglo a idénticos estándares de calidad, rendición de cuentas y transparencia informativa. Incluye asimismo el objetivo de que la AP asuma un papel pivotal en la conducción, sostenibilidad y flexibilidad estratégica del sistema público de salud en relación con la evolución del entorno y la configuración cambiante de las necesidades sanitarias.

La autogestión supone, entre otras características específicas, la repercusión en los ingresos de los profesionales de la aplicación demostrable de estándares normativos de calidad, de los resultados en salud y en la eficiencia verificable en la asignación de los recursos bajo su responsabilidad. Es decir, de la buena gestión tanto clínica como operativa.

La consulta muestra una mayoritaria adhesión al papel esencial de la autonomía de gestión en la adopción de decisiones clave para la asignación global de recursos, flujos asistenciales y modulación del gasto sanitario. La disposición de los panelistas a acoger innovaciones estructurales importantes en la organización de la AP se acompaña de un pronóstico acerca del impacto de la crisis y su manejo actual claramente pesimista, que apunta hacia nuevas dilaciones en la implantación y desarrollo de la autonomía de gestión clínica y operativa.

Se desconfiaba de que la gestión concertada se acompañe de una auténtica libertad de elección de centros y profesionales y más aún de que en la práctica se alcance a gestionar el presupuesto completo de todos

los recursos asistenciales del área asignada. Sin embargo se estima más probable que se consideren los resultados de la gestión como un componente importante en el establecimiento de las retribuciones profesionales.

Merece resaltarse el pronóstico negativo sobre la obtención sistemática y la divulgación de información facilitadora de la competencia por comparación entre proveedores y modelos organizativos. Algo más se confía en la incorporación y acceso sin restricciones a la información sobre la experiencia asistencial de los pacientes y usuarios. Es un aspecto llamativo porque la libertad de elección real, la transparencia en la evaluación y divulgación de resultados y la competencia observable por comparación suelen considerarse los factores propulsores de la reforma con mayor poder de legitimación social.

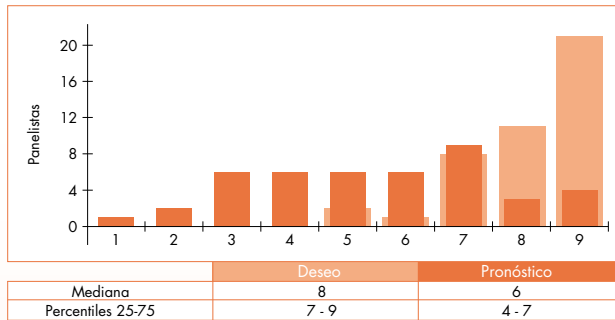
Personalidad jurídica y autonomía de gestión presupuestaria, organizativa, de microgestión clínica y de "compra" de servicios multinivel

El conjunto de proposiciones sobre la reforma organizativa de la AP basada en la autonomía de gestión y la autogestión comparten un muy elevado deseo del panel acompañado de un pronóstico de realización limitado. La predicción en la que coinciden las mayores puntuaciones –alejadas en 2 puntos las medianas de "deseo" y "pronóstico"– es la correspondiente al enunciado "La autogestión en AP comportará repercusión –en positivo y negativo– de los resultados asistenciales en los ingresos de los profesionales". Los profesionales consultados consideran plausibles las diferencias retributivas, tanto al alza como a la baja en función de criterios negociables. No sólo expresan un deseo altamente consistente –sin apenas dispersión– de que se produzcan si no que también confían en verlas reflejadas en la práctica.

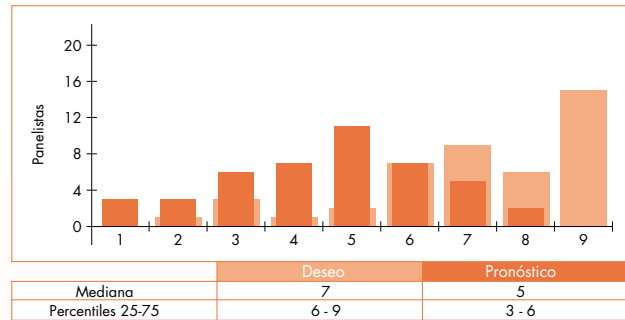
Una deseabilidad algo menor corresponde a la propuesta de que "la autogestión se basará en la existencia de EAP con personalidad jurídica que regularán sus servicios mediante contrato con la administración sanitaria pública", que obtiene un respaldo inferior en un punto respecto a las restantes. Sin embargo no es ésta la cuestión que se prevé como menos factible ya que la menor verosimilitud se atribuye a que "la autogestión alcanzará la gestión del presupuesto completo de todos los recursos asistenciales asignados a un contingente de población, incluyendo la compra de servicios especializados".

Figura nº 29. Autonomía de gestión

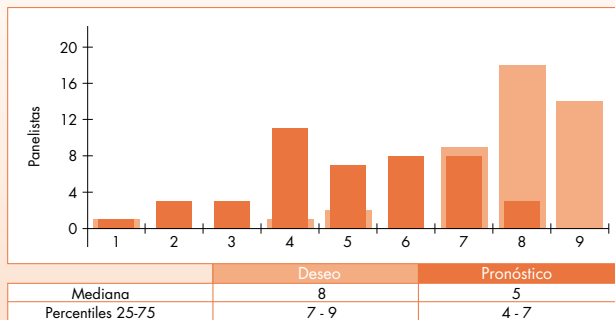
E063. La autogestión en AP comportará repercusión –en positivo y negativo– de los resultados asistenciales en los ingresos de los profesionales.



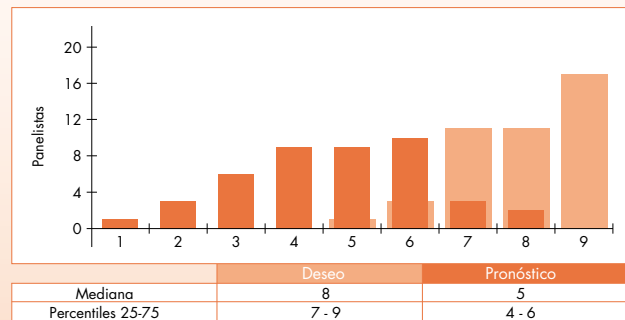
E057. La autogestión se basará en la existencia de EAP con personalidad jurídica que regularán sus servicios mediante contrato con la administración sanitaria pública.



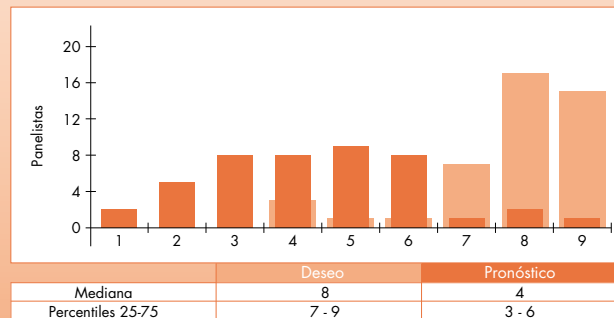
E056. Se extenderá y se consolidará la reforma organizativa de la AP basada en la descentralización y asunción de responsabilidades por el impacto económico de las decisiones clínicas en la primera línea asistencial.



E058. La autonomía de gestión de la AP se desarrollará reconociendo –e integrando en su organización– su papel crítico como primera línea de contacto con el paciente y centro de decisiones clave en la asignación de recursos y modulación del gasto sanitario.



A001. La AP habrá consolidado su función de “filtro” (gatekeeping), coordinando y regulando de forma importante el acceso de los usuarios al resto de niveles asistenciales.



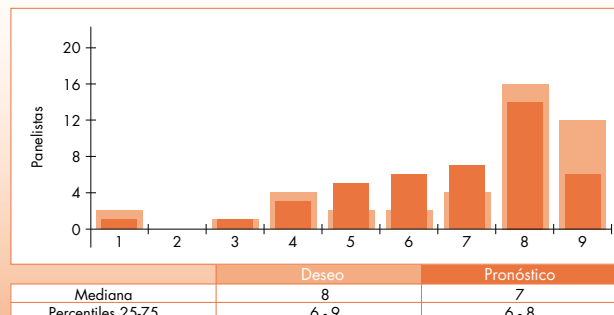
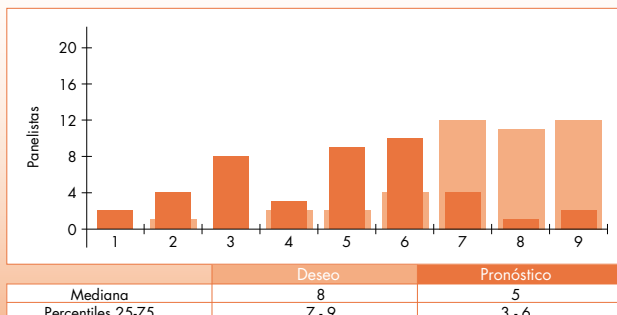
Adscripción voluntaria de los profesionales a fórmulas organizativas innovadoras

La visión prospectiva de la dinámica de implantación de las fórmulas organizativas innovadoras del panel presenta aspectos de especial interés. Es muy potente el deseo de que los Servicios de Salud faciliten a los profesionales que voluntariamente lo acepten su adscripción a Centros de AP con gestión presupuestaria autónoma, libertad de organización, asunción de riesgo financieros y rendición de cuentas, aunque la expectativa de materialización es mucho más moderada, con mediana desfasada 3 puntos hasta un escueto aunque positivo 5 en su pronóstico. Merece destacarse que cuando se consulta si esa implantación respetará la voluntad de los profesionales que prefieran mantener su vinculación estatutaria, se recoge una casi coincidencia sumamente significativa entre los deseos y los pronósticos.

Figura nº 30. Adscripción voluntaria de los profesionales a fórmulas organizativas innovadoras

E059. Los Servicio de Salud de las CCAA facilitarán a los profesionales que voluntariamente lo acepten su adscripción a Centros de AP con gestión presupuestaria autónoma, libertad de organización, microgestión clínica y "compra" de servicios e intervenciones especializadas con asunción de beneficio/riesgo financiero y rendición de cuentas.

E060. Las reformas descritas anteriormente respetarán la voluntad de los profesionales que prefieran mantener su vinculación estatutaria.

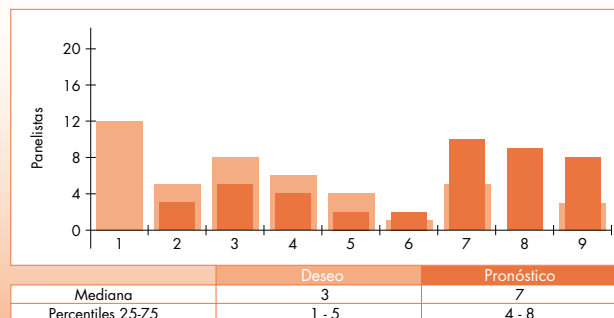


Impacto de la crisis fiscal en la innovación organizativa de la AP

Una cuestión ampliamente debatida es la que se refiere a la consideración de la actual crisis como oportunidad para introducir reformas innovadoras. Al preguntar si los efectos de la actual recesión impedirán o retrasarán la introducción y desarrollo de la autogestión, se obtiene una clara expresión de rechazo. Sin embargo el pronóstico correspondiente es elevado y de signo opuesto, lo que se traduce en importantes distancias de 4 puntos entre las medianas de cada dimensión.

Figura nº 31. Impacto de la crisis en la innovación organizativa

E064. Los efectos de la actual recesión y las políticas de gestión de la crisis económica impedirán o retrasarán considerablemente la introducción y desarrollo de la autogestión.

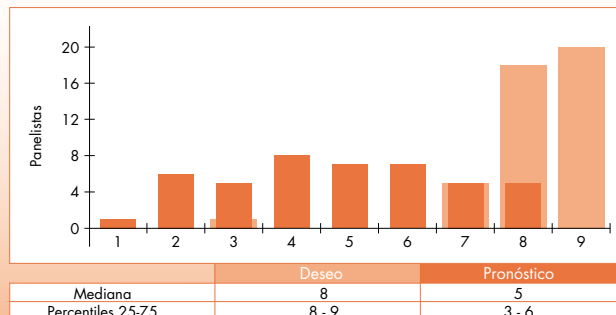


Evaluación de la aportación de valor de la innovación organizativa de la AP

Sorprenden las respuestas obtenidas al consultar sobre si "la autonomía de gestión se evaluará por su contribución verificable" a las mejoras en salud y en la efectividad y eficiencia del sistema sanitario. Claramente el conjunto de panelistas desea que esto sea así, con una puntuación rozando el extremo superior. Paradójicamente, el pronóstico respecto a la puesta en práctica de tan deseadas evaluaciones se contempla con moderada verosimilitud (Md:5; IQR:3-6).

Figura n° 32. Evaluación de la autonomía de gestión

E065. La autonomía de gestión se evaluará por su contribución verificable a mejorar los resultados en salud y calidad de vida, la liberación de recursos para ampliar su capacidad asistencial y resolutive y la integración de los itinerarios asistenciales entre niveles.

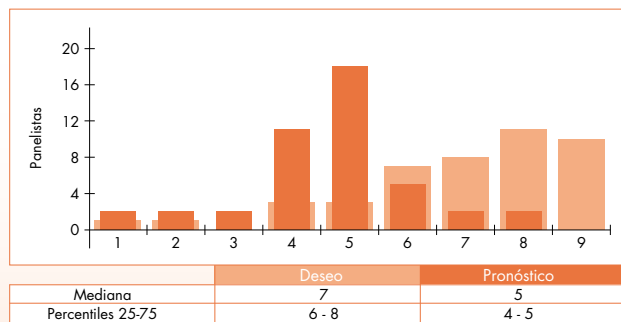


Dinamizadores de la autonomía de gestión

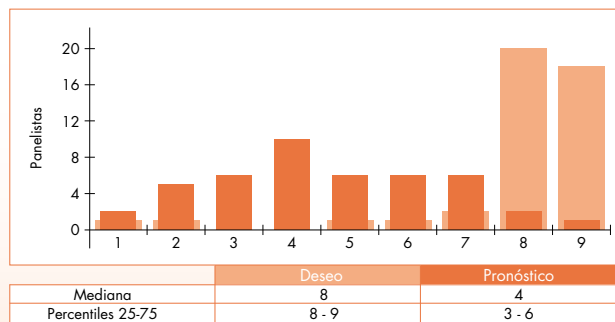
Otro aspecto en el que se exagera la brecha entre deseos y pronósticos es el que aborda el comportamiento de algunos factores con capacidad de dinamizar la implantación y desarrollo de la autonomía de gestión. Los deseos más poderosos se concitan alrededor de la evaluación de sus resultados en salud, calidad de vida y experiencia asistencial de los usuarios (mediana de 8 con rango 8-9), pero acompañado de un pronóstico de escasa verosimilitud, alejado 4 puntos de la expresión de deseo los panelistas. Idéntica prospectiva configura la poca confianza en que la divulgación de los resultados de la competencia por comparación vaya a ser un factor clave de desarrollo.

Figura n° 22. Diversificación de perfiles organizativos

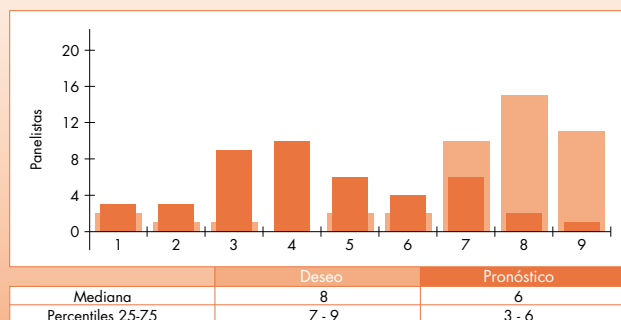
E066. Su legitimación a partir de la libre elección de los ciudadanos de cada Centro.



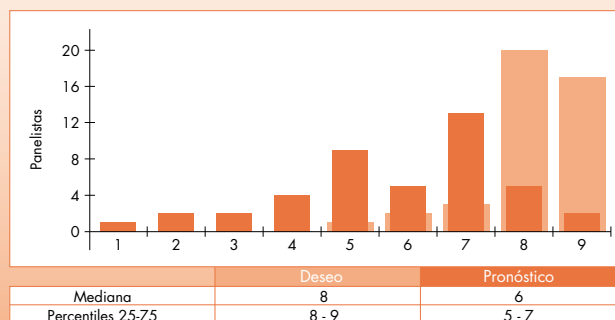
E067. La evaluación de sus resultados en salud, calidad de vida y experiencia asistencial de los usuarios.



E068. La divulgación de los resultados de la competencia por comparación.



E069. La autonomía de gestión de la AP contribuirá a mejorar la productividad y la eficiencia del sistema público de salud.



Menor disonancia entre deseos y pronósticos corresponde a la contribución a la legitimación de la autonomía de gestión a través de la libre elección de proveedor por los usuarios, cuya relativamente moderada deseabilidad (Md:7) se acompaña de una predicción algo superior (Md:5) a la expresada en las anteriores cuestiones.

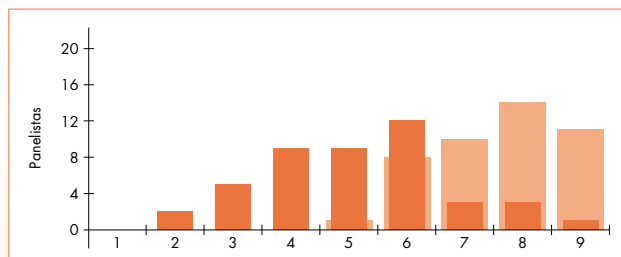
Los panelistas expresan de manera rotunda su confianza en los efectos de la autonomía de gestión sobre el conjunto del sistema, estimando que contribuirá a mejorar su productividad y eficiencia. Tales deseos resultan moderadamente matizados en lo tocante a su pronóstico, mostrando medianas de 8 y 6 respectivamente. En este escenario emerge una confianza apreciable en que estas formas organizativas innovadoras supondrán efectos positivos para el conjunto del sistema sanitario lo que contrasta de manera llamativa con la escasa convicción en el pronóstico precedente de que se implanten.

Consecuencias anticipadas de la extensión y consolidación de la autonomía de gestión

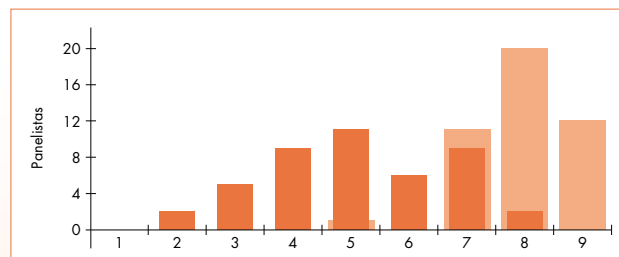
Las propuestas enunciadas sobre los efectos esperables de la autonomía de gestión en AP resultan en una muy similar deseabilidad –mediana de 8 en todas– pero con variado pronóstico. Existe un notable acuerdo (Md:7) en pronosticar que la autonomía de gestión estimulará la generación de información sistemática y consistente acerca de la satisfacción de los pacientes con su experiencia asistencial y algo más moderado respecto a la necesaria disposición de guías homologables, así como medidas de cumplimiento de objetivos.

Figura n° 34. Consecuencias de la extensión y consolidación de la autonomía de gestión

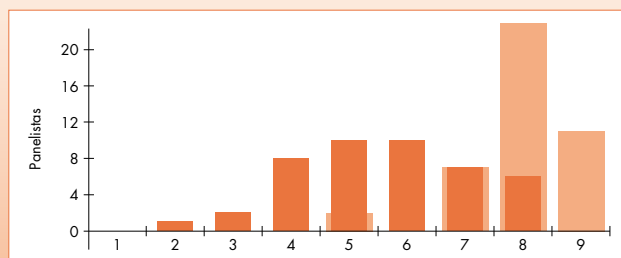
E070. Una mejora radical de la información sobre actividad y resultados actualmente disponible.



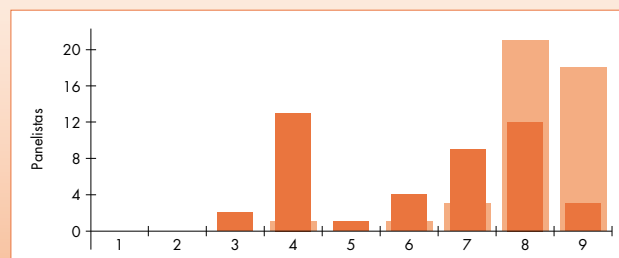
E071. La evaluación independiente de mejoras en la calidad y eficiencia de la innovación organizativa y la gestión financiera y clínica.



E072. La disposición de guías de práctica clínica homologables y medidas de obtención del nivel de los objetivos establecidos.



E073. Precisar información sistemática y consistente acerca de la satisfacción de los pacientes con su experiencia asistencial.



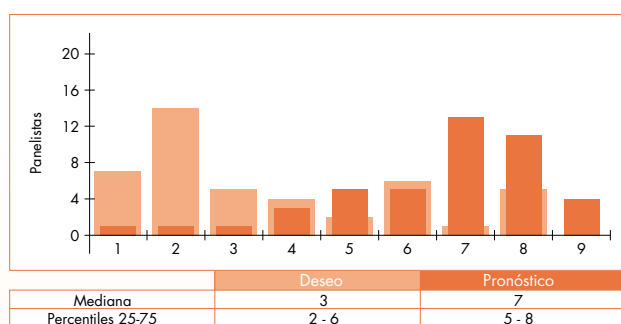
Las previsiones son algo menos halagüeñas (pronóstico con mediana en 5 y deseos con mediana de 8) respecto a una mejora radical de la información y su difusión abierta sobre actividad y resultados actualmente disponibles, así como sobre la práctica de una evaluación independiente del progreso en mejoras de la calidad y eficiencia de la innovación organizativa y la gestión financiera y clínica.

Impacto plausible en los profesionales y los ciudadanos y usuarios

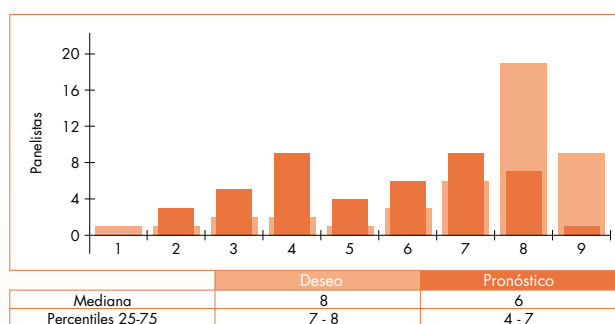
Las respuestas en este apartado resultan especialmente ricas en sus matices. En el apartado más positivo, los panelistas desean que la autonomía de gestión lleve aparejada la implicación de los profesionales en el diseño de criterios, e instrumentos de medida y tarifas (Md:8) y su previsión al respecto solo está moderadamente alejada (Md:6) de esa voluntad. La esperanza algo menor expresada por la contribución de la autonomía de gestión a la mejora de la equidad de acceso y a la reducción de desigualdades en salud (Md:7) se acompaña de un pronóstico de desconfianza en que eso vaya a ser así (Md:4). La cuestión referida a la necesidad de aumentar el personal de enfermería y administrativo recibe de los panelistas una adherencia relativamente baja y dispersa (Md:5; IQR:2-7), en las cercanías de los pronósticos (Md:4; IQR:2-6), asimismo dispersos.

Figura n° 35. Impacto plausible en los profesionales y los ciudadanos y usuarios

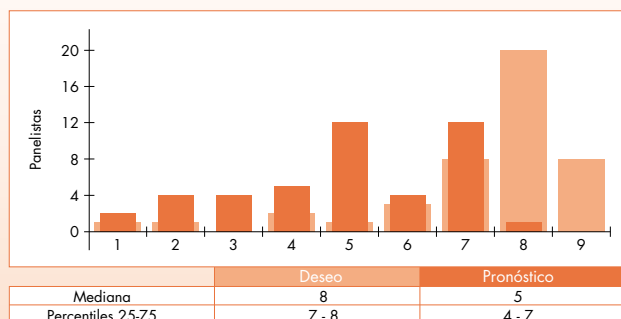
E074. Generará conflictos entre miembros de los equipos de diferente cualificación y participación en la fórmula retributiva.



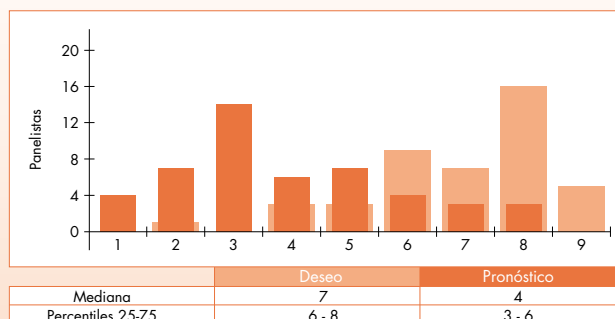
E075. Reclamará la implicación de los propios profesionales en el diseño de la fórmula y los criterios, instrumentos de medida y tarifas por actividad.



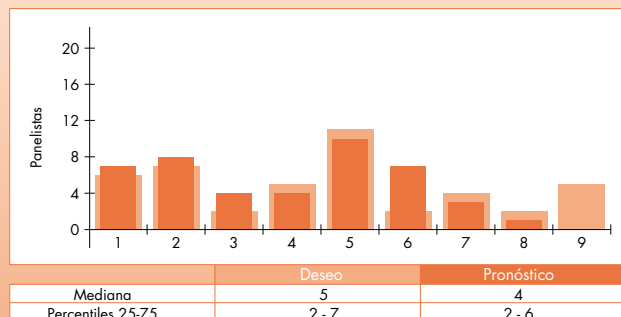
E076. Favorecerá la mejora de la salud y calidad de vida individual y colectiva de la población afiliada al Centro de Salud.



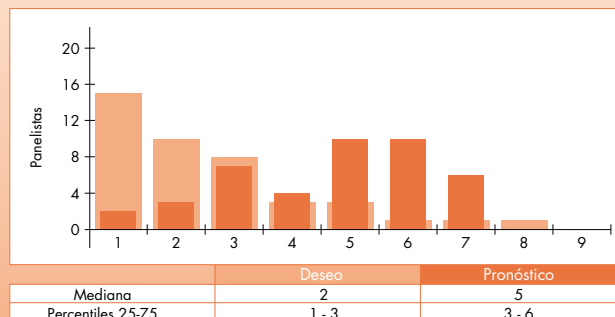
E077. Coadyuvará a mejorar la equidad de acceso al sistema público de salud y a la reducción de desigualdades en salud.



E078. Requerirá aumentar el personal de enfermería y administrativo.



E079. Se mantendrán sin corrección las circunstancias informativas que han permitido la consolidación de formas perversas de retribución por resultados.



La parte pesimista se refiere a la muy indeseada posibilidad de generación de conflictos entre los miembros de los equipos con diferente cualificación y participación en la fórmula retributiva, cuya mediana de 3 dista 4 puntos de la que expresa la elevada probabilidad de ocurrencia que atribuye el pronóstico de que dichos conflictos ocurrirán (Md:7; IQR:5-8).

En último lugar destaca el claro rechazo (Md:2; IQR:1-3) a que se mantengan sin corrección las circunstancias informativas que han permitido la consolidación de formas perversas de retribución por resultados. Con todo, ese rechazo es bastante más marcado que el moderado, pero no irrelevante (Md:5) pronóstico de que subsistan tales circunstancias.

5.6. CARRERA PROFESIONAL, FÓRMULAS RETRIBUTIVAS E INCENTIVOS

Aunque la retribución por objetivos se propone contribuir a nivelar las desigualdades en el desempeño profesional, la variabilidad de la calidad asistencial y a incentivar la alineación con los objetivos de eficiencia y equidad, su diseño e implementación en el SNS han mostrado, hasta la fecha, resultados dispares, no siempre acordes con las expectativas.

De entre las fórmulas propuestas el panel pronosticó, de manera congruente con su deseo mayoritario, la implantación de fórmulas que integren dimensiones de salario, capitación y consecución verificable de resultados negociados. Asimismo y con deseos y pronósticos alineados de manera favorable al escenario propuesto, los panelistas esperan que la aplicación del sistema de retribución por objetivos que se establezca sea evaluado de manera independiente para salvaguardar sus ventajas y prevenir su degradación.

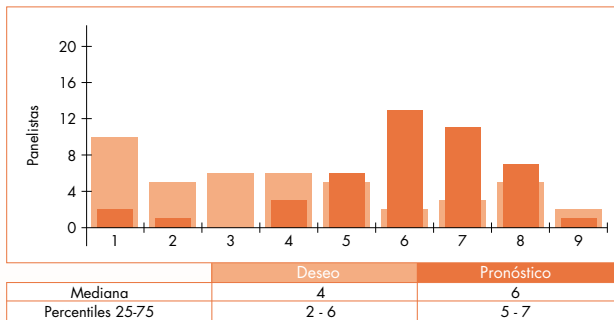
Modalidades retributivas

Las alternativas retributivas sometidas a consulta muestran un muy distinto respaldo en cuanto a su deseabilidad, no siempre acompañado de un pronóstico en consonancia. Entre estas alternativas destaca netamente la retribución fundamentalmente por acto o servicio, considerada sumamente indeseable (Md:2) y con una probabilidad de ocurrencia también muy baja (Md:3). En la escala de rechazo le sigue, a cierta distancia, la retribución asalariada similar a la actual (Md:4) aunque en este caso el pronóstico sobre su continuidad dista de ser despreciable (Md:6; IQR: 5-7). Respecto a la retribución por persona asignada ajustada por edad y complejidad, los deseos concitan niveles importantes de adhesión (Md:7) si bien el pronóstico la considera poco factible.

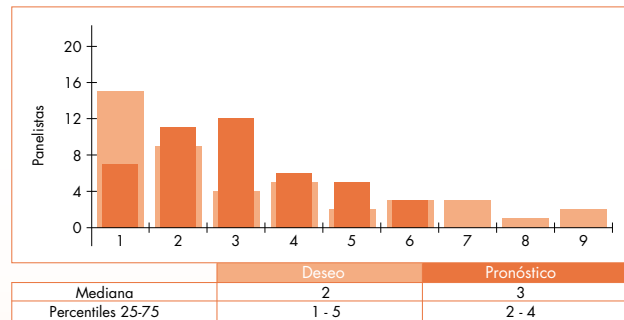
Similar distancia, pero con intensidades más marcadas (mediana de deseo en 8 y en 5 para el pronóstico) es la referida a la retribución basada en la consecución de objetivos o resultados y la participación en beneficios de la buena gestión, aunque el modelo deseado mayoritariamente (y, junto a la pervivencia del salario, el considerado más previsible) es la fórmula mixta de salario (<20%), capitación (población asignada (<50%), consecución de objetivos (<20%) y otros aspectos como docencia, investigación, beneficios, etc. La mediana de su deseo es de 8, y de 6 la que expresa su previsión.

Figura n° 36. El modelo retributivo predominante para los médicos de AP en el año 2020

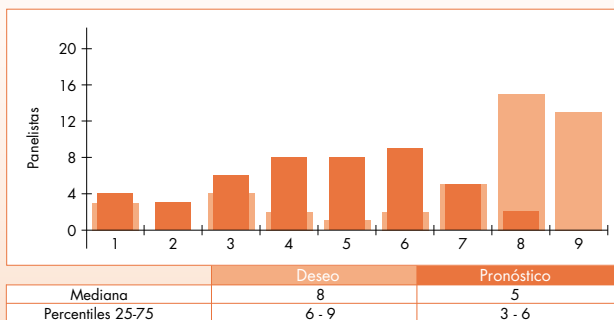
F080. Retribución sobre todo asalariada (similar al actual).



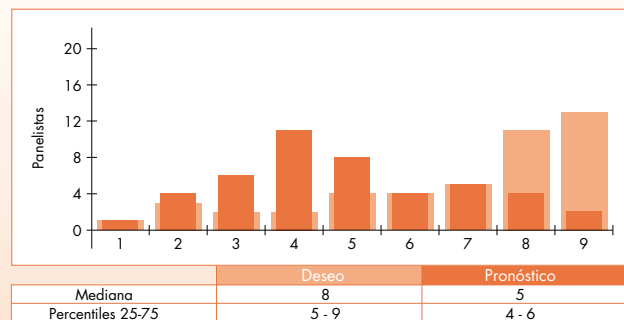
F081. Retribución sobre todo por acto o servicio.



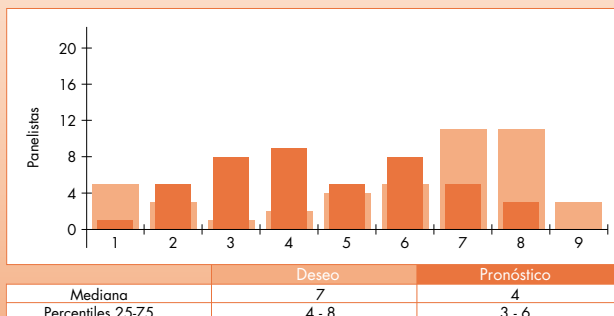
F082. Retribución basada en la consecución (verificable y comparable) de objetivos o resultados.



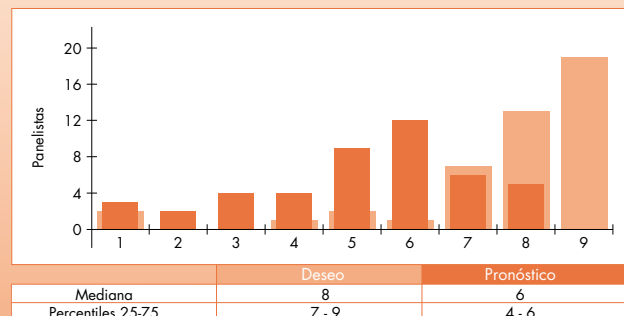
F083. Participación en beneficios de la buena gestión.



F084. Retribución sobre todo por persona asignada (ajustada por edad y complejidad).



F085. Mixto de salario (<20%), capitación (población asignada (<50%), consecución de objetivos (<20%) y otros aspectos como docencia, investigación, beneficios, etc.



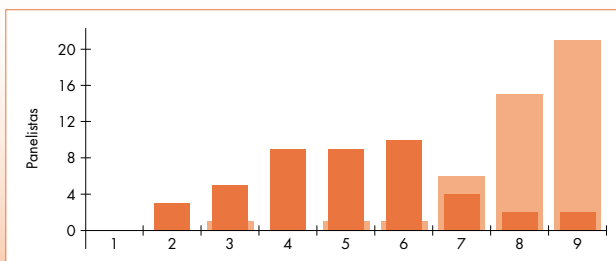
Consecuencias de la adopción de fórmulas retributivas por resultados

A tenor de lo señalado, en caso de prosperar la adopción de fórmulas retributivas basadas en el desempeño profesional, mejora de la calidad y gestión de recursos, éstas deberían incorporar evaluaciones independientes y permitir visualizar la mejora de los resultados clínicos de la población afiliada al centro. El deseo expresado sobre ambos escenarios por los profesionales consultados es notablemente elevado (Md:8 en ambos casos), con pronósticos menos consistentes, con medianas de 5 y 6 respectivamente.

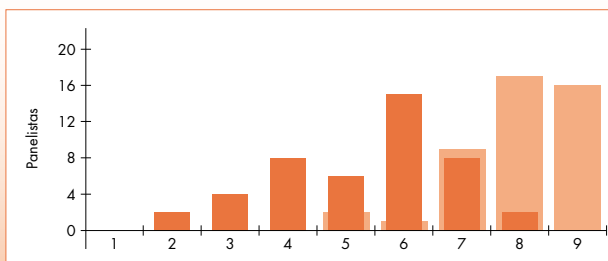
El pronóstico acerca de la contribución de éstas modalidades retributivas a una mejora de los resultados clínicos es positivo pero cauto (Md:6; IQR:4-6), si bien el pronóstico sobre el probable empleo de evaluaciones independientes es más escéptico, expresado en una mediana de 5, alejada de la que cifra su deseabilidad (Md:8).

Figura nº 37. Consecuencias de la adopción de fórmulas retributivas por resultados

F086. La adopción de formulas retributivas basadas en el desempeño profesional, mejora de la calidad y gestión de recursos tendrán como soporte una evaluación independiente de los resultados.



F087. La adopción de formulas retributivas basadas en el desempeño profesional, mejora de la calidad y gestión de recursos mejorará los resultados clínicos de la población afiliada al centro.



5.7. PAPEL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN

La Estrategia AP-21 recomendaba “impulsar los sistemas de información sanitaria” para establecer un algoritmo de clasificación de pacientes “case mix” según previsiones de utilización de servicios y hacer posible la comparación de procesos, resultados y experiencia asistencial, extendiendo las mejores fórmulas organizativas y la buena práctica entre los centros de salud. La consulta propuso a los panelistas que manifestaran sus expectativas y predicciones sobre un conjunto de escenarios de cambio de cultura organizativa, responsabilidad informada del paciente y autocuidados relacionados con el uso plenamente integrado de las tecnologías de la información.

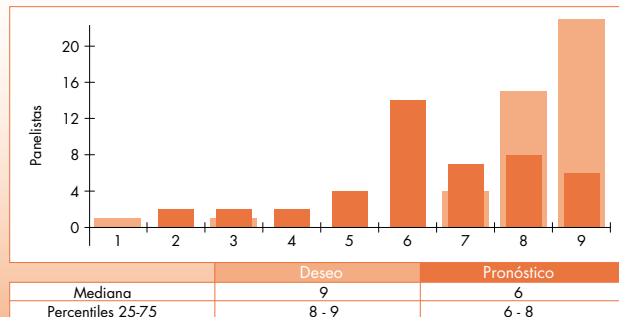
En este apartado cabe destacar el entusiasmo colectivo respecto al papel que las TIC deberían jugar (expresado incluso con algunas medianas en el máximo valor posible) y los no tan entusiastas pronósticos respecto a la plena integración de las TIC que, no obstante, mantiene firmes expectativas de que su uso generalizado contribuirá a la capacitación del paciente en autocuidados, comunicación y implicación en las decisiones clínicas. Con todo, las distancias entre deseos y pronósticos (alrededor de 3 puntos) se aproximan el desfase promedio del conjunto de la consulta.

Redes sociales

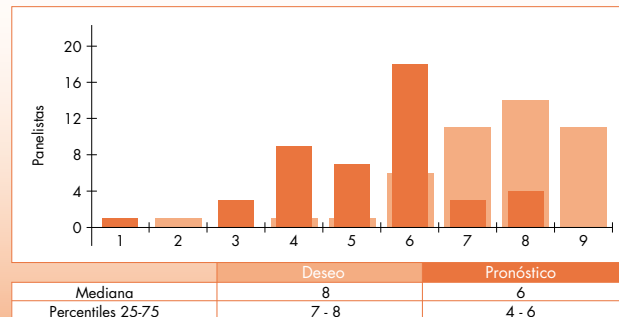
Uno de los deseos colectivos más potente (Md:9; IQR:8-9) es el referido a la plena integración de las nuevas formas de comunicación utilizando las TIC en AP y permitiendo nuevas formas de atención sanitaria. Dicha unanimidad aparece matizada con la rebaja de los pronósticos correspondientes que, no obstante, se vislumbran como plausibles (Md:6; IQR:6-8). Una situación algo menos tajante se produce con el deseo de que las TIC contribuyan a la capacitación del paciente en autocuidados y a su participación en las decisiones clínicas (Md:8; IQR:7-8) y pronóstico prudente (Md:6; IQR:4-6).

Figura nº 38. Redes sociales y tecnologías de la información y comunicación

G088. Las nuevas formas de comunicación utilizando las TIC (e-mail, telemedicina, web 2,0, comunidades virtuales, etc.) estarán plenamente integradas en la atención de los pacientes en atención primaria y permitirán nuevas formas de atención sanitaria.



G093. Las TIC serán esenciales en la capacitación del paciente en autocuidados y en su participación en las decisiones (autonomía, paciente experto, cultura de salud).

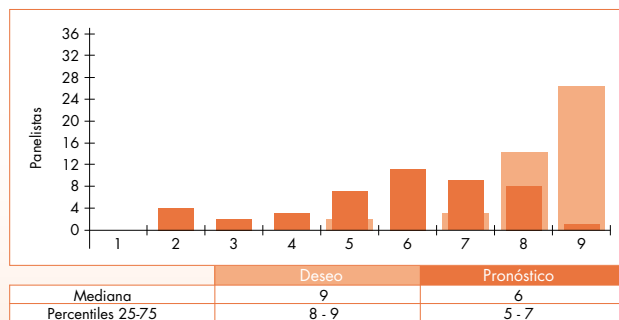


Predicciones acerca del impacto de las TIC

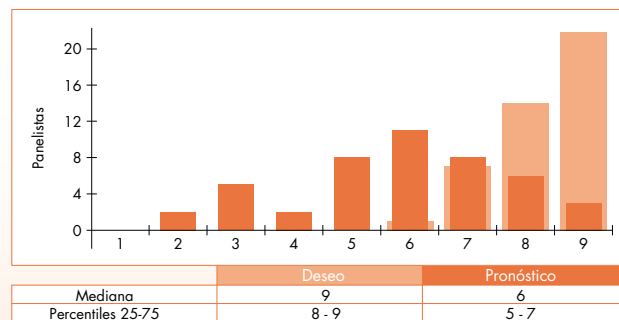
También deseos de ocurrencia elevados y casi unanimidad respecto a la aportación de las TIC a la medida de resultados (outcomes) clínicos para su posible uso en la evaluación de las organizaciones y centros sanitarios (Md:9) y, también, de nuevo el pronóstico al respecto se distancia, aunque manteniendo una predicción positiva (Md:6). Algo más moderada (Md:8) es la ambición de que los registros clínicos se integren por nive-

Figura nº 39. El impacto de las tecnologías de la información y comunicación

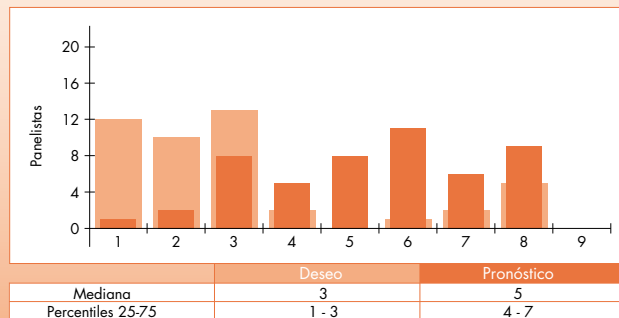
G089. Los registros clínicos de las organizaciones sanitarias estarán integrados para mejorar la efectividad y eficiencia en las decisiones clínicas.



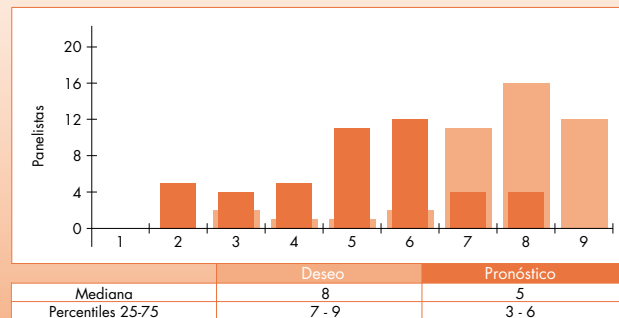
G090. Las TIC permitirán la medida de resultados (outcomes) clínicos que podrán ser utilizados en la evaluación de las organizaciones y centros sanitarios.



G091. El uso de las nuevas tecnologías para mejorar la capacidad resolutoria y la accesibilidad (tele dermatología, internet, ecógrafo, ...) se asociará a un incremento de la utilización inadecuada de servicios, pruebas y tratamientos.



G092. Las TIC permitirán el uso habitual de las ayudas para la implicación del paciente en las decisiones clínicas (Decision AIDS)



les asistenciales para mejorar la efectividad y eficiencia en las decisiones clínicas, aunque su pronóstico se sitúa también en una mediana en 6. El deseo de que las TIC permitan un uso general de las ayudas para la implicación del paciente en las decisiones clínicas es de idéntica intensidad, pero con un pronóstico centrado alrededor de una mediana de 5.

Finalmente, se rechaza sin ambages (Md:3; IQR:1-3) que el uso de las nuevas tecnologías que mejoran la capacidad resolutoria y la accesibilidad (teledermatología, internet, ecógrafo, ...) tengan que venir asociado a un incremento de la utilización inadecuada de servicios, pruebas y tratamientos, si bien con un pronóstico (Md:5) que le otorga cierta verosimilitud sin descartar su ocurrencia.

5.8. DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA, CERTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN

Este apartado muestra las respuestas con mayor distancias entre deseos y pronósticos de toda la consulta. Mientras que todos los escenarios excepto uno muestran una elevada deseabilidad (medianas de 8), los pronósticos quedan a una distancia media de 4 puntos. Los panelistas desconfían de que la próxima década alumbre modificaciones sustanciales que permitan reorientar la formación de médicos de manera congruente con las características y necesidades de la atención primaria.

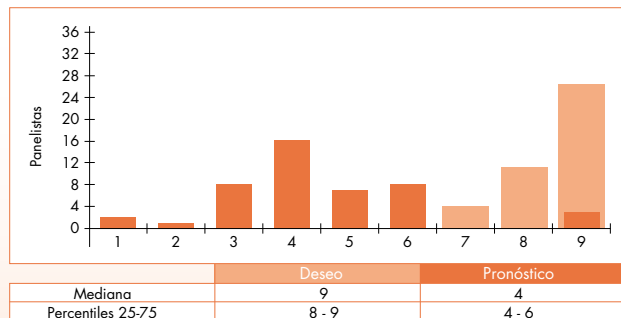
El desfase mayor, uno de los máximos del estudio, se refiere a la expectativa de que los mejores números del examen MIR opten por la especialidad de MF y C. No siendo un escenario de lo más deseado es, sin embargo, el pronóstico que refleja mayor pesimismo. Son más esperanzadoras las probabilidades asignadas al desarrollo de la formación interprofesional en la fase de formación especializada de la AP y la sensibilidad de los planes docentes al desarrollo del nuevo liderazgo de los profesionales de primera línea que la situación de incertidumbre y crisis financiera y organizativa requiere.

La docencia en las facultades de medicina

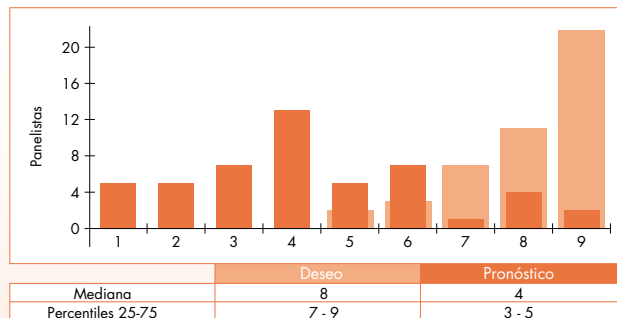
Las predicciones sobre la docencia en las facultades de medicina concita notables divergencias entre los deseos y los pronósticos para los 3 escenarios propuestos. Su deseabilidad es muy elevada, con medianas de 8 ó 9, mientras la probabilidad de ocurrencia no suele alcanzar la mitad de esta puntuación mostrando un escaso optimismo sobre la materialización real de estos escenarios. La predicción sobre la inclusión en los planes de estudio y especialización de contenidos relacionados con los nuevos perfiles de liderazgo y competencias en gestión de la AP se considera discretamente más probable que las otras (Md:5)

Figura nº 40. La docencia en las facultades de medicina

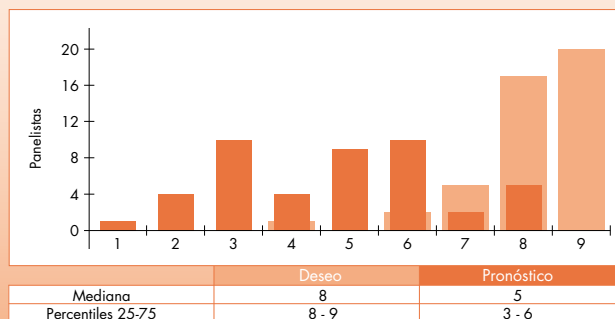
H094. Las diferentes asignaturas de los programas de grado en las facultades de medicina habrán integrado las perspectivas clave en AP (visión integral, longitudinalidad, cuidados a largo plazo y no sólo de los episodios agudos).



H095. Las facultades de medicina y las escuelas de enfermería orientarán la docencia para formar médicos y enfermeras que quieran ser médicos y enfermeras de AP.



H096. Los programas de formación y docencia (grado, especialidad, etc.) incluirán aspectos relacionados con la gestión de servicios de AP.

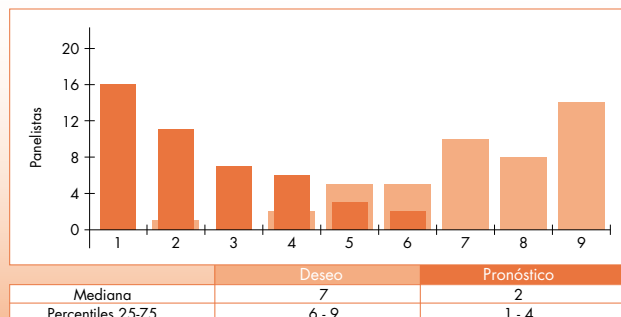


La formación postgrado

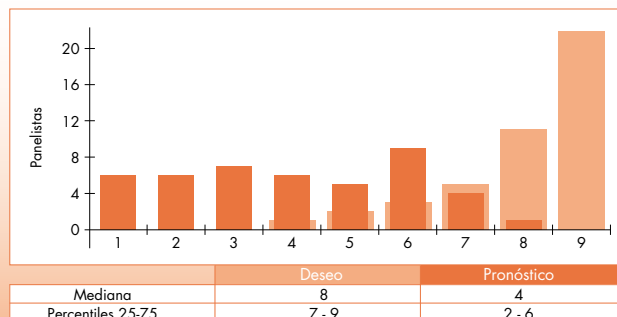
El pesimismo de los pronósticos alcanza la máxima disociación respecto a los deseos expresados al consultar si *"los mejores números del examen MIR optarán por la especialidad de Medicina de Familia"*, lo que supondría un cambio espectacular respecto a la actual atracción de la especialidad. El deseo colectivo es sólo moderadamente elevado (Md:7) la distancia que lo separa del pronóstico asociado (Md:2) es de 5 puntos. Ésta distancia es algo mayor que los 4 puntos que separan el deseo de que la formación de todos los especialistas en ciencias médicas contemple rotaciones por AP (Md:8) de su previsión de ocurrencia (Md:4).

Figura nº 41. La formación postgrado

H097. Los mejores números del examen MIR optarán por la especialidad de Medicina de Familia.



H098. La formación de todos los especialistas en ciencias médicas contemplará rotaciones por Atención Primaria.

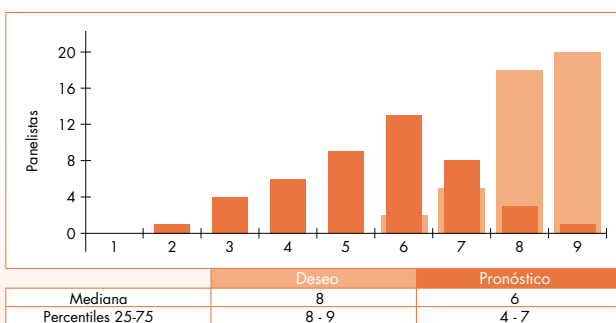


Formación, desarrollo profesional e interprofesional y recertificación

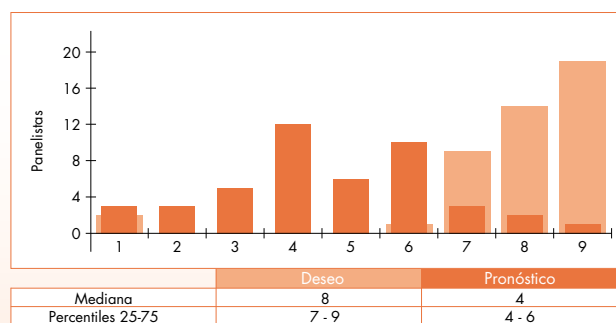
La recertificación de profesionales también muestra un pronóstico poco complaciente. La elevada expresión del deseo –mediana en 8– de que en el plazo de los diez próximos años se haya instaurado la recertificación periódica de la competencia profesional, está muy alejada de la escasa verosimilitud que conceden a tal previsión con mediana en 4. Con perspectivas algo menores se contempla el desarrollo de formación interprofesional en las distintas fases del ciclo formativo cuyo pronóstico próximo al escepticismo (Md:5) no descarta cierta posibilidad de ocurrencia. La actualización de la capacitación clínica y el uso de herramientas diagnósticas y terapéuticas a través de la formación continua muestran un pronóstico algo más positivo (Md:6), sólo dos puntos por debajo de la expresión de deseabilidad.

Figura nº 42. Formación, desarrollo profesional e interprofesional y recertificación

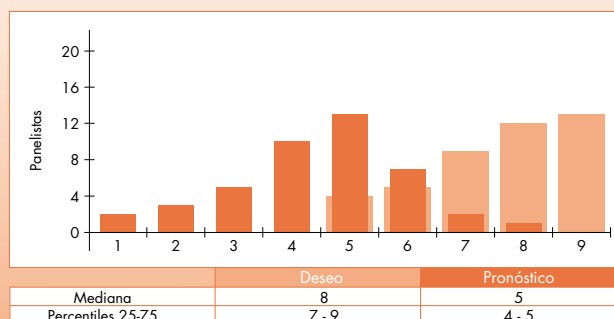
H099. La formación continua se orientará a la capacitación clínica y al uso de herramientas diagnósticas y terapéuticas (incluyendo las provenientes de la epidemiología clínica).



H100. Se habrá instaurado la recertificación periódica de los profesionales, incluidos los de AP.



H101. Se desarrollara la formación interprofesional en las distintas fases del ciclo formativo como elemento para mejorar la integración de cuidados y la efectividad de los EAP.

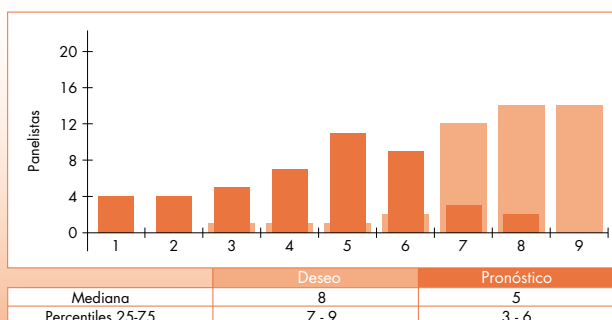


Investigación clínica

El deseo de que la AP se organice permitiendo un salto en la creación de unidades de investigación, la atracción de fondos y la contribución al desarrollo de megaensayos y otras formas de investigación clínica, mantiene la pauta de una elevada deseabilidad (Md:8; IQR:7-9) y un pronóstico moderado (Md:5; IQR: 3-6) que sólo puede valorarse como coherente con lo previamente reseñado en relación a la sistemática distancia entre visiones normativas de “lo que debería ser” y previsiones verosímiles de ocurrencia.

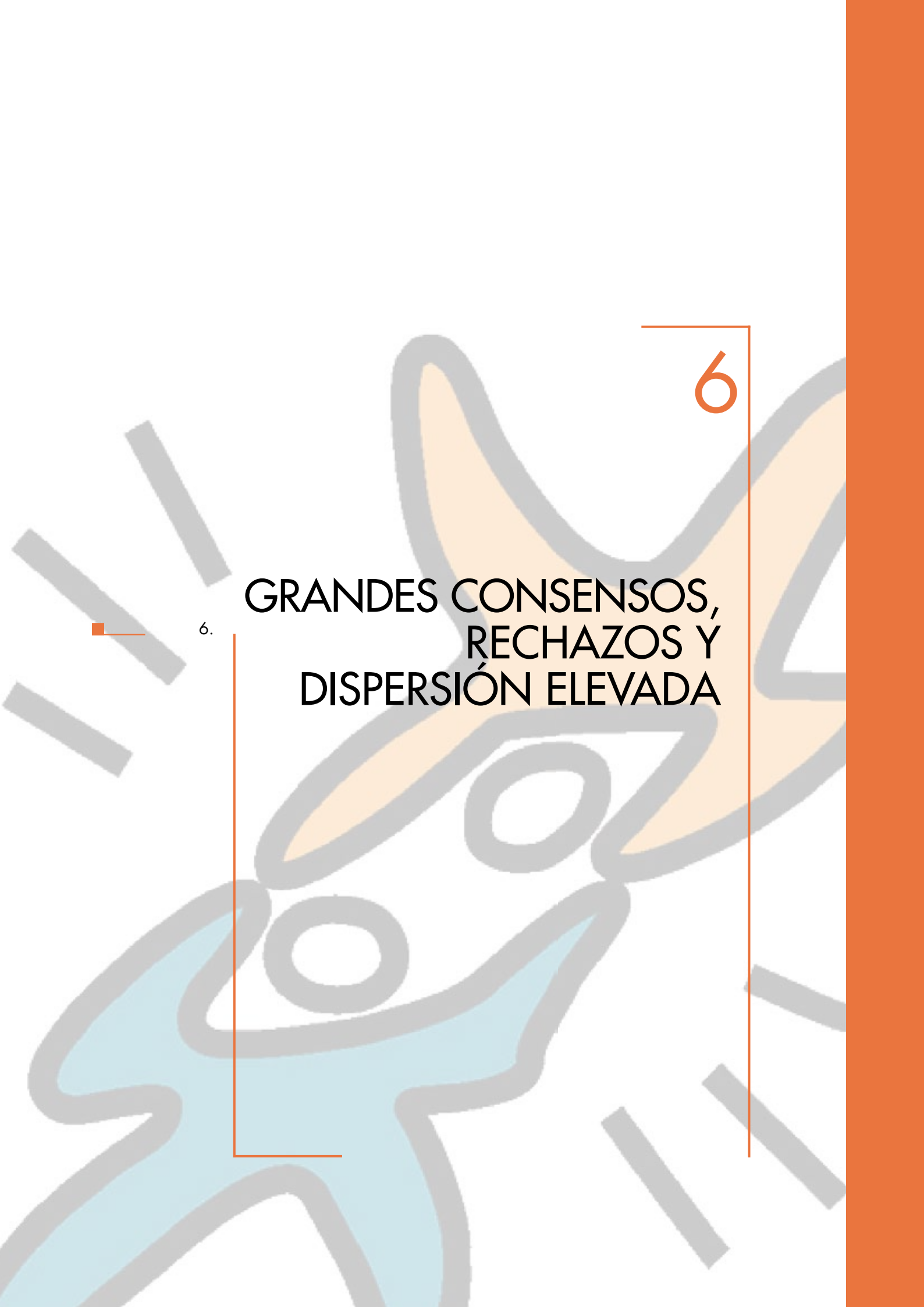
Figura n° 42. Investigación clínica

H102. La AP (al menos en las respectivas CCAA) se organizará para permitir el desarrollo de megaensayos y otras formas de investigación clínica en AP.



GRANDES CONSENSOS,
RECHAZOS Y
DISPERSIÓN ELEVADA

6.



6. GRANDES CONSENSOS, RECHAZOS Y DISPERSIÓN ELEVADA

En este apartado, y como complemento del anterior, se muestran los resultados de los posicionamientos predictivos más extremos en respuesta a los escenarios planteados al panel.

Las dispersiones elevadas indican dificultades en la obtención de mayorías netas o consensos en la respuesta colectiva. En las tablas 4 y 5 se presentan las cuestiones que obtuvieron la mayor dispersión (IQR >4 puntos) en las valoraciones de “deseos” (tabla 1) o “pronósticos” (tabla 2).

En la tabla 6 se muestran las cuestiones que obtuvieron el máximo apoyo (Md=9 en deseo) y en la tabla 7 las que obtuvieron la mayor probabilidad de ocurrencia (Md≥7 en pronóstico). En la tabla 8 se muestra la única cuestión que obtuvo una puntuación similar en deseo y pronóstico y en la tabla 9 aquellas que presentaron la mayor discrepancia entre deseo y pronóstico (distancia >4 entre ambas medianas). Finalmente en la tabla 10 se identifican los posicionamientos que reflejan la menor incertidumbre en las predicciones de los consultados.

Tabla nº 4. Valores de máxima dispersión en la formulación de “deseos” y “rechazos” colectivos

B015 (deseo). Se impulsaran desde los centros de AP las actividades de promoción de la salud y fomento de estilos de vida saludables (ejercicio,dieta,campañas antitabaco,..).

D030 (rechazo). Se mantendrá sin cambios substanciales el actual sistema de financiación de la AP.

D036 (deseo). Existirán copagos como tasas públicas en algunos servicios de AP (para contribuir a la sostenibilidad del sistema con independencia de la adecuación de su indicación).

D038 (deseo). Se diversificarán las entidades proveedoras de servicios de AP, incluyendo también – además de los centros públicos y no lucrativos – centros privados con ánimo de lucro.

E064 (rechazo). Los efectos de la actual recesión y las políticas de gestión de la crisis económica impedirán o retrasarán considerablemente la introducción y desarrollo de la autonomía de gestión.

E074 (rechazo). La autonomía de gestión generará conflictos entre los miembros de los equipos de diferente cualificación y participación en la fórmula retributiva.

E078 (deseo). La autonomía de gestión requerirá aumentar el personal de enfermería y administrativo.

F080 (rechazo). El modelo retributivo predominante para los médicos de AP será la retribución asalariada similar al actual.

Tabla n° 5. Valores de máxima dispersión en la formulación colectiva de pronóstico

C027 (pronóstico favorable). Evolución de las actividades preventivas del abuso de medicamentos (sico-trópos, antibióticos,..).

E064 (pronóstico favorable). Los efectos de la actual recesión y las políticas de gestión de la crisis económica impedirán o retrasarán considerablemente la introducción y desarrollo de la autonomía de gestión.

E073 (pronóstico favorable). La adopción, extensión y consolidación de la autonomía de gestión de la AP precisará información sistemática y consistente acerca de la satisfacción de los pacientes con su experiencia asistencial.

E078 (pronóstico desfavorable). La autonomía de gestión requerirá aumentar el personal de enfermería y administrativo.

H098 (pronóstico favorable). Los programas docentes (grado, especialidad,..) incluirán aspectos relacionados con la gestión de servicios de AP.

Tabla n° 6. Máximo valor de las medianas de "deseos" y "rechazos" (Mediana=9)

D045. Se consolidará la historia clínica compartida para la AP y la atención especializada (incluso entre distintos proveedores) evitando la duplicidad de acciones.

D046. La mejora de los sistemas de información permitirán la integración virtual de servicios para atender la cronicidad.

D051. La integración entre los niveles de AP y hospitalario mejorará gracias a la introducción de protocolos consensuados entre los profesionales de ambos niveles.

G088. Las nuevas formas de comunicación utilizando las TIC estarán plenamente integradas en la atención a los pacientes en la AP y permitirán nuevas formas de atención sanitaria.

G090. Las TIC permitirán el uso habitual de las ayudas para la implicación del paciente en las decisiones clínicas.

C027. Incremento en actividades preventivas del abuso de medicamentos (psicótrópos, antibióticos,..).

Tabla nº 7. Máximo valor de las medianas en “pronósticos” (Mediana ≥ 7)

A004. La AP dedicará el grueso de sus recursos, médicos y de enfermería al seguimiento y cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas (tanto en el centro de salud como en el domicilio).

B012. Se promoverán los servicios y prestaciones orientados a atender y/o cuidar pacientes con problemas de tipo crónico-degenerativo.

B014. Se favorecerá el acceso de la AP a las pruebas de diagnóstico por la imagen, laboratorio, funcionales, colonoscopias, etc ..., asociadas a guías y protocolos de uso adecuado.

C018. Aumentarán las acciones preventivas para la detección precoz del cáncer.

C019. Aumentarán las actividades preventivas en población adulta-joven (menos de 65 años) enfocadas a la detección precoz de factores de riesgo (hipertensión, hiperlipemia, diabetes, osteoporosis,..).

D030. Se mantendrá sin cambios sustanciales el actual sistema de financiación de la AP.

D034. Existirán copagos evitables en algunas prestaciones de AP (evitables respecto a otro servicio o prestación igualmente efectivo: por ejemplo si un medicamento supera el precio de referencia el usuario pagará la diferencia hasta el PVP).

D035. Existirán copagos – no evitables – para reducir la utilización de algunos servicios o prestaciones de AP (tique moderador) con el fin de controlar su uso excesivo o inadecuado.

D045. Se consolidará la historia clínica compartida para la AP y especializada (incluso entre distintos proveedores) evitando la duplicidad de acciones.

E060. La implantación de la diversificación de modelos organizativos y la autonomía de gestión respetará la voluntad de los profesionales que preferirán mantener su vinculación estatutaria.

E064. Los efectos de la recesión y las políticas de gestión de la crisis económica impedirán o retrasarán considerablemente la introducción y el desarrollo de la autonomía de gestión.

E073. La adopción, extensión y consolidación de la autonomía de gestión precisará información sistemática y consistente acerca de la satisfacción de los pacientes con su experiencia asistencial.

E074. La adopción, extensión y consolidación de la autonomía de gestión generará conflictos entre los miembros de los equipos de diferente cualificación y participación en la fórmula retributiva. La adopción, extensión y consolidación de la autonomía de gestión.

Tabla nº 8. Valor idéntico de las medianas de “deseos” y “pronósticos”

D036 (mediana = 6). Existirán copagos como tasas públicas en algunos servicios de AP (para contribuir a la sostenibilidad del sistema con independencia de su indicación).

Tabla n° 9. Máxima discrepancia entre “deseos” y “pronósticos” (diferencia entre medianas >4)

A006. Al elegir médico de familia y pediatra de AP los usuarios contarán con información sobre su formación, desempeño y cartera de servicios ofrecida.

A009. La AP articulará los diferentes niveles asistenciales y servicios comunitarios para corregir el despilfarro de recursos asociado con la discontinuidad asistencial, el uso inapropiado de los servicios de urgencias y la “atención no urgente fuera de horas”.

C027. Incremento en actividades preventivas del abuso de medicamentos (psicótopos, antibióticos,...).

D030. Se mantendrá sin cambios sustanciales el actual sistema de financiación de la AP.

D031. Se incrementará – en términos relativos, con respecto a la atención hospitalaria – la dotación presupuestaria de la AP.

E064. Los efectos de la actual recesión y las políticas de gestión de la crisis económica impedirán o retrasarán considerablemente la introducción y desarrollo de la autogestión.

E074. La adopción, extensión y consolidación de la autonomía de gestión de la AP generará conflictos entre miembros de los equipos con diferente cualificación y participación en la fórmula retributiva.

D049. La dirección de las áreas de salud (territorios) estará liderada por la AP.

H097. Los mejores números del examen MIR optarán por la especialidad de Medicina de Familia.

Tabla n° 10. Mínima discrepancia entre deseos y pronósticos (diferencia entre medianas <2)

A004. La AP dedicará el grueso de sus recursos, médicos y de enfermería, al seguimiento y cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas (tanto en el centro de salud como a domicilio).

B013. Se reorientará la figura de la enfermera comunitaria, con la función esencial de prestar cuidados en domicilio y en centros sociales.

B014. Se potenciarán las actividades de detección precoz y “cribado” de enfermedades crónicas (ejemplo: EPOC, diabetes, cardiovasculares) y cáncer, en los centros de AP.

C018. Detección precoz de cáncer.

C019. Actividades preventivas en población adulta joven (<65 años) enfocada a la detección precoz de factores de riesgo (hipertensión, hiperlipemia, diabetes, osteoporosis, ...).

D034. Existirán copagos evitables en algunas prestaciones de AP (evitables respecto a otro servicio o prestación igualmente efectivo: por ejemplo, si un medicamento supera el precio de referencia el usuario pagará la diferencia hasta el PVP).

D035. Existirán copagos –no evitables– para reducir la utilización de algunos servicios o prestaciones de AP (tique moderador) con el fin de controlar su uso excesivo o su uso inadecuado.

D045. Se consolidará la historia clínica compartida para la atención primaria y especializada (incluso entre distintos proveedores) evitando la duplicidad de acciones.

E060. Las reformas descritas anteriormente respetarán la voluntad de los profesionales que prefieran mantener su vinculación estatutaria.

E073. Precisaré información sistemática y consistente acerca de la satisfacción de los pacientes con su experiencia asistencial.

COMENTARIOS FINALES



7. COMENTARIOS FINALES

Este informe da cuenta de los resultados de una consulta prospectiva basada en la técnica de búsqueda de consensos Delphi a un colectivo de 75 profesionales de la Atención Primaria, principalmente médicos en ejercicio, que han contribuido a su diseño y realización.

El estudio pretende contribuir al conocimiento, difusión y discusión de las expectativas de futuro –en un horizonte de diez años– de lo que los consultados esperan y creen que sucederá.

Una de los mayores atractivos de la difusión de las indagaciones prospectivas como la que se presenta consiste en su utilización para objetar, contradecir, discutir y cotejar interpretaciones informadas, aunque distintas, basadas las visiones anticipativas aportadas por la consulta.

Como se ha hecho notar en el resumen ejecutivo, la tónica general del contraste entre lo que los panelistas desean y lo que realmente creen que ocurrirá refleja una visión escéptica y desconfiada que cruza el conjunto de pronunciamientos predictivos de la consulta.

Las tendencias dominantes –hegemónicas– a las que se remite este sentimiento de decepción se refieren tanto a la incertidumbre sobre el impacto y duración real de la crisis sectorial y la recesión económica general, como a una desconfianza –registrada en anteriores y recientes consultas a profesionales de la salud⁷– en la voluntad e iniciativa de los responsables de la política sanitaria de acometer innovaciones organizativas y reformas estructurales justificadas pero reiteradamente aplazadas.

Ambas tendencias se retroalimentan y, en el pronóstico mayoritario del colectivo consultado, predicen el mantenimiento del bloqueo de cambios significativos en organización, gestión, formación, reequilibrio de niveles asistenciales e integración efectiva de itinerarios asistenciales. Al menos si persisten tanto el enfoque fiscal de austeridad radical vigente como la respuesta a la crisis sanitaria exclusivamente basada en recortes de emergencia, sin horizonte sanitario definido, ni contrapartidas para estimular el compromiso profesional con la desaparición de conocidas bolsas de ineficiencia y baja productividad⁸.

El pronóstico colectivo mayoritario no sugiere ninguna confianza de que en los próximos diez años la gestión de la crisis, tal y como se va trampeando, vaya a propiciar el aprovechamiento de oportunidades para hacer lo que no se ha hecho con anterioridad.

En la visión agregada de los panelistas, la Atención Primaria debería afrontar un proceso de innovación organizativa ante las consecuencias previsibles del impacto de la transición demográfica y epidemiológica en las necesidades sanitarias y su manifestación en la demanda de salud y atención sanitaria.

Así, de las predicciones registradas emerge con firmeza –con una importante dosis de certidumbre– al coincidir excepcionalmente los deseos con los pronósticos colectivos la de priorizar la prevención y atención a las enfermedades crónicas y degenerativas en una manifestación de realismo y sensatez.

Esta priorización, conviene recordar, ya fue manifestada con una elevada dosis de consenso diez años atrás por el panel de profesionales constituido con motivo de la primera consulta Delphi realizada por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad¹.

Los consultados manifiestan con rotundidad su adhesión anticipada a cambios significativos en la financiación general del sistema sanitario público y de la Atención Primaria avalando la implantación de formas imaginativas de corresponsabilidad del usuario en el coste de las prestaciones, la diversificación de modelos organizativos compitiendo por comparación en gestión operativa y en resultados en salud, y la pluralidad de proveedores y de fórmulas de gestión con asunción del riesgo financiero de la gestión clínica.

Sin embargo este deseo mayoritario contrasta con el pronóstico asimismo mayoritario de mantenimiento del modelo actual de financiación y, por otra parte, se refiere más a conceptos teóricos de nuevos modelos organizativos que a los requisitos indispensables para su implantación.

Las dudas, el escepticismo y la paradoja de los pronósticos de ocurrencia –en contraste con los deseos favorables manifestados con rotundidad– se refieren a dimensiones tan decisivas y diferenciadoras con el modelo tradicional “unitario” como la asunción de capacidad de compra de servicios a los demás niveles asistenciales en base a criterios clínicos, la asunción de riesgo (o beneficio) asociado a la gestión clínica eficiente y la apertura de libertad de elección de proveedores acreditados, la generalización del benchmarking basado en información congruente y accesible sin restricciones y el mantenimiento de la actual posición subalterna de la Atención Primaria en los planes de formación superior.

Paradójicamente se pronostica, con mayor optimismo, la compatibilización de esa “autonomía de gestión sin instrumentos de gestión” con la huida de la retribución asalariada vigente, la adopción generalizada de la retribución por resultados así como la generalización de la implantación de las tecnologías de la información como catalizador de la integración de niveles asistenciales.

La predicción del contenido de la agenda de cambios organizativos de implantación de esa transformación muestra dudas y contradicciones que sugieren la prolongación de la actual situación de coexistencia de una minoría de experiencias innovadoras con la continuidad del modelo convencional diseñado tres décadas atrás. El pasado puede o no ser un buen predictor del futuro pero no necesariamente del futuro más deseable.

La sistemática discrepancia entre los deseos optimistas y los pronósticos colectivos escépticos, cuando no abiertamente negativos, sobre la concreción de innovaciones que acerquen la Atención Primaria a su –aún– esperada influencia en la integración de circuitos asistenciales y direccionamiento eficiente de los flujos asistenciales del sistema, no auguran una modificación significativa del status del nivel especializado –hospitalocentrista– como centro de gravedad hegemónico actual del sistema sanitario. Ciertamente no ayudará a que eso tenga lugar el pronosticado como persistente obstáculo que para la Atención Primaria supone el actual sistema docente y de formación de especialistas.

La incertidumbre relevante de los próximos diez años concierne no sólo a la constatada parálisis innovadora de las autoridades del sistema público sino también a la capacidad de los profesionales de la Atención Primaria de superar su inclinación colectiva a la introspección y la adjudicación en exclusiva de la responsabilidad de la pérdida de ímpetu de la Atención Primaria “reformada” a las instancias decisoras de la política sanitaria.

Sin embargo la unanimidad general en el deseo de reformas significativas y, concretamente, en la esperanza de ver realizadas las reformas en la diferenciación y coexistencia evaluada de modelos, la disposición a asumir las nuevas formas de liderazgo y gestión que las circunstancias actuales de crisis de la viabilidad del sistema público de salud requieren y la aceptación anticipada la retribución por resultados, abren alguna ventana de confianza en la recuperación del impulso profesional y legitimación social que promovió la Atención Primaria “reformada” en 1984 y su especialidad MIR en 1978.

BIBLIOGRAFÍA



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Artells JJ, Dir. Análisis prospectivo «Delphi». Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 1999; 5 (Supl 1): 1-124.
2. Proyecto AP-21. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
3. Artells Herrero JJ, Castellon Leal E, Sevilla Perez F, Cervera Soto S, García Sempere A, Dirs. Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado. Análisis Prospectivo Delphi. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad; 2005.
4. Cochrane AL. Efectividad y Eficiencia. Centro Cochrane Iberoamericano y Fundación Salud Innovación y Sociedad. Barcelona 2000.
5. Artells Herrero JJ, Jovell Fernández A, Dirs. Escenarios de futuro de la oncología en España 2010-2015. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad; 2010.
6. Artells Herrero JJ, Jovell Fernández A, Navarro Rubio MD, Dirs. El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Análisis Prospectivo Delphi. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad; 2008.
7. Artells Herrero JJ, Huguet Recasens M, Dirs. El Futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud. Análisis Prospectivo Delphi. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad; 2009.
8. Artells Herrero JJ, Meneu R, García Sempere A. Estudio Delphi – Mujer y Salud. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad; 2009.
9. Peiró S, Artells Herrero JJ, y Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el SNS. Gac. Sanit. 2011; 25(2): 95-105.

**ANEXO:
Cuestionario principal
de la consulta**





Escenario de Futuro de la Atención Primaria

LA ATENCIÓN PRIMARIA
EN EL 2020

CUESTIONARIO

1. Presentación e indicaciones para cumplimentar el cuestionario.....	82
2. Estructura del Cuestionario.....	85
2.1. Características clave de la Atención Primaria en el 2020.....	86
2.2. Evolución de la oferta de cuidados en Atención Primaria en los próximos 10 años.....	86
2.3. Evolución de la oferta de actividades preventivas en Atención Primaria en los próximo 10 años..	87
2.4. Financiación, Organización y Coordinación entre niveles y modelo funcional.....	89
2.5. Carrera profesional, fórmulas retributivas e incentivos.....	91
2.6. Papel de los sistemas de información y las tecnologías de la información y comunicación.....	92
2.7. Docencia (grado, postgrado y especialidad), formación continua, certificación e investigación....	92

1. PRESENTACIÓN E INDICACIONES PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

Presentación

La organización y funcionamiento de la atención primaria (AP) son elementos críticos para el desempeño de los sistemas sanitarios públicos occidentales, incluyendo el Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Actualmente, este sistema está sujeto a fuertes tensiones derivadas, entre otras, por: 1) la preocupación de los gobiernos y las sociedades por el crecimiento del gasto sanitario, agudizadas en una coyuntura de crisis fiscal y recesión a largo plazo, 2) la conciencia de amplias variaciones en la práctica médica, no explicables por diferencias en la morbilidad de las poblaciones, 3) la preocupación por la efectividad y seguridad de las prácticas médicas, 4) la revolución de la información y las tecnologías de la comunicación, 5) la creciente participación de los pacientes en la toma de las decisiones clínicas que les afectan.

Las respuestas de la organización sanitaria para adaptarse a estos cambios también generan importantes tensiones. Entre ellas cabe citar las políticas de control de la oferta, la evaluación de tecnologías (basada en la efectividad y coste-efectividad de productos e indicaciones) para su inclusión o no en la cartera de servicios, los sistemas de pago poblacionales (per capita) basados o no en agrupadores de pacientes o en la estratificación de poblaciones, el desarrollo de indicadores para monitorizar la actividad de los profesionales sanitarios asociados o no a incentivos económicos, y la rápida incorporación de tecnologías de la información y comunicación, incluyendo la historia clínica electrónica pero, también, la telemedicina y el uso de sistemas informáticos para incorporar a los pacientes a los autocuidados y la toma de decisiones.

El objetivo de esta consulta a "expertos" es, precisamente, anticipar la deseabilidad y la probabilidad de que ocurran de los diversos escenarios que se configuran en este entorno turbulento. Se trata de ofrecer una visión inédita del futuro a medio plazo de la atención primaria (hasta el año 2020), visualizar tendencias y cambios significativos, identificar innovaciones organizativas y las barreras y obstáculos para su desarrollo, así como necesidades emergentes no atendidas y, en resumen, anticipar cambios que deban ser considerados en la formulación y ejecución de la política sanitaria.

Indicaciones para cumplimentar el cuestionario

Se ha invitado a cumplimentar este cuestionario a 60 personas de todo el Estado Español que tienen un conocimiento importante de diversos aspectos de la atención primaria. Esto incluye profesionales sanitarios (médicos, enfermeras) pero también gestores, políticos o académicos que han estudiado algunos aspectos relevantes.

Cada una de las cuestiones propuestas están planteadas en forma de predicciones afirmativas y todas ellas se refieren a un horizonte de futuro hasta el año 2020. Todas ellas se puntúan de 1 a 9, y en todas (ver ejemplo) hay que valorar su "deseo" de que el escenario se produzca y su pronóstico respecto a si realmente se materializara o no en el horizonte temporal del estudio.

D054 Los médicos del hospital/especialistas se incorporaran a los Centros de Salud en régimen de interconsulta o atención conjunta.

	← Contrario				A favor →				
	← No sucederá				Sucedirá →				
Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

El "deseo" de ocurrencia lo expresará puntuando entre 1 (rechazo total a que suceda lo que se le propone) y 9 (muy fuerte deseo o identificación con lo que se propone). El "pronóstico" de ocurrencia asimismo se expre-

sarรก puntuando entre 1 (no cree en absoluto que vaya a suceder la cuesti3n que se le propone) y 9 (cree que sucederรก con toda probabilidad). Para responder basta con sustituir el correspondiente n3mero por una "x" o marcar con un circulo el dígito elegido, (ver ejemplo).

D054 Los m3dicos del hospital/especialistas se incorporaran a los Centros de Salud en r3gimen de interconsulta o atenci3n conjunta.

		← Contrario				A favor →				
		← No sucederรก				Sucederรก →				
Deseo		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pron3stico		1	2	3	4	5	6	7	8	9

El tiempo de cumplimentaci3n del cuestionario en las pruebas piloto realizadas ha oscilado entre 50 y 75 minutos.

Conocedores del esfuerzo que requiere responder este cuestionario, nos permitimos insistir en que, por favor, **CONTESTE AL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD Y NOS LO REMITA** al correo electr3nico montserrat.juan@novartis.com, **ANTES DEL 28 DE JUNIO**. Los cuestionarios de cumplimentaci3n manual deben ser remitidos a: Sra. Montserrat Juan. Fundaci3n Salud, Innovaci3n y Sociedad. Gran Vía de les Corts Catalanes 764 (08013).Barcelona.

Si tiene cualquier pregunta o necesita aclaraciones sobre los aspectos logísticos del mismo, puede consultar a la Sra. Montserrat Juan (Correo electr3nico: montserrat.juan@novartis.com); telf.: 93 306 46 12; en Horario: de 9h00 a 14h00 y de 15h00 a 18h00). Para preguntas o consultas sobre contenidos o aspectos t3cnicos de la encuesta Delphi puede dirigirse a los coordinadores del estudio (iiss_mr@arrakis.es, o jjartells@gmail.com).

Coordinadores del estudio y otros aspectos

El cuestionario no es an3nimo, pero es confidencial. En ning3n caso se publicarรกn o divulgarรกn las respuestas concretas de los expertos invitados, sino s3lo las respuestas del conjunto de entrevistados. Las respuestas se codifican de forma disociada, de modo que no se incluirรกn datos identificativos de ninguna persona en las bases de datos del estudio. Los panelistas que explícitamente lo autoricen serรกn recogidos en un listado de expertos consultados que se incluirรก en el informe final, manteniendo el anonimato los que no deseen aparecer en este listado.

El proyecto para el que se solicita su colaboraci3n es una iniciativa de la Fundaci3n Salud, Innovaci3n y Sociedad (www.fundsis.org) y la Fundaci3n Instituto de Investigaci3n en Servicios de Salud (www.iiss.es) y cuenta con el soporte de Novartis Farmac3utica (que no ha participado en la elaboraci3n de sus contenidos). Para su elaboraci3n se ha partido de un cuestionario similar realizado hace 10 a3os (con el se compararan algunas de las respuestas), grupos de discusi3n, y una amplia consulta a expertos (parte de estos expertos, a los que agradecemos nuevamente su colaboraci3n, vuelven a participar en esta fase del estudio).

El estudio estรก coordinado por:

- Juan Jos3 Artells, Fundaci3n Salud, Innovaci3n y Sociedad, Barcelona.
- Ricard Meneu, Fundaci3n Instituto de Investigaci3n en Servicios Sanitarios. Valencia.
- Salvador Peir3, Fundaci3n Instituto de Investigaci3n en Servicios Sanitarios. Valencia.

Los coordinadores le facilitarรกn informaci3n sobre el estudio a medida que se vaya desarrollando el trabajo, incluyendo el informe final (incluso la base de datos si lo desea).

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACI3N

2. ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

A) CARACTERÍSTICAS CLAVE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL 2020

A continuación se presentan una serie de escenarios con posibles características y atributos de la atención primaria (AP) en el Sistema Nacional de Salud en el año 2020 (o tendencias a lo largo del período 2011-2020).

Por favor, exprese el grado en que desearía que tales escenarios sucedan, y su pronóstico sobre si realmente sucederán o no en el horizonte temporal 2020. Las puntuaciones van desde 9 (deseo favorable o pronóstico firme de ocurrencia) y 1 (deseo contrario o pronóstico de que el escenario no se producirá). Intente utilizar todo el rango de puntuaciones, sin evitar las puntuaciones extremas si lo cree necesario.

		← Contrario ← No sucederá								A favor → Sucederá →	
A001	La AP habrá consolidado su función de "filtro" (gatekeeping), coordinando y regulando de forma importante el acceso de los usuarios al resto de niveles asistenciales.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A002	La capacidad resolutive y de contención asistencial de los equipos de AP serán la clave real para la mejora sostenida de la eficiencia del sistema sanitario público.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A003	La AP dedicará el grueso de sus recursos, médicos y de enfermería, a la prevención primaria de factores de riesgo (hipertensión, hiperlipemia, osteoporosis, obesidad, ...).	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A004	La AP dedicará el grueso de sus recursos, médicos y de enfermería, al seguimiento y cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas (tanto en el centro de salud como a domicilio).	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A005	El médico de familia reorientará su actividad hacia la resolución de problemas clínicos de mayor complejidad que en la actualidad, tanto en pacientes agudos, como en descompensaciones de enfermedades crónicas.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A006	Al elegir médico de familia y pediatra de AP los usuarios contarán con información sobre su formación desempeño cartera de servicios ofrecida.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A007	La AP contribuirá decisivamente y de forma reglada a la farmacovigilancia y la evaluación de la seguridad de los nuevos medicamentos y tecnologías.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A008	La AP estimulará la "cultura sanitaria" de la población bajo su responsabilidad intensificando la adopción sistemática de autocuidados bajo supervisión profesional e información de alta calidad.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A009	La AP articulará los diferentes niveles asistenciales y servicios comunitarios para corregir el despilfarro de recursos asociado con la discontinuidad asistencial, el uso inapropiado de los servicios de urgencias y la atención no urgente "fuera de horas".	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A010	Las responsabilidades, competencias y roles convencionales serán revisados flexibilizando las actuales fronteras interprofesionales mediante la creación de nuevos perfiles y delegación o sustitución de funciones (ejemplo: la asunción por parte de farmacéuticos de algunos aspectos de supervisión de la cumplimentación de las instrucciones farmacoterapéuticas, la realización de algunas pruebas diagnósticas y la lectura de sus resultados).	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A011	Los centros de salud estratificarán su población asignada en función de su riesgo y la gravedad ("severidad") de las condiciones crónicas que le afecte, orientando intervenciones y estrategias de atención adecuadas a cada estrato.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

B) EVOLUCIÓN DE LA OFERTA DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS PRÓXIMOS 10 AÑOS

A continuación se presentan una serie de escenarios sobre la posible evolución de la oferta de servicios y cuidados de atención primaria (AP) en el Sistema Nacional de Salud hasta el año 2020.

Por favor, exprese el grado en que desearía que tales escenarios sucedan, y su pronóstico sobre si realmente sucederán o no en el horizonte temporal 2020. Las puntuaciones van desde 9 (deseo favorable o pronóstico firme de ocurrencia) y 1 (deseo contrario o pronóstico de que el escenario no se producirá). Intente utilizar todo el rango de puntuaciones, sin evitar las puntuaciones extremas si lo cree necesario.

		← Contrario ← No sucederá								A favor → Sucedirá →	
B012	Se promoverán los servicios y prestaciones orientados a atender y/o cuidar pacientes con problemas de tipo crónico-degenerativo.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B013	Se reorientará la figura de la enfermera comunitaria, con la función esencial de prestar cuidados en domicilio y en centros sociales.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B014	Se potenciarán las actividades de detección precoz y "cribado" de enfermedades crónicas (ejemplo: EPOC, diabetes, cardiovasculares) y cáncer, en los centros de AP.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B015	Se impulsarán desde los centros de AP las actividades de promoción de salud y fomento de estilos de vida saludables (ejercicio, dieta, campañas antitabaco, ...).	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B016	Se favorecerá el acceso de la AP a pruebas de diagnóstico por la imagen, laboratorio, funcionales, colonoscopias, etc., aún asociando el acceso a guías y protocolos de uso adecuado.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B017	Se aumentará el uso de técnicas y tratamientos en AP (cirugía menor, infiltraciones articulares, ecografía, ...).	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

C) EVOLUCIÓN DE LA OFERTA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN AP EN LOS PRÓXIMOS 10 AÑOS

A continuación se presentan una serie de escenarios sobre la posible evolución de la oferta de actividades preventivas de atención primaria (AP) en el Sistema Nacional de Salud hasta el año 2020.

Por favor, exprese el grado en que desearía que tales escenarios sucedan, y su pronóstico sobre si realmente sucederán o no en el horizonte temporal 2020. Las puntuaciones van desde 9 (deseo favorable o pronóstico firme de ocurrencia) y 1 (deseo contrario o pronóstico de que el escenario no se producirá). Intente utilizar todo el rango de puntuaciones, sin evitar las puntuaciones extremas si lo cree necesario.

		← Contrario ← No sucederá								A favor → Sucedirá →	
C018	Detección precoz de cáncer.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
C019	Actividades preventivas en población adulta joven (<65 años) enfocada a la detección precoz de factores de riesgo (hipertensión, hiperlipemia, diabetes, osteoporosis, ...).	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
C020	Actividades para la prevención del tabaquismo, especialmente en jóvenes.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
C021	Actividades para la prevención del consumo excesivo de alcohol, especialmente en jóvenes.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

C022 Actividades para la prevención de accidentes domésticos en niños.

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

C023 Actividades para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de transmisión parenteral (SIDA, hepatitis C, ...).

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

C024 Actividades para la prevención del consumo de drogas (ilegales).

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

C025 Actividades de educación sexual, planificación familiar y prevención de embarazos no deseados, especialmente en jóvenes.

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

C026 Actividades para la prevención de riesgos laborales.

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

C027 Actividades para la prevención del abuso de medicamentos (psicótopos, antibióticos, ...).

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

D) FINANCIACIÓN, ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE NIVELES Y MODELO FUNCIONAL

A continuación se presentan una serie de escenarios sobre la posible evolución de la financiación de la atención primaria (AP), su cartera de servicios, y su organización y modelo funcional en el Sistema Nacional de Salud hasta el año 2020.

Expresar su grado de deseo de que sucedan y su pronóstico sobre si realmente sucederán (9: deseo favorable o pronóstico de ocurrencia del suceso; 1: deseo contrario o pronóstico de que el escenario no se producirá) respecto a los siguientes escenarios.

Financiación

D028 Los centros de AP serán financiados, esencialmente, por población asignada (cápita) ajustada por morbilidad, usando sistemas de ajuste como los Adjusted Clinical Groups (ACG), Clinical Risk Groups (CRG) o similares.

	←	Contrario							A favor →
	←	No sucederá							Sucederá →
Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

D029 Los centros de AP serán financiados en 3 componentes: cartera básica obligatoria de todos los centros de AP (estructura), cartera específica de cada centro (estructura) y número y complejidad de la población atendida (cápita ajustada).

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

D030 Se mantendrá sin cambios substanciales el actual sistema de financiación de la Atención Primaria.

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

D031 Se incrementará – en términos relativos con respecto a la atención hospitalaria – la dotación presupuestaria de la AP.

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

D032 La cartera de servicios de la AP solamente incluirá actividades o prestaciones sanitarias con evidencia de eficacia o efectividad (utilidad clínica).

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

D033 La cartera de servicios de la AP solamente incluirá actividades o prestaciones sanitarias con evidencia de eficiencia (relación coste-efectividad aceptable).

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

- D034 Existirán copagos evitables en algunas prestaciones de AP (evitables respecto a otro servicio o prestación igualmente efectivo: por ejemplo, si un medicamento supera el precio de referencia el usuario pagará la diferencia hasta el PVP).
- D035 Existirán copagos –no evitables– para reducir la utilización de algunos servicios o prestaciones de AP (tique moderador) con el fin de controlar su uso excesivo o su uso inadecuado.
- D036 Existirán copagos como tasas públicas en algunos servicios de AP (para contribuir a la sostenibilidad del sistema, con independencia de la adecuación de su indicación).

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

Organización y coordinación entre niveles

- D037 Se diversificarán las entidades proveedoras de servicios de AP, incluyendo centros públicos (bajo diversas formas jurídicas) y entidades sin ánimo de lucro (pero no centros privados).
- D038 Se diversificarán las entidades proveedoras de servicios de AP, incluyendo también –además de los citados centros públicos y no lucrativos– centros privados (con ánimo de lucro).
- D039 La provisión de servicios de AP se articulará cada vez más en torno a entidades asociativas de profesionales.
- D040 La capacidad de compra se trasladará desde la atención especializada a la atención primaria, con libre elección del especialista por la AP (incrementando la competitividad en la atención especializada).
- D041 El traslado de la capacidad de compra desde la atención especializada a la atención primaria permitirá incrementar el nivel de resolución y reducir las listas de espera (al menos en los procesos asistenciales integrados).
- D042 Los Centros de AP tendrán capacidad para gestionar, con asunción de beneficios y responsabilidades o sanciones, los recursos que prescriben, indican o consumen de atención hospitalaria, farmacia y productos intermedios.
- D043 Los centros de AP podrán establecer relaciones contractuales reales (a todos los efectos) con diversos centros y entre niveles de diversa complejidad asistencial: residencias sociosanitarias, centros diagnósticos y diferentes hospitales.

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

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

Innovación funcional y organizativa

- D044 La AP será responsable de la gestión coordinada de los recursos comunitarios del territorio desde una perspectiva transversal y en red.
- D045 Se consolidará la historia clínica compartida para la atención primaria y especializada (incluso entre distintos proveedores) evitando la duplicidad de acciones.
- D046 La mejora de los sistemas de información permitirán la integración virtual de servicios para atender la cronicidad.
- D047 La integración de servicios para el paciente no supondrá la gestión vertical de los recursos sino alianzas estratégicas con los hospitales.
- D048 La población de pacientes crónicos estará estratificada en función de su gravedad y necesidad de atención (modelos tipo pirámide de Kaiser) y se prestarán cuidados adecuados a cada estrato.

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

- D049 La dirección sanitaria de las áreas de salud (territorios) estará liderada por la Atención Primaria.
- D050 Los médicos del hospital/especialistas se incorporaran a los Centros de Salud en régimen de interconsulta o atención conjunta.
- D051 La integración entre los niveles de AP y hospitalaria mejorará gracias a la introducción de protocolos consensuados entre profesionales de ambos niveles.

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

Impacto en ciudadanos y profesionales

- D052 La reforma de la AP basada en la descentralización y la autonomía de los centros: procurará más poder a los profesionales (frente a la administración y los pacientes).
- D053 La reforma de la AP basada en la descentralización y la autonomía de los centros: procurará más poder a los pacientes (frente a la administración y los profesionales).
- D054 La reforma de la AP basada en la descentralización y la autonomía de los centros: incentivaré la adopción de guías de práctica.
- D055 La reforma de la AP basada en la descentralización y la autonomía de los centros contribuirá a la reducción de desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios.

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

E) AUTONOMÍA DE GESTIÓN

La autogestión integral es una de las propuestas organizativas para impulsar la gestión integrada del conjunto del dispositivo asistencial del sistema. Y se orienta especialmente a la atención de determinadas patologías crónicas, estratificando la población en función de riesgo y gravedad, asignando cuidados adecuados a cada estrato e integrar los itinerarios asistenciales entre los distintos niveles asistenciales. A continuación se exponen una serie de escenarios para el año 2020 sobre atención gestionada y coordinación de cuidados.

Expresa su grado de deseo de que sucedan y su pronóstico sobre si realmente sucederán (9: deseo favorable o pronóstico de ocurrencia del suceso; 1: deseo contrario o pronóstico de que el escenario no se producirá) respecto a los siguientes escenarios.

- E056 Se extenderá y se consolidará la reforma organizativa de la AP basada en la descentralización y asunción de responsabilidades por el impacto económico de las decisiones clínicas en la primera línea asistencial.
- E057 La autogestión se basará en la existencia de EAP con personalidad jurídica que regularán sus servicios mediante contrato con la administración sanitaria pública.
- E058 La autonomía de gestión de la AP se desarrollará reconociendo – e integrando en su organización – su papel crítico como primera línea de contacto con el paciente y centro de decisiones clave en la asignación de recursos y modulación del gasto sanitario.
- E059 Los Servicio de Salud de las CCAA facilitarán a los profesionales que voluntariamente lo acepten su adscripción a Centros de AP con gestión presupuestaria autónoma, libertad de organización, microgestión clínica y “compra” de servicios e intervenciones especializadas con asunción de beneficio/riesgo financiero y rendición de cuentas.

		← Contrario				A favor →			
		← No sucederá				Suceserá →			
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

E060 Las reformas descritas anteriormente respetarán la voluntad de los profesionales que prefieran mantener su vinculación estatutaria.

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

E061 La autogestión alcanzará la gestión del presupuesto completo de todos los recursos asistenciales asignados a un contingente de población, incluyendo la compra de servicios especializados.

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

E062 La autogestión en AP se acompañará de la libre elección de médicos de AP, equipo y hospital.

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

E063 La autogestión en AP comportará repercusión – en positivo y negativo – de los resultados asistenciales en los ingresos de los profesionales.

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

E064 Los efectos de la actual recesión y las políticas de gestión de la crisis económica impedirán o retrasarán considerablemente la introducción y desarrollo de la autogestión.

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

E065 La autonomía de gestión se evaluará por su contribución verificable a mejorar los resultados en salud y calidad de vida, la liberación de recursos para ampliar su capacidad asistencial y resolutive y la integración de los itinerarios asistenciales entre niveles.

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

La autonomía de gestión de la AP se desarrollará a partir de:

E066 Su legitimación a partir de la libre elección de los ciudadanos de cada Centro.

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

E067 La evaluación de sus resultados en salud, calidad de vida y experiencia asistencial de los usuarios.

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

E068 La divulgación de los resultados de la competencia por comparación.

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

E069 La autonomía de gestión de la AP contribuirá a mejorar la productividad y la eficiencia del sistema público de salud.

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

La adopción, extensión y consolidación de la autonomía de gestión de la AP supondrá:

E070 Una mejora radical de la información sobre actividad y resultados actualmente disponible.

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

E071 La evaluación independiente de mejoras en la calidad y eficiencia de la innovación organizativa y la gestión financiera y clínica.

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

E072 La disposición de guías de práctica clínica homologables y medidas de obtención del nivel de los objetivos establecidos.

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

E073 Precisar información sistemática y consistente acerca de la satisfacción de los pacientes con su experiencia asistencial.

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

La adopción extensión y consolidación de la autonomía de gestión de la AP supondrá:

E074	Generará conflictos entre miembros de los equipos de diferente cualificación y participación en la fórmula retributiva.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E075	Reclamará la implicación de los propios profesionales en el diseño de la fórmula y los criterios, instrumentos de medida y tarifas por actividad.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E076	Favorecerá la mejora de la salud y calidad de vida individual y colectiva de la población afiliada al Centro de Salud.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E077	Coadyuvará a mejorar la equidad de acceso al sistema público de salud y a la reducción de desigualdades en salud.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E078	Requerirá aumentar el personal de enfermería y administrativo.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E079	Se mantendrán sin corrección las circunstancias informativas que han permitido la consolidación de formas perversas de retribución por resultados.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

F) CARRERA PROFESIONAL, FORMULAS RETRIBUTIVAS E INCENTIVOS

Respecto a la carrera profesional, fórmulas retributivas y sistemas de incentivos.

Por favor, exprese el grado en que desearía que los escenarios propuestos sucedan, y su pronóstico sobre si realmente sucederán o no en el horizonte temporal 2020. Las puntuaciones van desde 9 (deseo favorable o pronóstico firme de ocurrencia) y 1 (deseo contrario o pronóstico de que el escenario no se producirá). Intente utilizar todo el rango de puntuaciones, sin evitar las puntuaciones extremas si lo cree necesario).

El modelo retributivo predominante para los médicos de AP en el año 2020 será:

		← Contrario									A favor →
		← No sucederá									Sucederá →
F080	Retribución sobre todo asalariada (similar al actual).	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
F081	Retribución sobre todo por acto o servicio.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
F082	Retribución basada en la consecución (verificable y comparable) de objetivos o resultados.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
F083	Participación en beneficios de la buena gestión.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
F084	Retribución sobre todo por persona asignada (ajustada por edad y complejidad).	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9
F085	Mixto de salario (<20%), capitación (población asignada (<50%), consecución de objetivos (<20%) y otros aspectos como docencia, investigación, beneficios, etc.	Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

F086 La adopción de formulas retributivas basadas en el desempeño profesional, mejora de la calidad y gestión de recursos tendrán como soporte una evaluación independiente de los resultados.

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

F087 La adopción de formulas retributivas basadas en el desempeño profesional, mejora de la calidad y gestión de recursos mejorará los resultados clínicos de la población afiliada al centro.

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

G) EL PAPEL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN (SI) Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)

Respecto a los sistemas de información (SI) y las tecnologías de la información y comunicación (TIC)

Expresé su grado de deseo de que sucedan y su pronóstico sobre si realmente sucederán (9: deseo favorable o pronóstico de ocurrencia del suceso; 1: deseo contrario o pronóstico de que el escenario no se producirá) respecto a los siguientes escenarios.

G088 Las nuevas formas de comunicación utilizando las TIC (e-mail, telemedicina, web 2,0, comunidades virtuales, etc.) estarán plenamente integradas en la atención de los pacientes en atención primaria y permitirán nuevas formas de atención sanitaria.

	←	Contrario							A favor →
	←	No sucederá							Sucederá →
Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

G089 Los registros clínicos de las organizaciones sanitarias estarán integrados para mejorar la efectividad y eficiencia en las decisiones clínicas.

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

G090 Las TIC permitan la medida de resultados (outcomes) clínicos que podrán ser utilizados en la evaluación de las organizaciones y centros sanitarios.

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

G091 El uso de las nuevas tecnologías para mejorar la capacidad resolutoria y la accesibilidad (tele dermatología, internet, ecógrafo, ...) se asociará a un incremento de la utilización inadecuada de servicios, pruebas y tratamientos.

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

G092 Las TIC permitan el uso habitual de las ayudas para la implicación del paciente en las decisiones clínicas (Decision AIDS).

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

G093 Las TIC serán esenciales en la capacitación del paciente en autocuidados y en su participación en las decisiones (autonomía, paciente experto, cultura de salud).

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

H) DOCENCIA (GRADO, POSTGRADO Y ESPECIALIDAD), FORMACION CONTINUA, CERTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN.

A continuación se presentan una serie de escenarios a 10 años sobre docencia, formación e investigación en atención primaria.

Expresé su grado de deseo de que sucedan y su pronóstico sobre si realmente sucederán (9: deseo favorable o pronóstico de ocurrencia del suceso; 1: deseo contrario o pronóstico de que el escenario no se producirá) respecto a los siguientes escenarios.

H094 Las diferentes asignaturas de los programas de grado en las facultades de medicina habrán integrado las perspectivas clave en AP (visión integral, longitudinalidad, cuidados a largo plazo y no sólo de los episodios agudos).

	←	Contrario							A favor →
	←	No sucederá							Sucederá →
Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

H095 Las facultades de medicina y las escuelas de enfermería orientarán la docencia para formar médicos y enfermeras que quieran ser médicos y enfermeras de AP.

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

H096 Los programas de formación y docencia (grado, especialidad, etc.) incluirán aspectos relacionados con la gestión de servicios de AP.

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

H097 Los mejores números del examen MIR optarán por la especialidad de Medicina de Familia.

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

H098 La formación de todos los especialistas en ciencias médicas contemplará rotaciones por Atención Primaria.

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

H099 La formación continua se orientará a la capacitación clínica y al uso de herramientas diagnósticas y terapéuticas (incluyendo las provenientes de la epidemiología clínica).

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

H100 Se habrá instaurado la recertificación periódica de los profesionales, incluidos los de AP.

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

H101 Se desarrollara la formación interprofesional en las distintas fases del ciclo formativo como elemento para mejorar la integración de cuidados y la efectividad de los EAP.

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

H102 La AP (al menos en las respectivas CCAA) se organizará para permitir el desarrollo de megaensayos y otras formas de investigación clínica en AP.

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

Muchas gracias por su valiosa colaboración

En la siguiente página encontrará una última serie de cuestiones sobre su profesión, lugar de trabajo y comunidad autónoma.
Por favor complimentelas y remita el cuestionario a:

Montserrat Juan (montserrat.juan@novartis.com)
Fundación Salud, Innovación y Sociedad

—Gran Vía de les Corts Catalanes, 764—
08013 Barcelona

Edad

- <35 años
- 35-44 años
- 45-54 años
- 55-64 años
- 65-74 años
- 75+ años

Sexo

- Hombre
- Mujer

Profesión

- Medicina
- Enfermería
- Farmacia
- CC. Económicas
- Otras Sanitarias
- Otras no sanitarias

Lugar de trabajo

- Atención Primaria
- Hospital / especialidades
- Gestión centros sanitarios
- Servicios centrales consejerías
- Universidad
- Otros

Comunidad Autónoma (de trabajo)

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla La Mancha
- Castilla-León
- Cataluña
- Comunidad Valenciana
- Extremadura
- Galicia
- La Rioja
- Madrid
- Navarra
- País Vasco
- Murcia
- Ceuta / Melilla

¿Desea aparecer entre los expertos consultados en la publicación del informe?

Si

No

Si su respuesta es positiva, por favor, indique su nombre y posición actual (con la que quiera aparecer en el informe)

NOMBRE:

POSICIÓN:

Fundación



SALUD

INNOVACIÓN

SOCIEDAD