

Fundación



SALUD

INNOVACIÓN

SOCIEDAD

Visión de la crisis de la sanidad pública en España:

Análisis Prospectivo Delphi

www.fundsis.org

Visión de la crisis de la sanidad pública en España

Análisis Prospectivo Delphi

www.fundsis.org

Dirección del proyecto

Dr. Joan Josep Artells i Herrero

Diseño y realización del trabajo de campo y el análisis

Dr. Salvador Peiró

Dr. Ricard Meneu de Guillerna

Sr. Joan Carles Serrat i Sesé

Promovido por

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

Patrocinado por

Novartis Farmacéutica, SA

Realización

CIC Control, SL

Agradecimientos

A los señores Julián García Vargas, Manel Peiró i Posadas, y Jordi Colomer i Mascaró por su extremada y paciente cooperación.

1. Introducción y objetivos	05
2. Justificación y metodología	07
3. Síntesis de los resultados	09
3.1 Antecedentes de la «burbuja sanitaria».....	10
3.1.1 Gobernanza del Sistema Nacional de Salud.....	10
3.1.2 Financiación y deuda acumulada.....	11
3.1.3 Organización.....	11
3.1.4 Cultura y corresponsabilidad sanitaria.....	11
3.2 Gestión de la crisis y la recuperación.....	11
3.2.1 La gestión de choque.....	12
3.2.2 Reinversión: en sanidad, ¿todo vale lo que cuesta?.....	12
3.2.3 Buen gobierno de la sanidad.....	12
3.2.4 Realineación de los incentivos de proveedores, profesionales y ciudadanos.....	12
3.3 Percepción del impacto de la crisis.....	13
3.3.1 Valoración del SNS.....	13
3.3.2 Impacto sobre la equidad de acceso a la sanidad pública.....	13
3.3.3 Priorización y racionamiento.....	13
3.4 Y después de la crisis, ¿qué?.....	13
3.4.1 Visión anticipativa de la sanidad pública emergente.....	14
3.4.2 Del derecho a la sanidad como ciudadano al derecho como cotizante de la Seguridad Social.....	14
4 Resultados pormenorizados	15
4.1 Antecedentes de la «burbuja sanitaria».....	16
4.1.1 Gobernanza del Sistema Nacional de Salud.....	16
4.1.2 Financiación y deuda acumulada.....	18
4.1.3 Organización.....	20
4.1.4 Cultura y corresponsabilidad sanitaria.....	23
4.2 Gestión de la crisis y la recuperación.....	25
4.2.1 La gestión de choque.....	25
4.2.2 Reinversión: en sanidad, ¿todo vale lo que cuesta?.....	27
4.2.3 Buen gobierno de la sanidad.....	30
4.2.4 Realineación de los incentivos de proveedores, profesionales y ciudadanos.....	31
4.3 Percepción del impacto de la crisis.....	33
4.3.1 Valoración del SNS.....	34
4.3.2 Impacto sobre la equidad de acceso a la sanidad pública.....	35
4.3.3 Priorización y racionamiento.....	38
4.4 Y después de la crisis, ¿qué?.....	42
4.4.1 Visión anticipativa de la sanidad pública emergente.....	42
4.4.2 Del derecho a la sanidad como ciudadano al derecho como cotizante de la Seguridad Social.....	44
5 Anexos	48
5.1 Anexo 1. Cuestionario Delphi.....	53
5.2 Anexo 2. Listado de panelistas.....	60

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS



INTRODUCCIÓN

El informe VISION DE LA CRISIS DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA constituye la aportación más reciente de la FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD (SIS) al análisis de nuestra política sanitaria. Durante doce años esta línea de investigación de escenarios de futuro de la Fundación SIS se ha desarrollado gracias a la contribución desinteresada de centenares de políticos, gestores, académicos, funcionarios, profesionales de la sanidad, líderes del asociacionismo de pacientes y ciudadanos en general, que han ido configurando paneles amplios, diversos, sabios y entrenados en las técnicas de interrogación colectiva.

En esta ocasión el análisis excede el abordaje de la mera componente prospectiva, pues también intenta contribuir a una mejor comprensión de las causas, un requisito para un adecuado diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Para ello se estimó conveniente incorporar una mirada retrospectiva que permitiera una comprensión global de los desafíos presentes, así como la percepción de los panelistas respecto al impacto estimado de la gestión reactiva de la crisis por parte de las autoridades relevantes.

La visión que se ofrece, a partir de los posicionamientos de los 81 panelistas que finalmente conforman este colectivo plural, revela significativos consensos —con no menos significativas discrepancias— en relación con:

- La identificación de los procesos clave precursores de la génesis de una crisis de dimensiones excepcionales.
- La valoración de las medidas adoptadas, las de previsible adopción y las intervenciones orilladas en la «gestión» de la crisis.
- La percepción de su impacto a corto y largo plazo en el acceso y la utilización de la sanidad pública, así como en la salud de la población.
- El pronóstico acerca de diversos escenarios de transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) establecidos por la Ley General de Sanidad a la luz de la agenda de política sanitaria del Gobierno central.

Esperamos que esta nueva consulta resulte de utilidad para la identificación y la comprensión de algunas claves en la gestación del manejo y de los escenarios plausibles de salida de la mayor y más profunda crisis de la sanidad pública de la España democrática.

A todos quienes lo han hecho posible, nuestro reconocimiento y gratitud.

OBJETIVOS

La finalidad del ejercicio desarrollado fue realizar una consulta a informadores relevantes sobre la actual crisis, tanto en su dimensión retrospectiva (conocimiento y valoración de factores «precursores») como en las dimensiones de impacto (percepción del efecto de las intervenciones realizadas) y las de pronóstico (visión anticipativa del modelo emergente de la crisis).

JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA



JUSTIFICACIÓN

La transmisión a la sanidad pública de las consecuencias de la crisis del sector financiero y la recesión de la economía, unida al manejo errático que ha presidido las políticas sanitarias asociadas, responden a unas características excepcionales de incertidumbre, complejidad y velocidad en la sucesión de escenarios, características que influyen de forma decisiva en el mantenimiento (sin una profunda revisión) del Sistema Nacional de Salud, pilar de sustentación del estado del bienestar.

En España la sanidad pública ha carecido del suficiente impulso organizativo innovador, y la mayoría de medidas significativas han sido reactivas. Por ello, se requiere de manera apremiante fortalecer y normalizar la información estratégica anticipativa, especialmente en las actuales —y particularmente agudas— circunstancias.

En el contexto de tales coordenadas, el presente informe trata de contribuir a discernir, identificar y valorar las oportunidades de cambio y de adopción razonada de reformas innovadoras, frente a la cronificación de un tratamiento gestor meramente sintomático, de recorte compulsivo e indiscriminado.

En muchos casos se trata de reformas de diagnóstico conocido, largamente aplazadas y que continúan postpuestas a pesar de los desafíos de la crisis. En muchos casos se contraponen a otras intervenciones meramente reactivas y con escasos efectos positivos, porque se orientan hacia una recuperación sostenida y socialmente legitimadora.

Los resultados de la consulta sugieren algunas tendencias maestras, varias encrucijadas estratégicas, algunos cambios emergentes de alcance y algunas direcciones alternativas, plausibles, de transformación del sistema público en una organización solvente y flexible, capaz de afrontar los nuevos entornos epidemiológicos, tecnológicos, sociales y económicos en una fase de prolongada transición turbulenta.

METODOLOGÍA

Para la realización del proyecto se utilizaron diversas técnicas grupales, cualitativas y cuantitativas, con el objeto de identificar y valorar escenarios plausibles.

La combinación de análisis documental, entrevistas semiestructuradas con expertos y sesiones de identificación y jerarquización de tendencias maestras de alto impacto facilitaron la identificación de los escenarios y la selección y la configuración de las cuestiones propuestas a los panelistas.

La utilización de la metodología Delphi permitió obtener posicionamientos colectivos a partir de las valoraciones individuales de los panelistas para su tratamiento estadístico y visualización gráfica.

3.

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS

3.1	Antecedentes de la «burbuja sanitaria».....	10
3.1.1	Gobernanza del Sistema Nacional de Salud..	10
3.1.2	Financiación y deuda acumulada.....	11
3.1.3	Organización.....	11
3.1.4	Cultura y corresponsabilidad sanitaria.....	11
3.2	Gestión de la crisis y la recuperación.....	11
3.2.1	La gestión de choque.....	12
3.2.2	Reinversión: en sanidad, ¿todo vale lo que cuesta?.....	12
3.2.3	Buen gobierno de la sanidad.....	12
3.2.4	Realineación de los incentivos de proveedores, profesionales y ciudadanos.....	12
3.3	Percepción del impacto de la crisis.....	13
3.3.1	Valoración del SNS.....	13
3.3.2	Impacto sobre la equidad de acceso a la sanidad pública.....	13
3.3.3	Priorización y racionamiento.....	13
3.4	Y después de la crisis, ¿qué?.....	13
3.4.1	Visión anticipativa de la sanidad pública emergente.....	14
3.4.2	Del derecho a la sanidad como ciudadano al derecho como cotizante de la Seguridad Social.....	14

3. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS

En este apartado se ofrece una síntesis del posicionamiento del panel ordenada por las grandes áreas de la consulta y sus respectivos subepígrafes.

Cada uno de los epígrafes y subepígrafes remite a la correspondiente representación gráfica de la distribución de las respuestas individuales, que puede consultarse en el apartado 6 («Resultados pormenorizados»).

El primer bloque de la consulta, «Antecedentes de la “burbuja sanitaria”», se refiere a una serie de factores y procesos precursoros de la eclosión de la crisis. En «Gestión de la crisis y la recuperación» se recoge la valoración colectiva de las medidas e intervenciones de respuesta al impacto de la crisis, y en el área «Percepción del impacto de la crisis» los panelistas identificaron la naturaleza e intensidad de los efectos de la gestión de choque y la reducción de recursos sobre la equidad y el acceso de los ciudadanos a la sanidad pública.

Finalmente, en el bloque «Y después de la crisis, ¿qué?» se recogen las expectativas y el pronóstico de la transformación del Sistema Nacional de Salud, especialmente en relación con las medidas contenidas en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En el apartado 6, «Resultados pormenorizados», se presenta y se comenta la descripción estadística y gráfica de la unanimidad/consenso y discrepancia/dispersión de posiciones en las respuestas al respectivo escenario o cuestión planteado a los panelistas.

En este apartado se intenta realizar una sinopsis rápida del conjunto. Ninguna síntesis puede dar cuenta completa de los matices incorporados en las cuestiones planteadas, ni de la riqueza aportada por la respuesta colectiva. No obstante, parece conveniente aportar un resumen, entre los diversos posibles, que permita una lectura global del resultado de la consulta y oriente hacia el detalle de mayor interés para cada lector.

3.1 ANTECEDENTES DE LA «BURBUJA SANITARIA»

3.1.1 Gobernanza del Sistema Nacional de Salud (figuras A001-A004)

La mayoría de los puntos débiles diagnosticados respecto a la vulnerabilidad del Sistema Nacional de Salud se conocían con anterioridad a la eclosión de la «burbuja sanitaria», pero en su mayoría se siguen ignorando en la práctica, como muestra la improvisación focalizada casi exclusivamente en los ajustes financieros.

La consulta muestra un profundo malestar con lo que ha sido la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, conviniendo rotundamente en que el deterioro general de la gobernación de las Administraciones (especialmente la impunidad de la influencia de las redes políticas clientelares, la opacidad comunicativa y la restricción sin regulación del acceso de los ciudadanos a la información) se ha traducido en un déficit significativo de «buen gobierno» de la sanidad, especialmente en los años de aparente bonanza financiera del sistema público de salud.

El panel muestra los más altos registros de intensidad del consenso (puntuación y concentración) al considerar como los más conspicuos factores de la crisis sanitaria y el deterioro institucional la interferencia política, la opacidad en la rendición de cuentas y la ubicuidad de criterios clientelares en las decisiones de asignación de recursos. Solo se relaja algo esta percepción cuando se trata de la interferencia en la selección de cuadros clínicos, cuya importancia es algo menos destacada.

Ese caldo de cultivo facilitó la proliferación de las malas prácticas financieras (déficit oculto, deslizamientos y endoso de deudas, etc.) ante la limitada rendición de cuentas y la ausencia de evaluación y escrutinio independiente. Comparte idéntica y destacada valoración la debilidad de los criterios de inclusión y ex-

clusión de prestaciones en la cartera de servicios del SNS, en ausencia de evidencias sobre la aportación marginal de valor (preventivo, diagnóstico, terapéutico o rehabilitador) como criterio de justificación de la financiación social.

3.1.2 Financiación y deuda acumulada (figuras A005-A007, A009-A010)

El panel muestra una elevada concordancia en la estimación de la fuerte intensidad de dos factores precursores de la quiebra de la solvencia de la sanidad pública: la adopción y el mantenimiento de la práctica tradicional en el INSALUD del deslizamiento interanual de desviaciones presupuestarias (reconocidas y ocultas), así como la centrifugación hacia los proveedores industriales del sistema sanitario de una excepcional y acumulativa morosidad.

La confusión creada recientemente con la apurada introducción de tasas y copagos para recibir la prestación farmacéutica se explica en buena medida por la renuencia política a debatir y clarificar la contribución de la corresponsabilización en el coste de manera informada y participativa, así como por el sesgo recaudatorio de la medida.

También comparte idéntica y destacada valoración la ausencia de evidencias sobre la aportación de valor en relación con su coste como criterio de inclusión y exclusión de prestaciones en la cartera de servicios del SNS.

3.1.3 Organización (figuras A008, A0011, A013, A018-A019)

Inmovilismo organizativo, escasa flexibilidad estratégica de las cúpulas del SNS y pobre liderazgo inclusivo del Ministerio de Salud se perfilan como los factores de mayor peso en el declive de la sanidad pública anterior al reconocimiento oficial de la crisis.

Inmediatamente se alinean, también con altos niveles de consenso, el rechazo a la innovación y diferenciación organizativa basada en el benchmarking y la emulación de las buenas prácticas en el conjunto del SNS, la acentuación de la funcionarización del personal y el escaso compromiso de los profesionales en la asunción de responsabilidades asociadas a sus decisiones clínicas.

3.1.4 Cultura y corresponsabilidad sanitaria (figuras A014-A017)

La profundización en los efectos de la crisis sanitaria ha contribuido a poner de manifiesto llamativas inconsistencias en la reiterada buena valoración de la sanidad pública por parte de los ciudadanos, de modo que se alcanza un elocuente consenso acerca de la escasa conciencia social respecto a la inevitable relación entre la marcha de la economía y la solvencia de los sistemas públicos de salud financiados por medio de impuestos.

Congruentemente, los consultados advierten la influencia negativa para la recuperación del SNS del mantenimiento de la baja sensibilidad general hacia el despilfarro y la ineficiencia.

No pasa desapercibida la importancia que el panel otorga a la escasa interiorización ciudadana de la importancia de la educación sanitaria de la población para eliminar hábitos de vida poco saludables, especialmente el sedentarismo, el tabaquismo y la alimentación inadecuada.

3.2 GESTIÓN DE LA CRISIS Y LA RECUPERACIÓN (FIGURAS B020-B040)

El gobierno y las comunidades autónomas, en cuyo presupuesto la sanidad ocupa un lugar preeminente, deben dilucidar sin mayores demoras entre seguir con los recortes lineales, indiscriminados, sin estimación conocida de sus efectos sociales y sanitarios, o la combinación razonada de medidas de recuperación fiscal y, a la vez, reformas estructurales de alcance.

Entre las reformas estructurales con mayor impacto y avance real figura la reconsideración crítica de la idea de que «más es indefectiblemente mejor», es decir que políticos, profesionales y público interioricen que la estabilización de la viabilidad económica del Sistema Nacional de Salud —en su versión actual o en cualquier otra reformulación— dependerá en gran medida de su capacidad de desechar prestaciones, procedimientos, tratamientos e intervenciones sin valor sanitario demostrable.

El mismo criterio de eficiencia es aplicable a la demostración de ventajas en las inversiones en alta tecnología y al uso generalizado con indicaciones imprecisas de pruebas, procedimientos e intervenciones de coste excepcional. Este principio también es aplicable a las inversiones en nuevas infraestructuras asistenciales con escaso respaldo técnico-sanitario y a las fórmulas de colaboración público-privadas sin transparencia pública en cuanto a su regulación y sin evaluación sistemática (publicitada sin cortapisas).

3.2.1 La gestión de choque (B020-B025)

Las restricciones discrecionales sin cálculo de sus consecuencias para la salud concitan un acuerdo masivo sobre su riesgo de afectación respecto a la calidad de las prestaciones y los servicios más necesarios y de mayor valor terapéutico, y se desconfía de que los recortes compulsivos estimulen el compromiso profesional o las mejoras de la gestión clínica.

De semejante contundencia es el rechazo de los consultados a que los recortes promuevan una revisión transparente de la priorización en el acceso a prestaciones, pruebas e intervenciones clínicas o a que contribuya a mantener la confianza ciudadana en la sanidad pública.

3.2.2 Reinversión: en sanidad, ¿todo vale lo que cuesta? (B026-B031)

Se constata un amplio respaldo al value for money (el planteamiento general de que el gasto sanitario debe regirse sin excepciones por la constatación de que su aumento «vale realmente lo que cuesta»), traducido en la importancia otorgada a la reducción de la variabilidad injustificada de la práctica clínica o a la eliminación de tratamientos preventivos innecesarios.

También se postula, sin excepciones significativas, la financiación selectiva de las tecnologías y prestaciones basada en la evidencia sobre su efectividad, seguridad y eficiencia.

3.2.3 Buen gobierno de la sanidad (B032-B035)

Los mayores niveles de consenso e intensidad de la consulta se articulan alrededor del imperativo de que la política sanitaria y su gestión recuperen su mandato social de preservación sin ambigüedades del interés común.

En congruencia con la valoración de los factores de degradación de la sanidad pública, el panel aboga por la eliminación del clientelismo y la corrupción —mostrando su adhesión a la transparencia de las decisiones de política sanitaria—, y sus efectos, el afloramiento de conflictos de interés y la rendición abierta de cuentas sin restricciones.

3.2.4 Realineación de los incentivos de proveedores, profesionales y ciudadanos (B036-B040)

La credibilidad y la eficacia de las reformas estructurales —desde la operativización de la financiación selectiva de prestaciones hasta la organización integrada de niveles asistenciales— requieren una profunda revisión de los incentivos de los agentes relevantes del sistema sanitario y los servicios sociales.

Existe una posición globalmente favorable —con matices en la intensidad de los pronunciamientos— a la necesidad de reconsiderar la apertura de nuevas infraestructuras, la revisión de la financiación de los niveles asistenciales, la innovación retributiva y de motivación en el desempeño profesional, y la participación de los usuarios en el coste de la sanidad pública.

3.3 PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LA CRISIS (C041-C062)

3.3.1 Valoración del SNS (C041-C043)

El SNS ha gozado tradicionalmente de un gran reconocimiento social. Es la institución social mejor valorada por los ciudadanos, y los barómetros sanitarios señalan que, aunque la mayoría de los ciudadanos creen que necesita algunos cambios, consideran que su funcionamiento es aceptable y sus profesionales merecen una alta confianza.

Si bien los efectos de la crisis sanitaria a largo plazo pueden ser peores que el impacto a corto, su evolución, duración e intensidad creciente justifican la solicitud al panel de una valoración actual del Sistema Nacional de Salud.

3.3.2 Impacto sobre la equidad de acceso a la sanidad pública (C044-C0452)

Se consideran plausibles —en promedio, aun con división de opiniones— tanto la expansión de la medicina privada como la aparición de barreras de acceso al uso adecuado de los recursos asistenciales para quienes tengan mayor necesidad.

Mayor convicción y coincidencia muestra el consenso acerca del incremento de las listas de espera, la demora en la realización de pruebas diagnósticas y complementarias, y la restricción en el acceso a tratamientos complejos de alto coste y a los programas de desintoxicación y dependencia de drogas.

Con similar coincidencia los panelistas predicen la dualización del acceso a la sanidad pública —medicina para ricos y medicina para pobres— como impacto de gravedad de la crisis sobre el sector sanitario.

3.3.3 Priorización y racionamiento (C053-C062)

Finalmente, se propusieron al panel diversas situaciones de restricción del acceso a la asistencia sanitaria del SNS con el objetivo de establecer su acuerdo o desacuerdo con los escenarios propuestos.

Las situaciones seleccionadas se refieren a quién solicita y recibe (o se le deniega) asistencia, cuándo, cómo y en función de qué criterios y decisiones clínicas de primera línea asistencial.

La tónica general del posicionamiento de los panelistas es de una importante indeterminación y dificultad para llegar a un nivel de acuerdo o desacuerdo significativo.

Destaca como excepción un elocuente consenso en el incremento de las listas de espera. También se alcanza una llamativa coincidencia del panel respecto a la práctica de limitar sin justificación la duración y el contenido asistencial de las experiencias asistenciales de los pacientes.

Es de destacar la coincidencia del panel en señalar como racionamiento extremo la exclusión de grupos sociales con bajo interés clientelar y electoral.

3.4 Y DESPUÉS DE LA CRISIS, ¿QUÉ? (D63-D71)

La sección de cierre de la consulta incorpora una solicitud de posicionamiento anticipativo a los panelistas: sus deseos frente a sus pronósticos. Lo que en su opinión «debería» ocurrir en contraste con lo que realmente creen que ocurrirá en un horizonte a medio plazo.

Los escenarios propuestos se refieren, respectivamente, a cambios plausibles en relación con factores identitarios clave del actual Sistema Nacional de Salud y a diversas alternativas de transformación de las relaciones entre el sector público y el privado.

El primer conjunto de escenarios despliega una elocuente dispersión —elevado nivel de incertidumbre— de posicionamientos, pero destaca el mayor consenso en el rechazo al proceso de «recentralización» del SNS.

En los escenarios relativos a reformas estructurales significativas, en la actualidad se rechaza de forma mayoritaria la posible coexistencia de un seguro libre con un seguro básico para bajos niveles de renta.

Este deseo se compatibiliza con la firme creencia mayoritaria de concentración de la acción del gobierno en la regulación administrativa, la disminución en la oferta pública directa de servicios y prestaciones, y la correlativa pujanza de la provisión privada y diversas fórmulas de colaboración público-privadas.

3.4.1 Visión anticipativa de la sanidad pública emergente (D063-D066, D069)

El panel no espera que se mantenga la integridad del modelo del SNS surgido tras (y con) la restauración de la democracia en España y contempla con incertidumbre el mantenimiento de su «universalidad», incluso con limitaciones significativas en el catálogo de prestaciones actual.

Destaca la excepcional mayoría coincidente con el pronóstico de disminución en la dimensión de la oferta asistencial del sector público a expensas del avance en la inversión, la gestión y la prestación privadas.

3.4.2 Del derecho a la sanidad como ciudadano al derecho como cotizante de la Seguridad Social (D067, D068, D070, D071)

Es parecida la incertidumbre en la respuesta colectiva (escasa aceptación, pero pronóstico ligeramente favorable) a la posibilidad de implantación de escenarios de cobertura universal de altos riesgos con póliza voluntaria —pública o privada— complementaria.

En la hipótesis de un reemplazamiento del actual SNS por un seguro social de financiación pública, gestión mixta (de operadores públicos o privados) y garantía de no exclusión de riesgos, o bien por un sistema de seguro libre con una póliza pública básica para rentas bajas, se inclina en un contexto de fuerte incertidumbre por la primera opción.

4.

RESULTADOS PORMENORIZADOS

4.1	Antecedentes de la «burbuja sanitaria».....	16
4.1.1	Gobernanza del Sistema Nacional de Salud..	16
4.1.2	Financiación y deuda acumulada.....	18
4.1.3	Organización.....	20
4.1.4	Cultura y corresponsabilidad sanitaria.....	23
4.2	Gestión de la crisis y la recuperación.....	25
4.2.1	La gestión de choque.....	25
4.2.2	Reinversión: en sanidad, ¿todo vale lo que cuesta?.....	27
4.2.3	Buen gobierno de la sanidad.....	30
4.2.4	Realineación de los incentivos de proveedores, profesionales y ciudadanos.....	31
4.3	Percepción del impacto de la crisis.....	33
4.3.1	Valoración del SNS.....	34
4.3.2	Impacto sobre la equidad de acceso a la sanidad pública.....	35
4.3.3	Priorización y racionamiento.....	38
4.4	Y después de la crisis, ¿qué?.....	42
4.4.1	Visión anticipativa de la sanidad pública emergente.....	42
4.4.2	Del derecho a la sanidad como ciudadano al derecho como cotizante de la Seguridad Social.....	44

4. RESULTADOS PORMENORIZADOS

4.1 ANTECEDENTES DE LA «BURBUJA SANITARIA»

Durante el periodo 2002-2009, el gasto sanitario público experimentó un crecimiento sin precedentes, pues cuadruplicó el crecimiento del producto nacional bruto y alcanzó la media de los países de la Unión Europea (UE-15). Este crecimiento se derivó de la creación de nuevos hospitales, con el subsiguiente incremento de plantillas, el aumento de los salarios (en muchos casos bajo fórmulas de «carrera profesional» o «incentivos»), el incremento del gasto farmacéutico (especialmente el relativo a la farmacia hospitalaria, aunque también el de la prestación mediante receta oficial) y la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

Al final de este periodo, los ingresos fiscales se derrumbaron, por lo que se creó una situación de grave insuficiencia financiera. Este desbordamiento vino precedido por una importante crisis financiera y una fuerte desaceleración económica, diagnosticada tardíamente en España, que condujeron a la recesión en curso, en cuyo marco se ha registrado el mayor impacto regresivo del sistema sanitario público conocido hasta ahora. La crisis sanitaria, no obstante, no procede solo de la insuficiencia financiera, ya que tenía también profundas raíces en las contradicciones e insuficiencias del modelo vigente.

A pesar de que las crisis suelen surgir de manera hasta cierto punto imprevista, en esta primera parte de la consulta se intenta conocer —obviamente *a posteriori*— la valoración del panel sobre el impacto de una serie de factores precursores que potencialmente han contribuido, en mayor o menor medida, a la gravedad de la actual situación.

4.1.1 Gobernanza del Sistema Nacional de Salud (A001-A004)

Algunos de los principios del «buen gobierno» (respeto a la ley, rendición de cuentas, búsqueda del interés público, transparencia, igualdad de oportunidades, meritocracia, regulación de los conflictos de interés e implicación participativa de los ciudadanos) requieren una rigurosa observancia sin la cual no pueden ser garantizados los principios sobre los que se asienta el Sistema Nacional de Salud, su legitimación social ni la innovación responsable y la mejora de su gestión.

Así lo atestiguan para el conjunto del sector público el Índice de Competitividad Global del Foro Económico Mundial¹ y el análisis de tendencias globales en la percepción de la corrupción de Transparencia Internacional², documentando un lamentable descenso en la calificación internacional de las dimensiones de «efectividad gubernamental» y «calidad institucional». Consecuentemente, la constatación colectiva de los panelistas del deterioro institucional sitúa este factor a la cabeza de los más influyentes en la profundidad y gravedad de la «burbuja sanitaria».

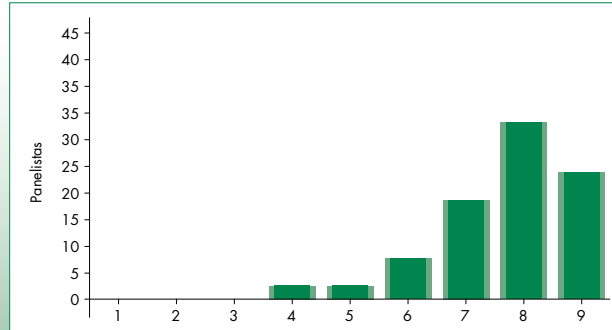
A juzgar por su rotundo posicionamiento, los panelistas convienen en que el deterioro general de la gobernanza de las Administraciones (especialmente la impunidad de la influencia de las redes políticas clientelares, la opacidad comunicativa y la restricción sin regulación del acceso de los ciudadanos a las bases de datos de las Administraciones) se ha visto reflejado en un déficit significativo de «buen gobierno» de la sanidad. El panel muestra los más altos registros de intensidad y consenso (puntuación y concentración) al dictaminar estos como los más conspicuos factores de la crisis sanitaria que contribuyen al deterioro institucional. A su juicio, este estriba singularmente en la interferencia política, la opacidad en la rendición de cuentas y la preeminencia de criterios clientelares en las decisiones de asignación de recursos. Solo se relaja esta percepción cuando se trata de la interferencia en la selección de cuadros clínicos, cuya identificación es menos marcada.

1 www.weforum.org/reports

2 www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi201

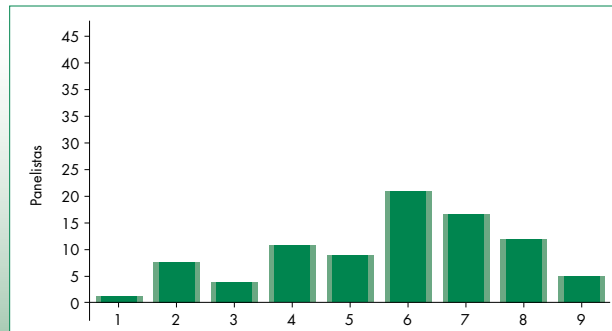
EXPRESA su valoración sobre la **CONTRIBUCIÓN** (9, muy importante; 1, irrelevante) de cada una de las propuestas siguientes a la materialización de la crisis sanitaria:

A001 Interferencia política en la selección y la designación de cargos directivos y de gestión



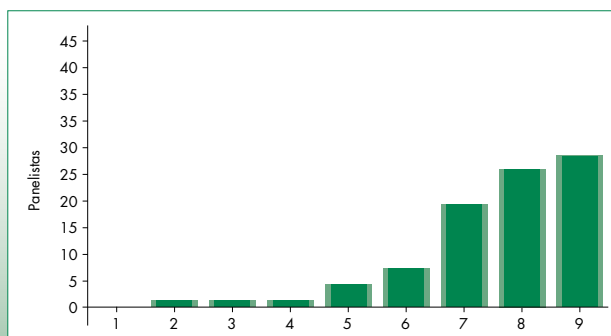
Media	7,7
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

A002 Interferencia política en la selección de cuadros clínicos (jefes de servicio, de sección, coordinadores de atención primaria) y de enfermería



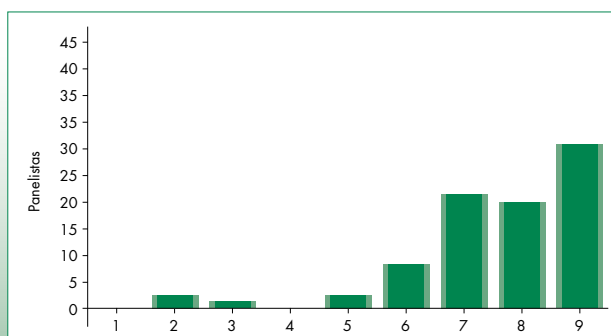
Media	5,8
Percentil 25	4
Mediana	6
Percentil 75	7

A003 Opacidad en la rendición de cuentas, incluyendo el desconocimiento público del endeudamiento y de la aportación de valor de las fórmulas de gestión públicas y privadas (concesiones, externalización, etc.)



Media	7,6
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

A004 Decisiones clientelares de asignación de recursos (en función del clientelismo político antes que de la necesidad sanitaria)



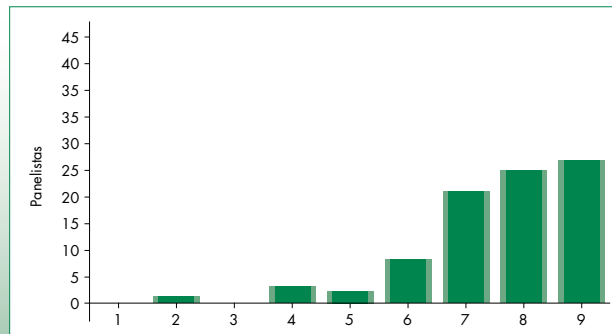
Media	7,6
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

4.1.2 Financiación y deuda acumulada (A005-A010)

La confusión creada recientemente con la apurada introducción de tasas y copagos para recibir la prestación farmacéutica se explica en buena medida por la renuencia política a debatir y clarificar la contribución de la corresponsabilización en el coste de manera informada y participativa, así como por el sesgo eminentemente recaudatorio de la medida.

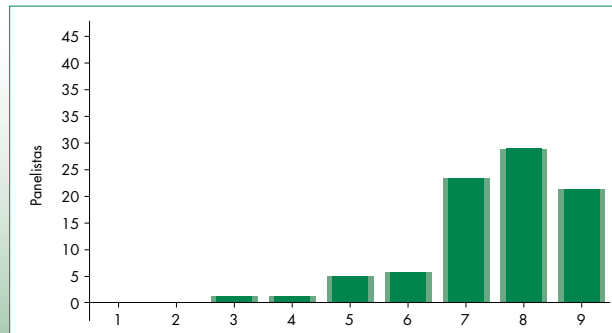
El panel mantiene una elevada concordancia en la estimación de la intensidad de dos factores precursores de la quiebra de la solvencia de la sanidad pública: la adopción sin corrección de la práctica del deslizamiento interanual de desviaciones presupuestarias reconocidas y ocultas, y la centrifugación hacia los proveedores industriales del sistema sanitario de una excepcional y acumulativa morosidad.

A005 Prolongación de la permisividad predemocrática ante la práctica del arrastre interanual de las desviaciones (déficit «reconocido» y déficit «oculto») entre el presupuesto inicial y el gasto real



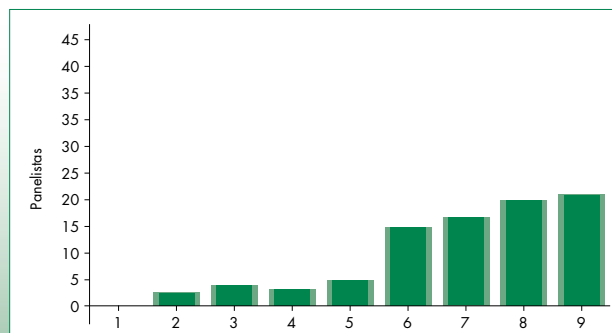
Media	7,6
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

A006 Transferencia (forzosa) de la financiación de la deuda sanitaria pública a los proveedores del SNS mediante la morosidad en el pago a proveedores



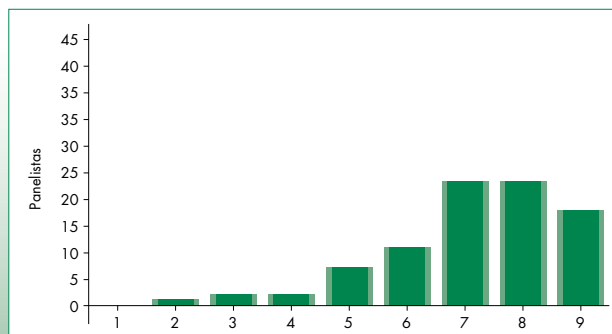
Media	7,6
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	8,5

A007 Pasividad de los sucesivos gobiernos ante la regresividad e inequidad del sistema de copago farmacéutico vigente hasta 2012



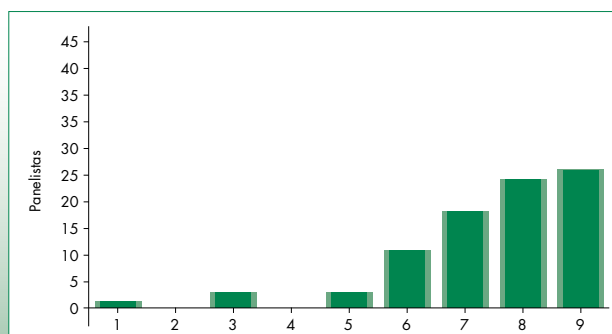
Media	7,0
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

A009 Mantenimiento bajo cobertura del SNS de prestaciones, procedimientos y tratamientos de aportación terapéutica dudosa o no demostrada



Media	7,2
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

A010 No utilización de criterios de coste/efectividad e impacto presupuestario en las decisiones de incorporación de nuevas tecnologías a la cartera de servicios del SNS y en la fijación de su precio



Media	7,5
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

4.1.3 Organización (A008, A011, A013, A018-A019)

Inmovilismo organizativo, escasa flexibilidad estratégica de las cúpulas del SNS y pobre liderazgo inclusivo del Ministerio de Salud se perfilan como los factores de mayor peso que el panel otorga en el declive de la sanidad pública anterior al reconocimiento oficial de la crisis.

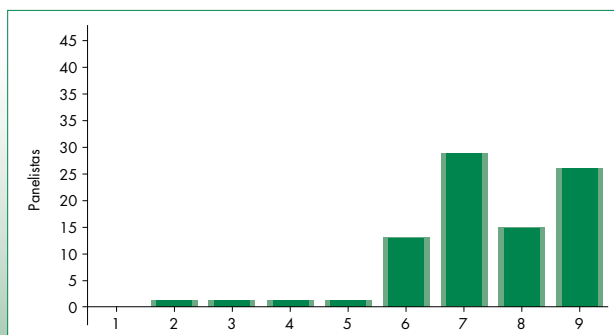
Inmediatamente se alinean, también con altos niveles de consenso, el rechazo a la innovación y diferenciación organizativa basada en el benchmarking y la emulación de las buenas prácticas en el conjunto del SNS, la acentuación de la funcionarización del personal y el escaso compromiso de los profesionales en la asunción de responsabilidades asociadas a sus decisiones clínicas.

Destaca también la importante coincidencia en la valoración de los elementos de freno a la flexibilidad estratégica del sistema público de salud, singularmente el déficit de liderazgo movilizador del departamento ministerial de sanidad, la ausencia de cualquier tipo homologable de benchmarking y el desinterés por la innovación organizativa real.

El panel coincide en subrayar como factores imputables a la responsabilidad ciudadana la escasa interiorización colectiva de la dependencia entre las aspiraciones de más y mejor cobertura pública y el comportamiento de la economía con el asociado ingreso fiscal.

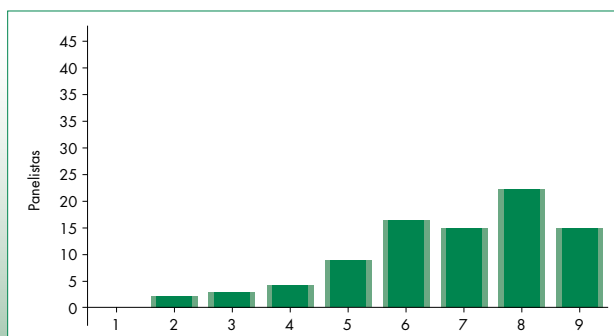
Con una valoración coincidente, aunque ligeramente inferior, los consultados apuntan también a la escasa responsabilización de los profesionales sanitarios en cuanto a las consecuencias de sus decisiones clínicas en el uso de los recursos puestos a su disposición.

A008 Inmovilismo organizativo ante los cambios demográficos, sociales, tecnológicos, culturales y de las necesidades sanitarias (p. ej., déficits en la atención integrada a la cronicidad)



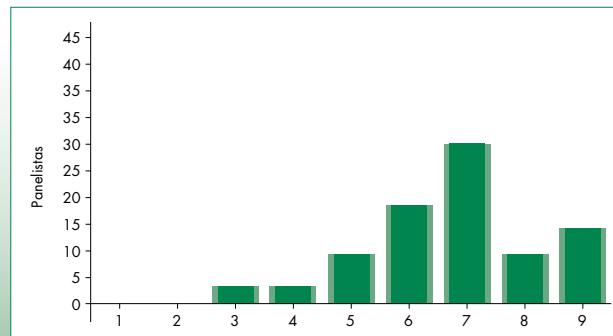
Media	7,5
Percentil 25	7
Mediana	7
Percentil 75	9

A011 Indiferencia o rechazo de la experimentación con innovaciones organizativas e iniciativas de emulación de buenas prácticas a causa de la tensión entre descentralización y políticas sanitarias uniformizantes



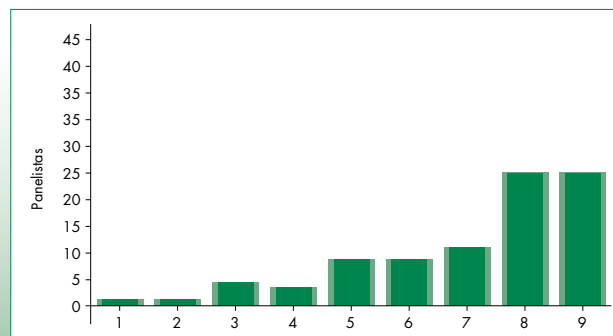
Media	6,8
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

A012 Persistencia de la segmentación asistencial en detrimento de la gestión integral de los episodios de enfermedad



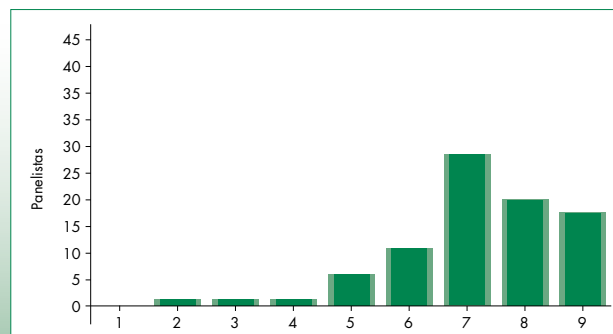
Media	6,8
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

A013 Incapacidad del Ministerio de Sanidad para coordinar las políticas sanitarias por ausencia de liderazgo político y técnico



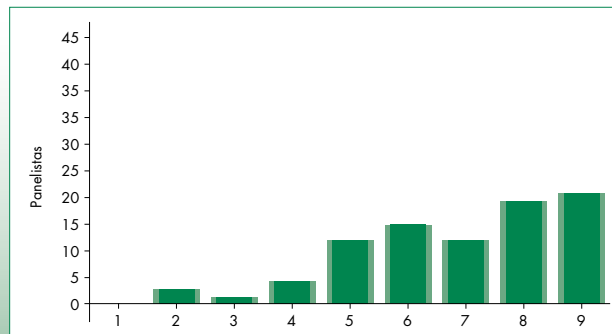
Media	7,2
Percentil 25	6
Mediana	8
Percentil 75	9

A018 No asunción por parte de los profesionales de las consecuencias económicas de sus decisiones clínicas



Media	7,2
Percentil 25	7
Mediana	7
Percentil 75	8

A019 Reforzamiento de los esquemas funcionariales en la gestión de los recursos humanos del SNS (ofertas públicas de empleo para personal estatutario entre 2003 y 2007)



Media	6,9
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

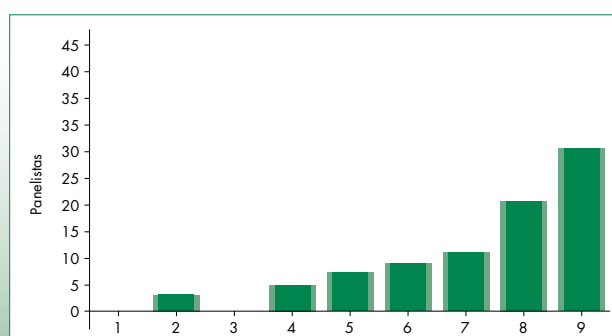
4.1.4 Cultura y corresponsabilidad sanitaria (A014-A017)

El panel exhibe un elocuente consenso en su valoración de la escasa conciencia social respecto a la inevitable relación entre la marcha de la economía, la consiguiente recaudación fiscal y las expectativas de desarrollo, sostenibilidad y solvencia de los sistemas públicos de salud financiados por medio de impuestos.

No pasa desapercibida la relevancia que el panel otorga a la aparentemente escasa interiorización ciudadana de la importancia de la educación sanitaria de la población y su corresponsabilidad informada para eliminar los hábitos de vida poco saludables, especialmente el sedentarismo, el tabaquismo y la alimentación deficitaria.

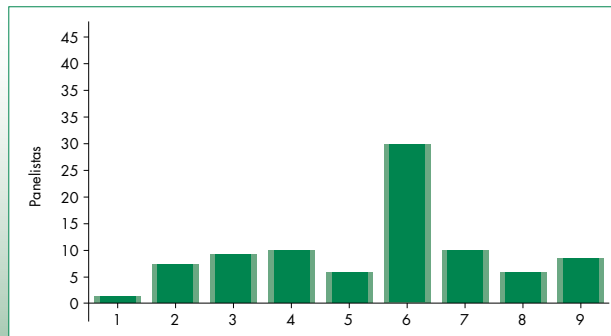
No en vano España se cuenta entre los países europeos con una de las mayores proporciones de obesos. Como corolario de esta paradoja los consultados advierten de manera consistente la influencia negativa para la recuperación del SNS que ejerce el mantenimiento de la baja sensibilidad general hacia el despilfarro y la ineficiencia sin correctivos.

A014 Escasa interiorización social de que la aspiración de más y mejores prestaciones universales y gratuitas depende del crecimiento económico, los ingresos sociales asociados y la priorización explícita del gasto público



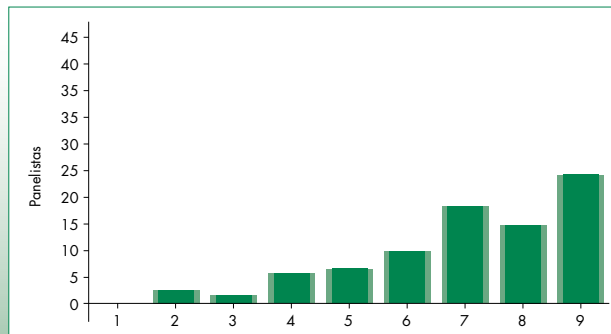
Media	7,3
Percentil 25	6
Mediana	8
Percentil 75	9

A015 Escasos incentivos a la implicación y la influencia efectiva del asociacionismo de pacientes en los órganos de gobernabilidad de las organizaciones administrativas y asistenciales del SNS



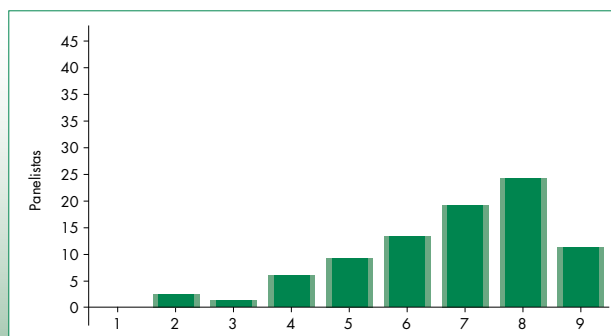
Media	5,5
Percentil 25	4
Mediana	6
Percentil 75	7

A016 Poca sensibilidad social (incluyendo las organizaciones sociales y políticas) respecto a la inmoralidad y la injusticia implícita en la malversación de los recursos sanitarios



Media	7,0
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	9

A017 Escasa aceptación social de la responsabilidad individual en el mantenimiento de la propia salud



Media	6,8
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

4.2 GESTIÓN DE LA CRISIS Y LA RECUPERACIÓN (B020-B040)

El Sistema Nacional de Salud transita por su quinto año de crisis y ajustes coyunturales forzados sin que se haya atemperado la «gestión de choque», gestión que cronifica los recortes uniformes y lineales sin consideración de la aportación de las organizaciones afectadas, de modo que compromete de manera creciente su recuperación.

Siendo innegable la perentoriedad de conseguir y mantener la solvencia de la sanidad pública, no es menos prioritaria su estabilización basada en diversas medidas estructurales de remoción de las causas de agravamiento de la crisis, como las propuestas por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria³ o la Asociación de Economía de la Salud,⁴ entre otras sociedades científicas y profesionales.

En esta sección de la consulta, los panelistas exponen su acuerdo o rechazo respecto a los aspectos siguientes: 1) algunos efectos del mantenimiento sin reequilibrio de la «gestión de choque» del Sistema Nacional de Salud; 2) la introducción de diferentes medidas de reforma estructural de la cartera de servicios actualmente de acceso universal, y 3) la activación de una serie de reformas organizativas, diagnosticadas pero largamente aplazadas en los anteriores periodos de bonanza.

4.2.1 La gestión de choque (B020-B025)

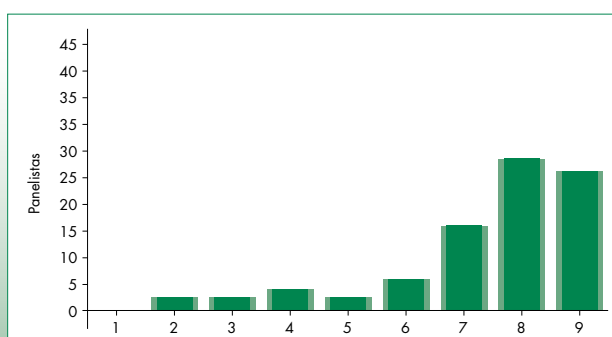
Los panelistas muestran unanimidad en su acuerdo masivo con el riesgo de afectación de la calidad de las prestaciones y los servicios más necesarios y de mayor valor terapéutico a consecuencia de las restricciones discrecionales sin cálculo de sus consecuencias para la salud.

Un elevado consenso respalda la desconfianza en que los recortes compulsivos predominantes estimulen el compromiso de los profesionales con estrategias de mejora de la gestión clínica.

De semejante contundencia colectiva es el rechazo de los consultados a que los recortes lineales indiscriminados promuevan una revisión más transparente de la priorización en el acceso a las prestaciones y a que mantenga la confianza ciudadana en la sanidad pública.

El ajuste presupuestario del gasto de la sanidad pública sobre la base de recortes generalizados (no selectivos):

B020 Puede afectar a las prestaciones y los servicios de mayor necesidad y valor terapéutico y producir un deterioro de la calidad asistencial del SNS

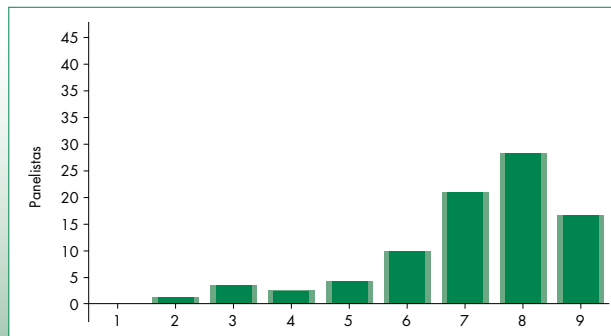


Media	7,4
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

³ www.sespas.es/index.php

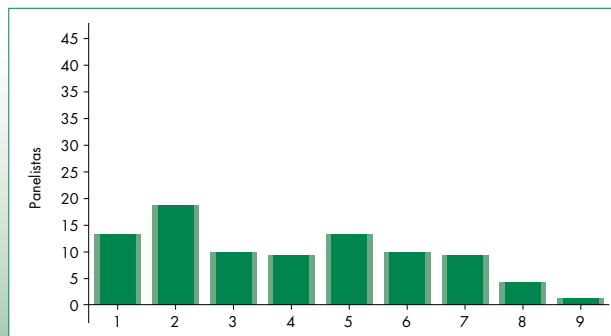
⁴ www.aes.es/documentos_aes.dhp

B021 Desincentiva el compromiso de los clínicos con las estrategias de mejora de la eficiencia y la recuperación de la sanidad pública



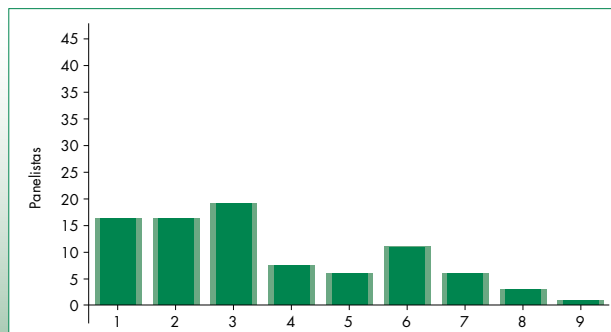
Media	7,2
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	8

B022 Incentiva un uso más juicioso de los recursos



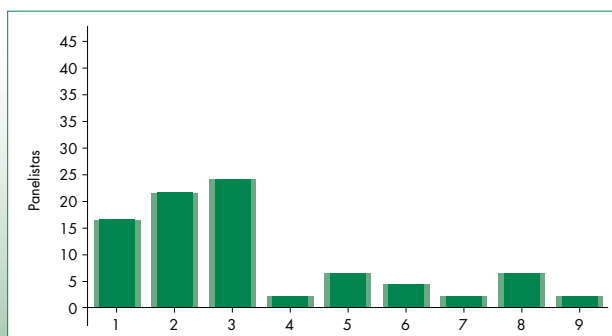
Media	3,9
Percentil 25	2
Mediana	4
Percentil 75	6

B023 Promueve la revisión y la transparencia de los criterios de priorización de las listas de espera



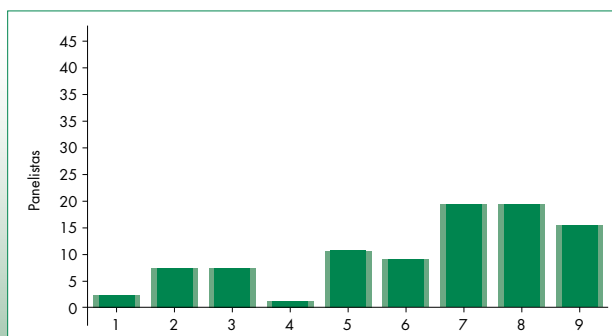
Media	3,5
Percentil 25	2
Mediana	3
Percentil 75	5

B024 No deteriora la confianza de los ciudadanos en la sanidad pública



Media	3,3
Percentil 25	2
Mediana	3
Percentil 75	4,5

B025 Está deteriorando (o deteriorará) gravemente la calidad asistencial del SNS



Media	6,5
Percentil 25	5
Mediana	7
Percentil 75	8

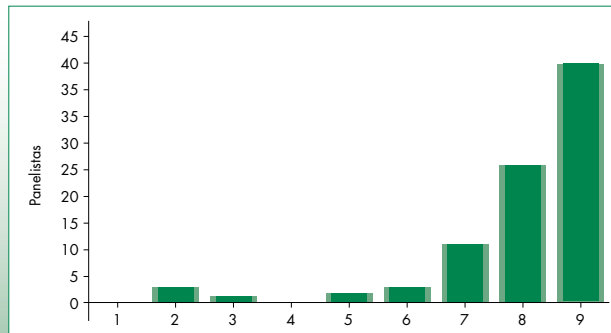
4.2.2 Reinversión: en sanidad, ¿todo vale lo que cuesta? (B026-B031)

El panel se muestra unánime en su acuerdo con el planteamiento general de que el gasto sanitario debe regirse sin excepciones por la constatación de que su aumento «vale realmente lo que cuesta».

Así, sin excepción significativa, abonan la financiación selectiva de las tecnologías y prestaciones sanitarias sobre la base de la evidencia de su aportación en términos de efectividad, seguridad y eficiencia. Emerge de la consulta la alineación de los panelistas con la «reinversión» en la reformulación de la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud en función de ganancias en eficiencia a costa de invertir en prestaciones con una buena relación coste/efectividad y suprimir las prestaciones de valor dudoso o iatrogénico para la población.

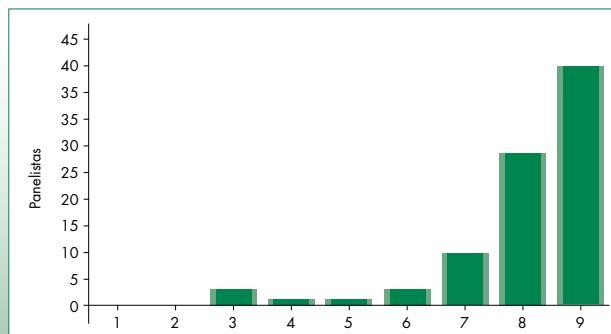
La gestión de la crisis requiere estrategias de mejora de la eficiencia y la productividad encaminadas a la:

B026 Reducción significativa de la variabilidad no justificada de la práctica clínica



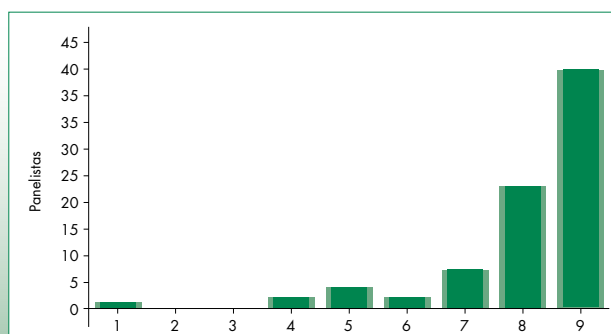
Media	7,9
Percentil 25	8
Mediana	8
Percentil 75	9

B027 Reducción del esfuerzo terapéutico fútil



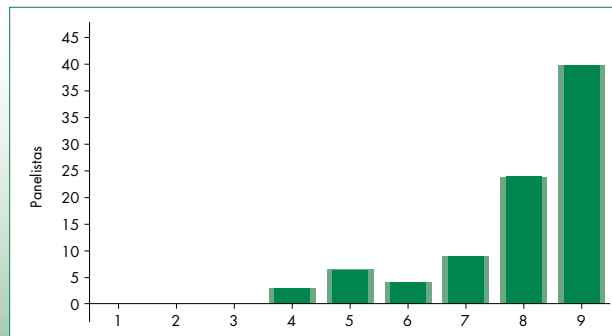
Media	8,0
Percentil 25	8
Mediana	8
Percentil 75	9

B028 Reducción significativa de las pruebas diagnósticas que no aporten valor a los resultados para el paciente (incluyendo las pruebas redundantes)



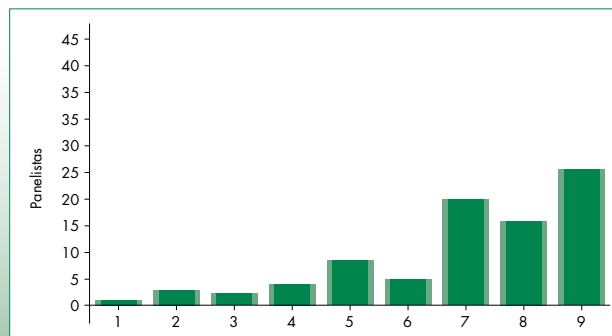
Media	8,1
Percentil 25	8
Mediana	8
Percentil 75	9

B029 Reducción de la utilización inadecuada de tratamientos innecesarios (p. ej.: buena parte de los antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, AINE...)



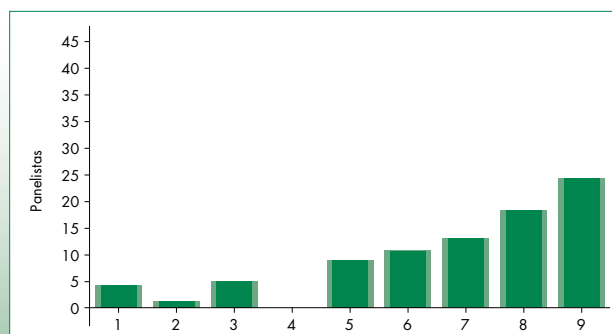
Media	7,9
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

B030 Reducción de los tratamientos preventivos en poblaciones de bajo riesgo (p. ej.: estatinas en prevención primaria, antiosteoporóticos en mujeres jóvenes...)



Media	7,1
Percentil 25	6
Mediana	7,5
Percentil 75	9

B031 Reducción de los efectos adversos de los medicamentos



Media	6,9
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	9

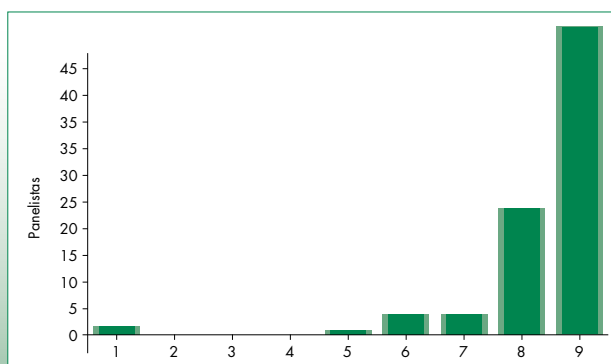
4.2.3 Buen gobierno de la sanidad (B032-B035)

La consulta arroja en este apartado los mayores niveles de consenso e intensidad en relación con el imperativo de que la política sanitaria y su gestión recuperen su mandato social de preservación sin ambigüedades del interés común.

En congruencia con la anterior valoración de los factores de degradación de la gestión politizada de la sanidad pública, el panel aboga por la eliminación del clientelismo y la corrupción, mostrando su adhesión a la transparencia de las decisiones de política sanitaria, el afloramiento de conflictos de interés y la rendición abierta de cuentas sin restricciones.

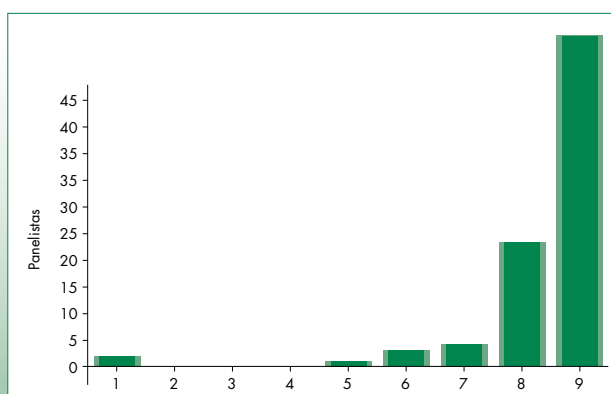
La gestión de la crisis requiere estrategias organizativas encaminadas a:

B032 El control de la corrupción y del clientelismo político



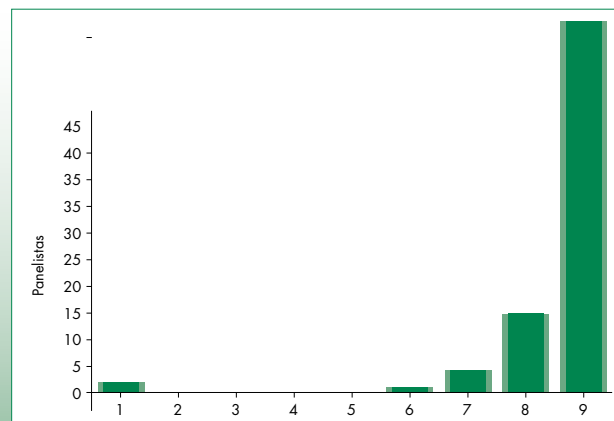
Media	8,3
Percentil 25	8
Mediana	9
Percentil 75	9

B033 La transparencia de las decisiones de política sanitaria y la previsión de evaluación de sus efectos



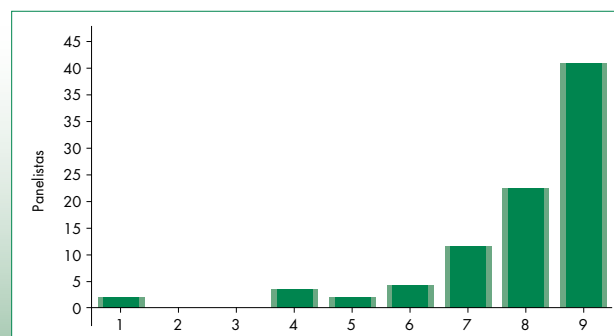
Media	8,3
Percentil 25	8
Mediana	9
Percentil 75	9

B034 La rendición de cuentas de todos los servicios (públicos y privados) financiados con fondos públicos



Media	8,5
Percentil 25	8,2
Mediana	9
Percentil 75	9

B035 La publicidad de las situaciones de conflicto de interés y el desarrollo de fórmulas para preservar la prioridad del interés general



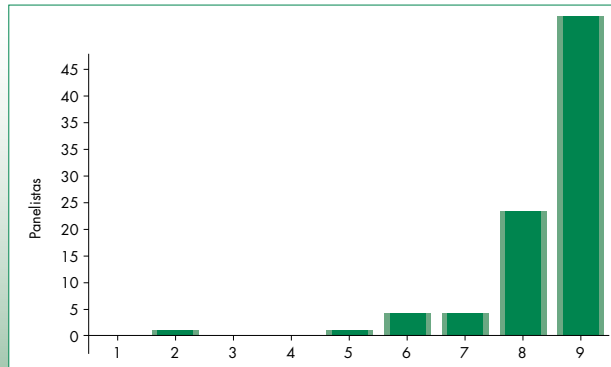
Media	7,9
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

4.2.4 Realineación de los incentivos de proveedores, profesionales y ciudadanos (B036-B040)

La credibilidad y la eficacia de las reformas estructurales —desde la operativización de la financiación selectiva de prestaciones hasta la organización integrada de niveles de sectores y niveles asistenciales— requieren en primera instancia una revisión profunda de los incentivos de los agentes relevantes de los sistemas sanitarios y de los servicios sociales.

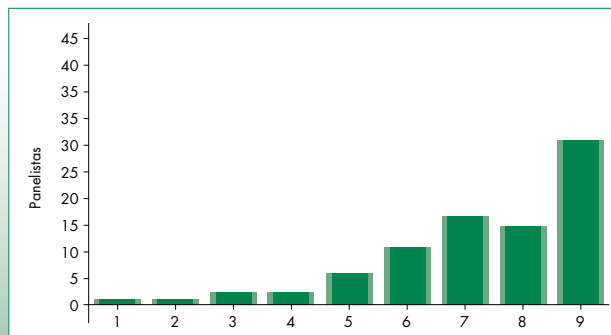
El informe revela la posición favorable —con algunos matices en intensidad de los pronunciamientos— a la necesidad de reconsiderar con rigor la apertura de nuevas infraestructuras asistenciales, la financiación congruente de los niveles asistenciales por integrar, el conocimiento y la participación de los usuarios de la sanidad pública en su coste, y la innovación retributiva y de motivación en el desempeño profesional de los recursos humanos del sistema sanitario.

B036 El freno de la proliferación de hospitales de tamaño disfuncional y localización subóptima



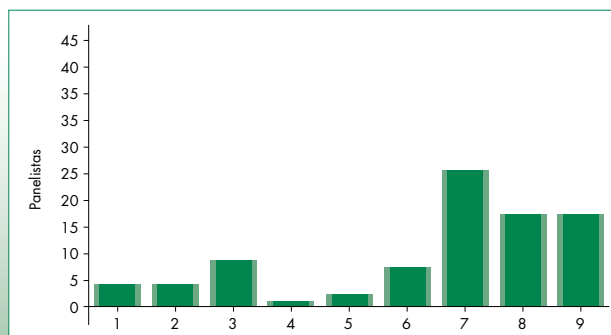
Media	8,4
Percentil 25	8
Mediana	9
Percentil 75	9

B037 La reestructuración de la financiación y los incentivos a los centros asistenciales para incrementar el peso de la atención primaria en el SNS



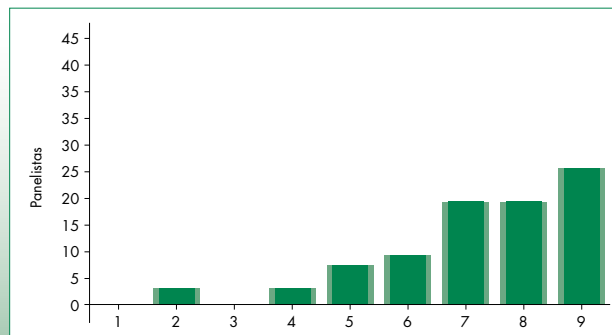
Media	7,3
Percentil 25	6
Mediana	8
Percentil 75	9

B038 El estímulo de la conciencia respecto a los costes del ciudadano mediante copagos (con exenciones por renta, cronicidad y alguna otra circunstancia)



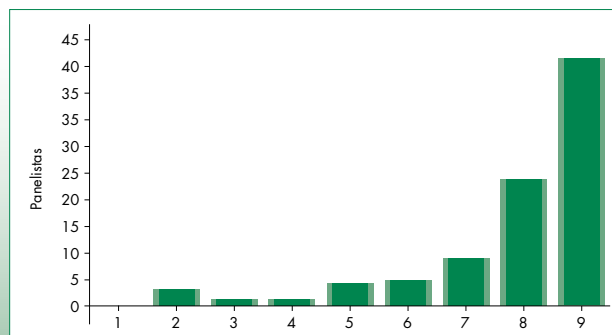
Media	6,6
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

B039 La disminución significativa del absentismo en los centros asistenciales



Media	7,3
Percentil 25	6,25
Mediana	8
Percentil 75	9

B040 La retribución de los profesionales por desempeño, resultados en salud y asunción de responsabilidades



Media	7,8
Percentil 25	7,5
Mediana	8
Percentil 75	9

4.3 PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LA CRISIS (C041-C062)

El SNS ha gozado tradicionalmente de un gran reconocimiento social. Es la institución social mejor valorada por los ciudadanos, y los barómetros sanitarios señalan que, aunque la mayoría de los ciudadanos creen que necesita algunos cambios, consideran que su funcionamiento es aceptable y sus profesionales merecen una alta confianza. Si bien los efectos de la crisis sanitaria a largo plazo pueden ser peores que el impacto a corto, su evolución, duración e intensidad creciente justifican la solicitud al panel de la valoración actual y prospectiva del Sistema Nacional de Salud.

En la percepción del impacto anticipable de la crisis por parte de los panelistas, se recoge su pronóstico sobre diversos escenarios relacionados con el mantenimiento de los valores básicos de equidad y solidaridad, así como la evolución de la ya establecida opacidad en la comunicación sobre su curso y su manejo por parte de las autoridades sanitarias.

En los sistemas públicos de salud de financiación impositiva y alcance universal, la equidad, la calidad y la satisfacción de sus usuarios están estrechamente vinculadas al proceso de transformación de las decisiones políticas en decisiones clínicas de primera línea. Los políticos elegidos deciden la dimensión de los

recursos disponibles y los profesionales los asignan con un margen importante de discrecionalidad a los pacientes bajo su responsabilidad.

En tiempos de restricción presupuestaria, la percepción de la calidad de este proceso es reflejo de la discrecionalidad, la transparencia en los criterios de asignación de recursos y el juicio clínico subyacente.

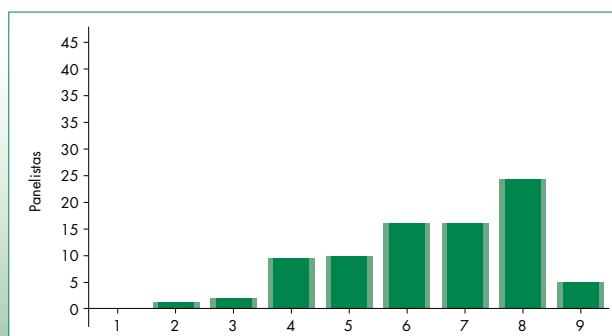
4.3.1 Valoración del SNS (C041-C043)

Destaca el notable consenso de los panelistas con el hecho de que el SNS sigue funcionando de manera aceptable, a pesar de la crisis, lo que concuerda con un reciente Barómetro de Confianza Institucional,⁵ que atribuye una mayor confianza en los médicos, en correspondencia con una mejor valoración ciudadana de los servicios públicos más castigados por las restricciones fiscales y los recortes discrecionales.

Sin embargo, esta posición contrasta con la dispersión de valoraciones y la ambigüedad de los pronunciamientos colectivos acerca de los escenarios propuestos sobre el nivel de deterioro de la sanidad pública y su recuperación.

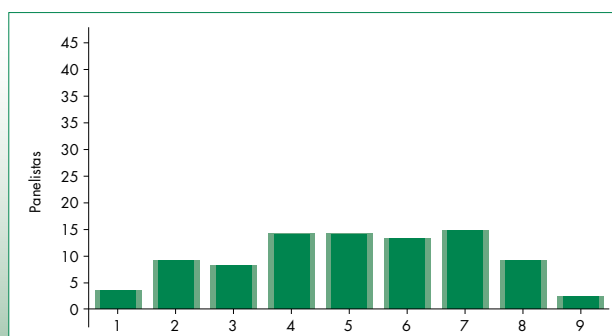
A pesar de la crisis y los sucesivos recortes, el SNS:

C041 Sigue funcionando bastante bien y presta una asistencia de alta calidad



Media	6,5
Percentil 25	5,5
Mediana	7
Percentil 75	8

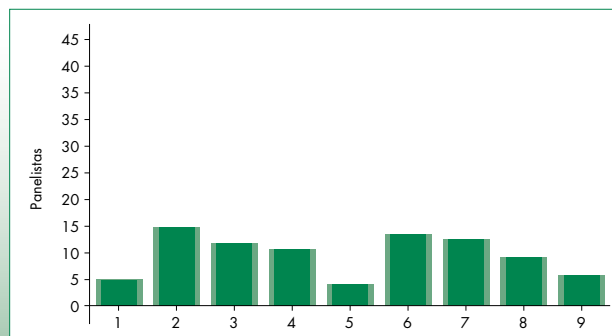
C042 Se está deteriorando de forma leve y podrá recuperar su funcionamiento habitual en cuanto cese la presión financiera sobre él



Media	5,1
Percentil 25	4
Mediana	5
Percentil 75	7

5. <http://www.metroscopia.org/portada.htm>

C043 Se ha deteriorado de forma grave y necesitará una completa reforma para asegurar su sostenibilidad financiera y recuperar su legitimidad social



Media	4,9
Percentil 25	3
Mediana	5
Percentil 75	7

4.3.2 Impacto sobre la equidad de acceso a la sanidad pública (C044-052)

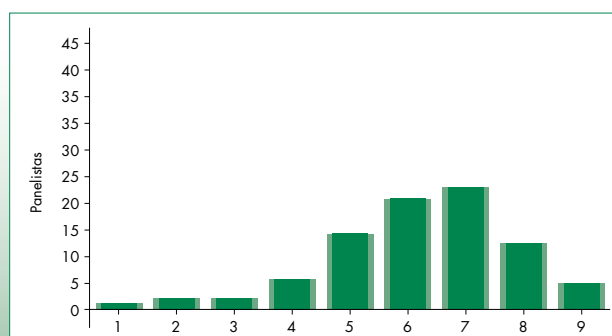
En promedio se consideran plausibles —aun con división de opiniones— tanto la expansión de la medicina privada como la aparición de barreras de acceso al uso adecuado de recursos asistenciales para quienes tengan mayor necesidad.

Con mayor convicción y coincidencia el panel pronostica el incremento de las listas de espera, la demora en la realización de pruebas diagnósticas y complementarias, así como la restricción en el acceso a tratamientos complejos de alto coste y a los programas de desintoxicación y dependencia de drogas.

Una similar coincidencia predice la dualización del acceso a la sanidad pública —medicina para ricos y medicina para pobres— como un grave impacto de la crisis sobre el sector sanitario. También se prevé, aunque con consenso menos intenso y una posición de conjunto dispersa, tanto la acentuación de la desinformación y la opacidad sobre los objetivos y efectos de los sacrificios exigidos a los ciudadanos, como el previsible deterioro general de la oferta asistencial pública.

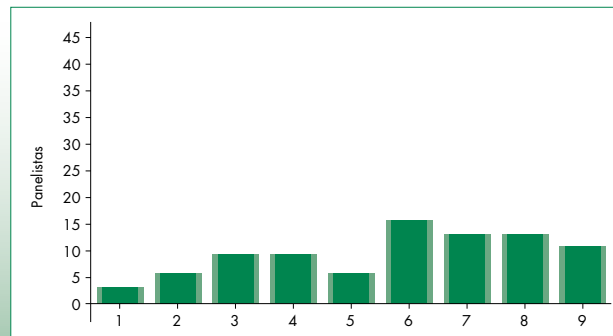
Las restricciones y los recortes en la sanidad pública:

C044 Incrementarán de modo importante la utilización de la medicina privada



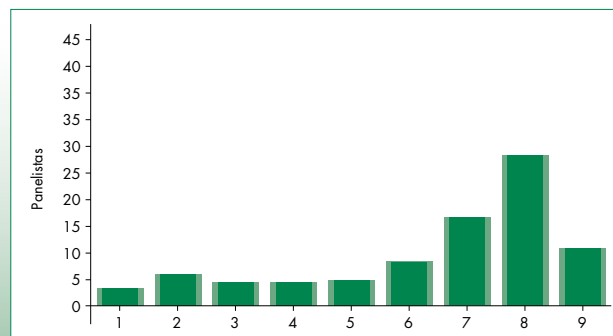
Media	6,2
Percentil 25	5
Mediana	6
Percentil 75	7

C045 Dificultarán de forma importante el acceso a los servicios sanitarios de aquellas personas que más los necesitan (barreras al uso adecuado).



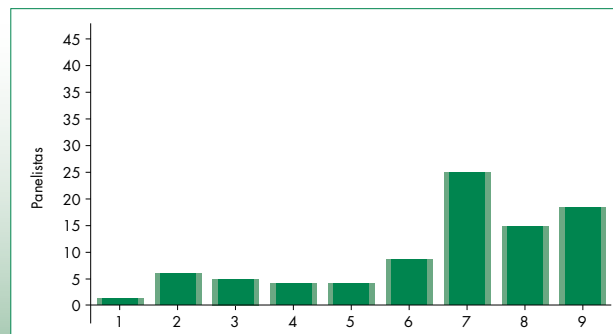
Media	5,8
Percentil 25	4
Mediana	6
Percentil 75	8

C046 Incrementarán las listas de espera de cirugía programada (electiva) de forma sustantiva e indiscriminada (a expensas de la espera de pacientes leves y graves)



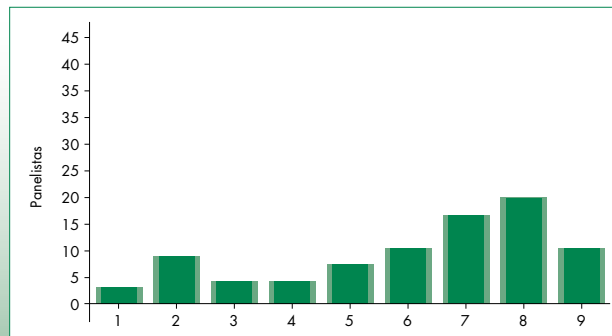
Media	6,5
Percentil 25	5,25
Mediana	7
Percentil 75	8

C047 Incrementarán la demora para la realización de pruebas diagnósticas (incluyendo demoras en el diagnóstico de patologías potencialmente graves como el cáncer)



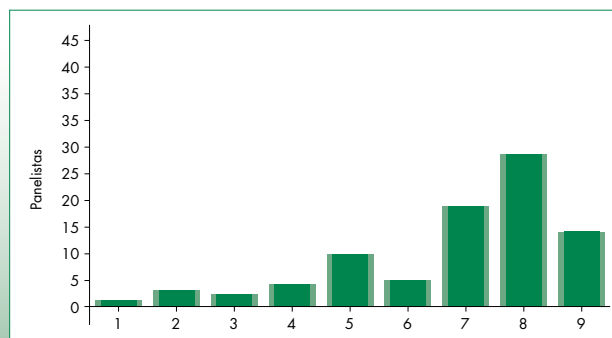
Media	6,6
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

C048 Dificultarán el uso de tratamientos de alto coste (por ejemplo: sida, hepatitis C, oncológicos, enfermedades raras).



Media	6,1
Percentil 25	5
Mediana	7
Percentil 75	8

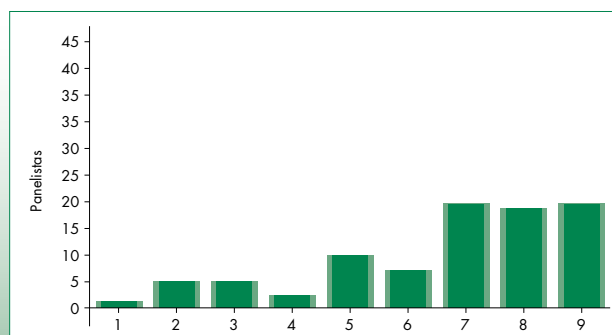
C049 Aumentarán las listas de espera en los programas de desintoxicación y dependencia



Media	6,9
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

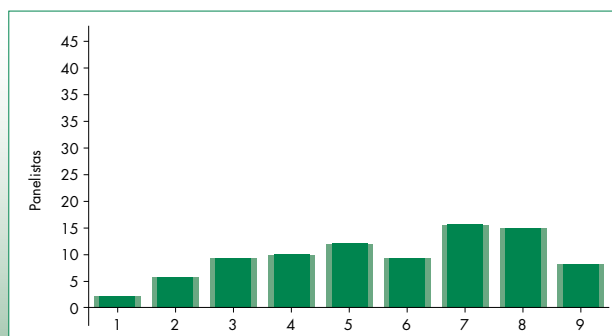
La crisis de sostenibilidad del SNS y la contracción del gasto sanitario:

C050 Contribuirán a la dualización del acceso a la atención sanitaria: distinta asistencia para los mejor situados económicamente



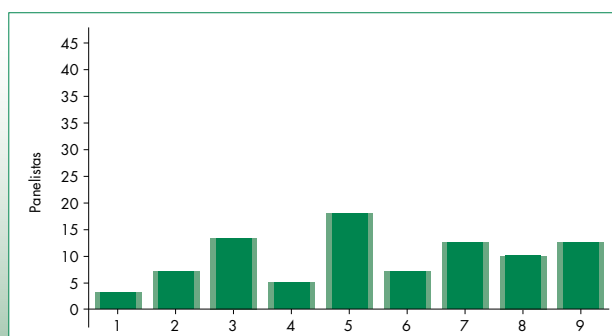
Media	6,7
Percentil 25	5
Mediana	7
Percentil 75	8

C051 Contribuirán a la desinformación acerca de la dimensión y las cifras fidedignas del ahorro esperado y las indispensables mejoras en eficiencia y productividad de los esfuerzos exigidos a los profesionales y al público.



Media	5,7
Percentil 25	4
Mediana	6
Percentil 75	8

C052 Acentuarán la opacidad general de la información sobre incidencias graves por iatrogenia en los centros asistenciales



Media	5,5
Percentil 25	3
Mediana	5
Percentil 75	7,5

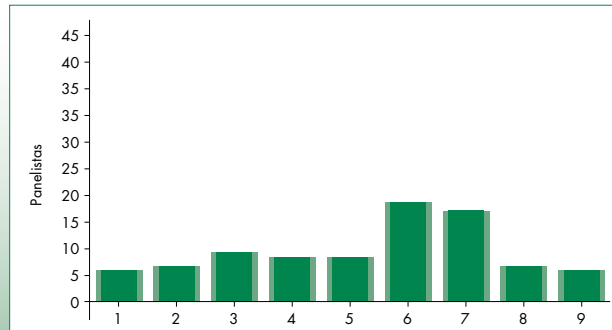
4.3.3 Priorización y racionamiento (C053-C062)

Como consecuencia de la opacidad que ha rodeado el proceso de transformación de las prioridades políticas respecto al gasto sanitario en las decisiones clínicas sobre quién, cómo y cuándo debe ser tratado, han aflorado diversas manifestaciones de racionamiento en la atención solicitada por los ciudadanos. La percepción del grupo se manifiesta en dos grandes bloques: un bloque que comparte una elevada dispersión de pronunciamientos con una relativamente más compartida posición en el límite superior de la zona de respuestas (medianas entre 5 y 6), y otro bloque que comprende tres escenarios que comparten un consenso explícito aunque moderado centrado en una mediana de 7.

El bloque de escenarios de «racionamiento» que concita mayor consenso en el panel se refiere a: 1) disuasión del acceso a la atención por trabas burocráticas; 2) aplazamientos y demoras en admisiones y programación; 3) incremento de las listas de espera; 4) reducción del servicio, por ejemplo limitando las pruebas diagnósticas, y 5) exclusión de grupos sociales con impacto electoral marginal.

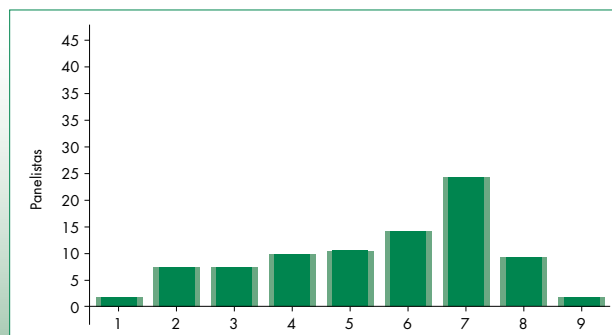
En qué medida cree que se producirán los siguientes escenarios:

C053 Denegación de la prestación debido a la modificación al alza del dintel de gravedad de la necesidad clínica



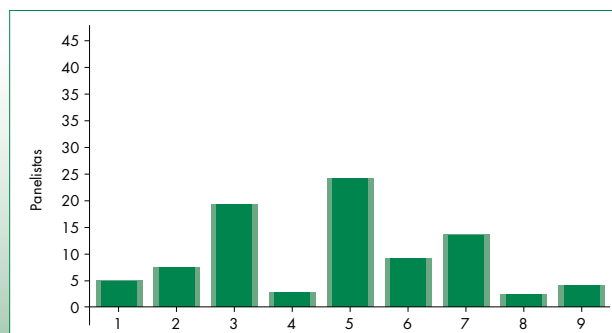
Media	5,3
Percentil 25	3,25
Mediana	6
Percentil 75	7

C054 Priorización de la atención al paciente que más pueda beneficiarse en relación con los demás



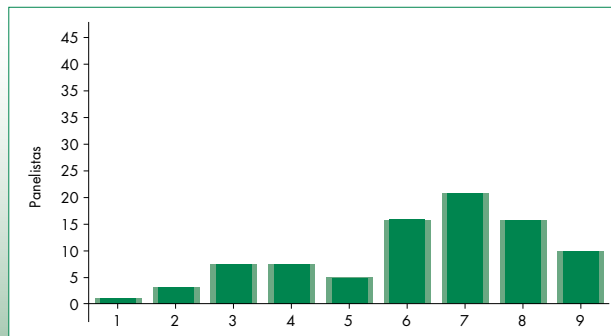
Media	5,5
Percentil 25	4
Mediana	6
Percentil 75	7

C055 Transferencia del paciente de un programa inicial a otro sin justificación clínica explícita



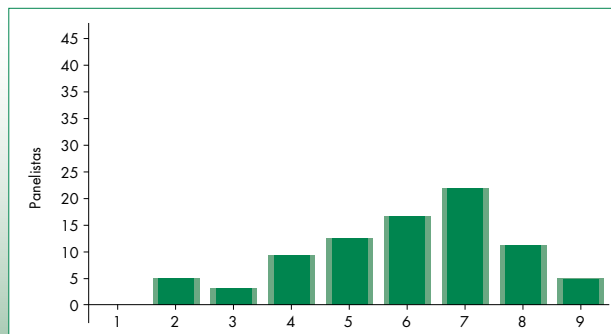
Media	4,7
Percentil 25	3
Mediana	5
Percentil 75	6

C056 Disuasión por obstaculización del acceso al servicio (cambio de localización del centro asistencial, trabas burocráticas, deficiente atención al público...)



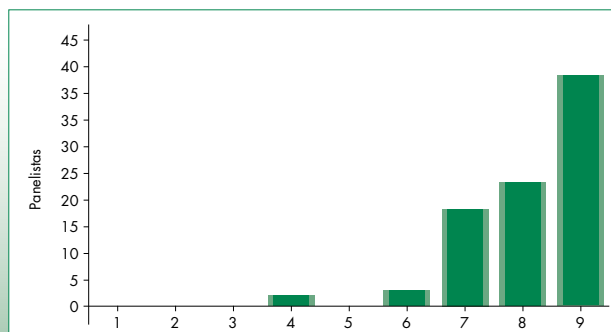
Media	6,3
Percentil 25	5
Mediana	7
Percentil 75	8

C057 Aplazamiento sistemático de las citas y demoras en la admisión y programación de intervenciones



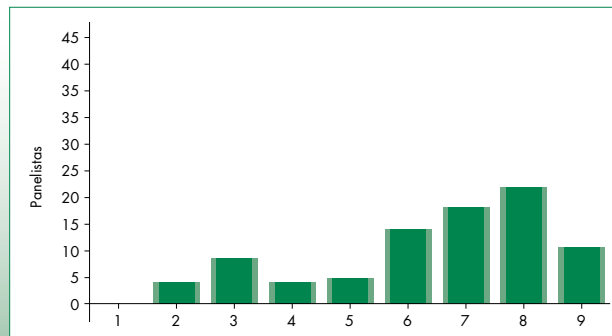
Media	6,5
Percentil 25	5
Mediana	7
Percentil 75	8

C058 Incremento de las listas de espera



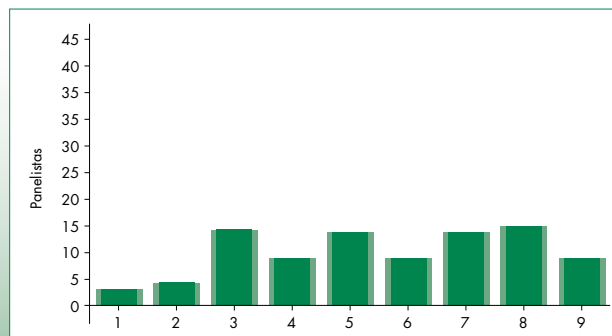
Media	8,1
Percentil 25	7
Mediana	8
Percentil 75	9

C059 Reducción del servicio: disminución de la frecuencia y la duración del servicio, y limitación de pruebas diagnósticas y complementos terapéuticos sin justificación explícita



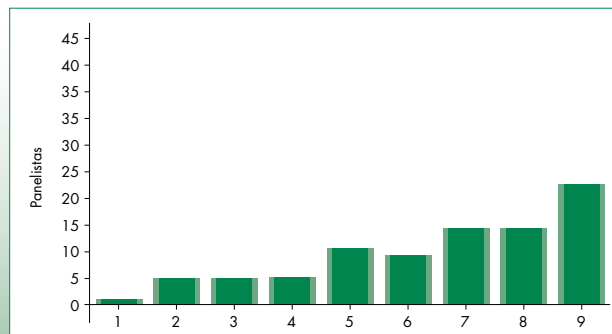
Media	6,5
Percentil 25	6
Mediana	7
Percentil 75	8

C060 Finalización anticipada del tratamiento a causa de nuevos criterios de «alta» o de cierre del caso



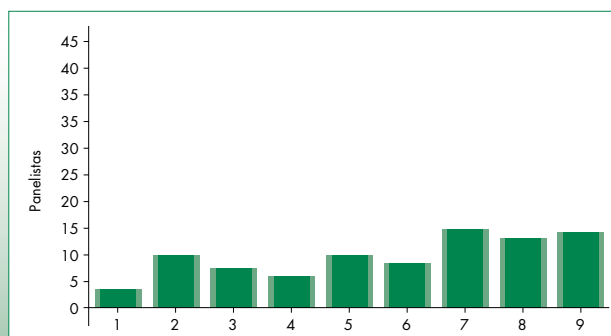
Media	5,6
Percentil 25	4
Mediana	6
Percentil 75	8

C061 Exclusión de grupos sociales con «menor» impacto en términos de clientelismo electoral (p. ej.: personas sin hogar, inmigrantes sin papeles, extranjeros...)



Media	6,6
Percentil 25	5
Mediana	7
Percentil 75	8,75

C062 Exclusión de grupos sociales en función de su acceso al trabajo por cuenta propia o ajena (no cotizantes)



Media	5,8
Percentil 25	4
Mediana	6
Percentil 75	8

4.4 Y DESPUÉS DE LA CRISIS, ¿QUÉ?

La sección de cierre de la consulta incorpora una solicitud de posicionamiento anticipativo a los panelistas: sus deseos frente a sus pronósticos, lo que «debería» ocurrir en contraste con lo que realmente creen que ocurrirá en un horizonte a medio plazo.

Los escenarios propuestos se refieren respectivamente a cambios plausibles en relación con factores identitarios clave del actual Sistema Nacional de Salud, por una parte, y a diversas alternativas de transformación organizativa del papel de la interfaz entre el sector público y el privado en el incierto horizonte planteado por el Real Decreto-ley de 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y por el no menos incierto condicionamiento de la Unión Europea al «segundo rescate», por establecer en la fecha de redacción de este informe.

El primer conjunto de escenarios despliega una elocuente dispersión —elevado nivel de incertidumbre— de posicionamientos, pero en él destaca el mayor consenso en el rechazo al proceso de «recentralización» del SNS emergente —que, sin embargo, se considera plausible— y en el pronóstico negativo respecto al mantenimiento del sistema público de salud establecido en la Ley General de Sanidad de 14 de abril de 1986.

En cuanto a los escenarios relativos a reformas estructurales significativas en el actual modelo del SNS y con idéntico predominio de una pronunciada incertidumbre —débiles posiciones de consenso—, se rechaza mayoritariamente (al mismo tiempo que se pronostica su posible ocurrencia) la coexistencia de un seguro obligatorio básico para bajos niveles de renta y fórmulas de seguro libre suplementario.

Este pronóstico se complementa con la firme creencia mayoritaria en la concentración de la acción del gobierno en la regulación administrativa, la disminución en la oferta pública directa de servicios y prestaciones, y la correlativa pujanza de la provisión privada y diversas fórmulas de colaboración público-privadas.

6.4.1 Visión anticipativa de la sanidad pública emergente (D063-D066)

El panel no espera, aunque rechaza, que se mantenga la integridad del modelo del SNS surgido con la restauración de la democracia en España y contempla con incertidumbre la plausibilidad de que se mantenga la «universalidad», incluso con limitaciones significativas en el catálogo de prestaciones correspondiente.

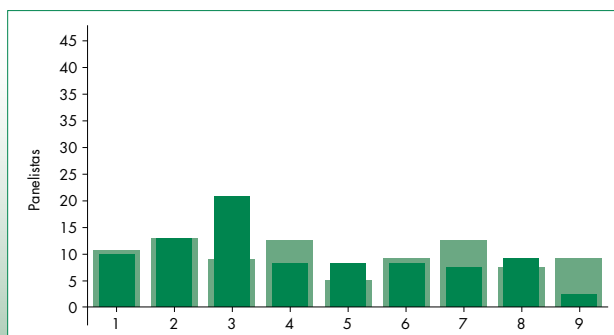
Destaca la excepcional mayoría coincidente en el pronóstico de disminución de la oferta asistencial del sector público a expensas del avance en la gestión y la prestación privadas.

Es de destacar el rechazo al posible desmantelamiento de la descentralización autonómica de la sanidad pública con un pronóstico favorable, pese a la dispersión de posiciones, a la «recentralización».

Para cada escenario propuesto se solicita que el panelista indique su deseo o rechazo respecto a él (barras en verde claro), pero también su pronóstico en cuanto al grado de verosimilitud de que dicho escenario se materialice efectivamente en un plazo de cinco años (barras en verde oscuro).

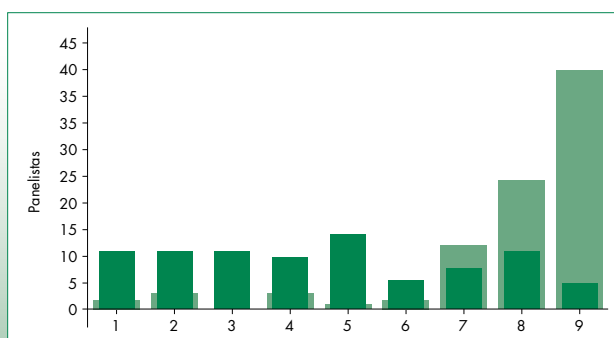
Respecto al actual modelo de sanidad pública:

D063 Se mantendrá el mismo modelo de SNS sin modificaciones significativas



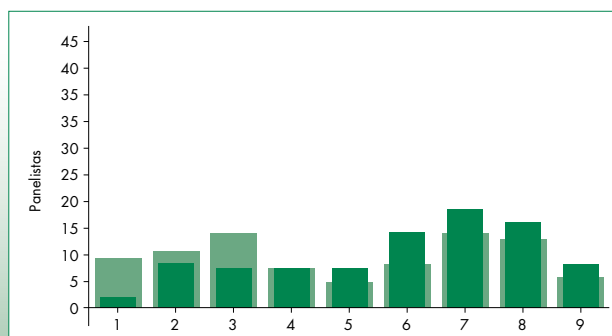
	Deseo	Pronóstico
Media	4,7	4,2
Percentil 25	2	2
Mediana	4	3
Percentil 75	7	6

D064 El SNS mantendrá el acceso universal a todas las prestaciones efectivas



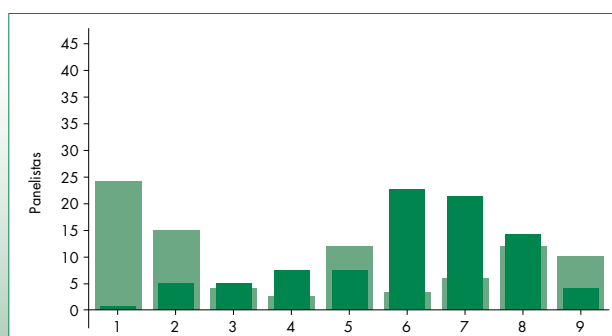
	Deseo	Pronóstico
Media	7,7	4,6
Percentil 25	7	2,5
Mediana	8	5
Percentil 75	9	7

D065 El SNS mantendrá el acceso universal, pero solo a una cartera de servicios con limitaciones significativas



	Deseo	Pronóstico
Media	4,9	5,9
Percentil 25	3	4
Mediana	5	6
Percentil 75	7	8

D066 Se «recentralizarán» algunas responsabilidades sanitarias actualmente descentralizadas en las comunidades autónomas



	Deseo	Pronóstico
Media	4,3	6
Percentil 25	1	5
Mediana	3,5	6
Percentil 75	7	7

4.4.2 Del derecho a la sanidad como ciudadano al derecho como cotizante de la Seguridad Social (D067, D068, D070, D071)

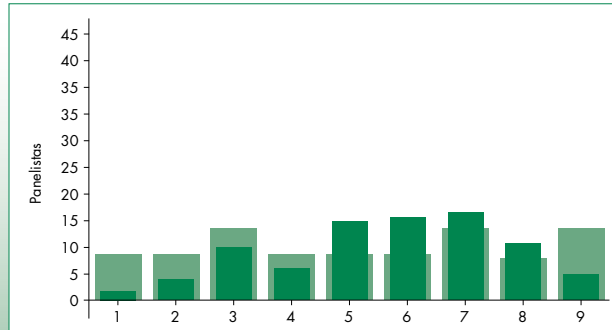
Es parecida la incertidumbre en la respuesta colectiva —de escasa aceptación, pero pronóstico ligeramente favorable— a la posibilidad de implantación de escenarios de cobertura obligatoria de altos riesgos con póliza voluntaria —pública o privada— complementaria.

En la hipótesis de una sustitución del actual SNS por un seguro social de financiación pública y gestión mixta (de operadores públicos o privados) con garantía de no exclusión de riesgos, o bien por un sistema de seguro obligatorio de financiación pública y prima comunitaria única voluntaria y para rentas bajas o aseguramiento libre, el panel se inclina en un contexto de fuerte incertidumbre por la primera opción.

La alternativa que contempla un sistema de seguro libre con cobertura básica pública para rentas bajas se rechaza rotundamente y con un pronóstico de ocurrencia débil. En el contexto de incertidumbre mencionado, los panelistas prefieren a esta opción la de un modelo de aseguramiento obligatorio de financiación pública y gestión mixta con garantía de no exclusión de riesgos.

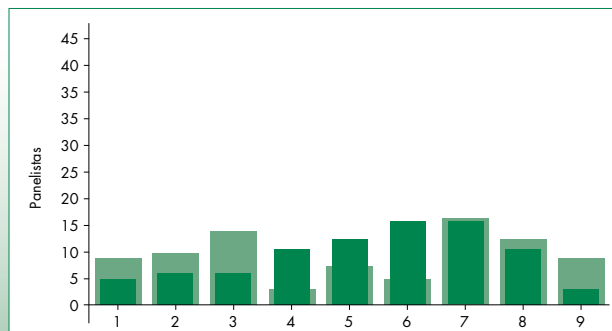
Respecto al actual modelo de sanidad pública:

D067 Se mantendrá la cobertura universal y gratuita de las prestaciones sanitarias para los episodios de mayor gravedad, pero con cobertura complementaria (pública o privada)



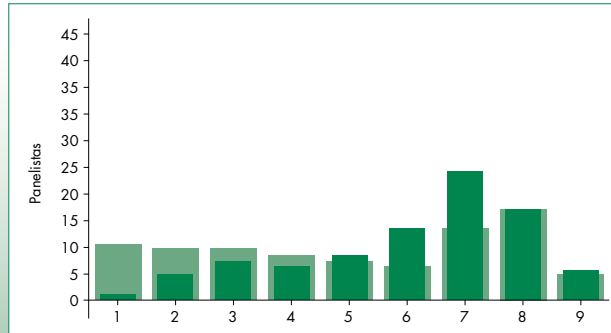
	Deseo	Pronóstico
Media	5,2	5,7
Percentil 25	3	4,25
Mediana	5	6
Percentil 75	7	7

D068 Se mantendrá la universalidad con cobertura obligatoria pública respecto de algunas prestaciones consideradas prioritarias, y voluntaria, a cargo del usuario y ofertada por los propios proveedores públicos en el territorio



	Deseo	Pronóstico
Media	5,2	5,4
Percentil 25	3	4
Mediana	6	6
Percentil 75	7,5	7

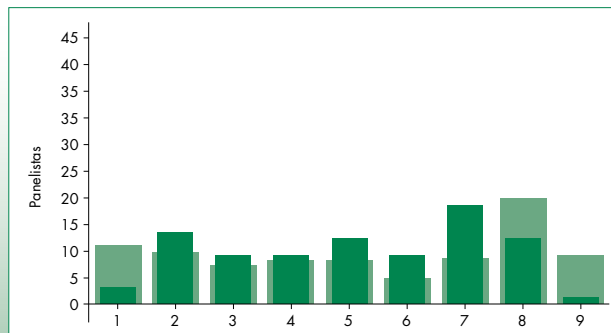
D069 La Administración asumirá principalmente un papel regulador y reducirá su hegemonía en la provisión directa de las prestaciones sanitarias favoreciendo la provisión privada, bien mediante concesiones o a través de deducciones fiscales



	Deseo	Pronóstico
Media	5	6,1
Percentil 25	3	5
Mediana	5	7
Percentil 75	7,5	8

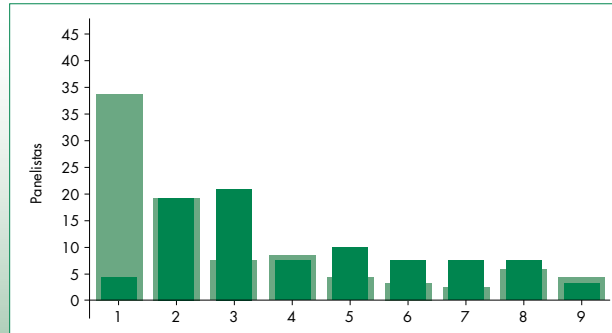
El actual modelo será paulatinamente reemplazado por:

D070 Un modelo de aseguramiento obligatorio competitivo, financiado con impuestos generales, descentralización de la función aseguradora a cargo de entidades públicas o privadas, y garantía de no exclusión de riesgos por registro abierto de asegurados



	Deseo	Pronóstico
Media	5,2	5,1
Percentil 25	3	3
Mediana	5	5
Percentil 75	8	7

D071 Un sistema de seguro libre, medicina privada y cobertura básica de financiación pública para los niveles bajos de renta y para quienes se quieran acoger a él de modo voluntario pagando una prima pública única



	Deseo	Pronóstico
Media	3	4,2
Percentil 25	1	2
Mediana	2	3
Percentil 75	4	6

ANEXOS

5.

5.1 Anexo 1. Cuestionario Delphi.....	53
5.2 Anexo 2. Listado de panelistas.....	60



VISIÓN DE LA CRISIS
DE LA SANIDAD PÚBLICA
EN ESPAÑA

CUESTIONARIO DELPHI

ÍNDICE

1. Presentación	51
Indicaciones para cumplimentar el cuestionario.....	51
Compromiso de confidencialidad.....	52
Coordinadores de la consulta, financiación y otros aspectos.....	53
2. Cuestionario	53
Antecedentes de la crisis: la «burbuja sanitaria».....	53
Gestión de la crisis y la recuperación.....	54
Percepción del impacto de la crisis.....	55
Y después de la crisis, ¿qué?.....	57
3. Perfil del panelista	58
Nombre del panelista:	60

PRESENTACIÓN

El objetivo de esta **CONSULTA DELPHI** es obtener una visión plural e inédita del consenso (y las discrepancias) de un panel integrado por personas que tienen un extenso y profundo conocimiento del sistema sanitario español —incluyendo profesionales sanitarios de diversas disciplinas, gestores, políticos, usuarios y miembros de la industria relacionada con el sector— sobre:

1. La influencia en el impacto de la crisis financiera y la recesión sobre el SNS de algunos procesos que la precedieron
2. La valoración de las intervenciones de gestión de la crisis sanitaria, actuales y futuras, en el SNS y de sus consecuencias
3. El pronóstico acerca de las características que configurarán la sanidad pública que emerja de esta crisis

El diseño de la consulta ha tenido en cuenta los informes Delphi realizados con anterioridad por la FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD, así como los resultados de un reciente grupo nominal publicado en la revista GACETA SANITARIA.

Estos documentos están disponibles en:

- «Desarrollo y sostenibilidad del SNS descentralizado. Análisis prospectivo Delphi 2005»: http://www.fundsis.org/docs/fund_sis_4.01.pdf
- «El futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Análisis prospectivo Delphi 2008»: <http://www.fundsis.org/docs/El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-ciudadanos-3.pdf>.
- «El futuro del SNS: la visión de los profesionales de la salud. Análisis prospectivo Delphi 2009»: <http://www.fundsis.org/docs/El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-profesionales-de-la-salud-6.pdf>
- «Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud». EN: Gaceta Sanitaria, 2011: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/identificacion-priorizacion-actuaciones-mejora-eficiencia-sistema-nacional-90003170-originales-2011>

INDICACIONES PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

- Todas las cuestiones propuestas por el cuestionario están planteadas en forma de escenarios o proposiciones afirmativas, y sus respuestas deben puntuarse de 1 a 9.
- Las cuestiones pueden referirse a cosas diferentes:
 - INTENSIDAD DEL IMPACTO de un factor concreto sobre la gravedad de la crisis del SNS
 - ACUERDO o RECHAZO de la proposición planteada
 - PRONÓSTICO sobre el grado de verosimilitud que el panelista otorga a que un (posible) escenario propuesto por el cuestionario se materialice efectivamente (o no) en un plazo de cinco años
- En el **primer bloque de la consulta («A»)**, se pregunta fundamentalmente por la intensidad del impacto. Se proponen posibles procesos o factores del pasado reciente que hayan podido influir (por acción u omisión) en la gestación de la crisis de la sanidad y se solicita al panelista **que señale la intensidad** con la que estime que cada factor propuesto haya contribuido al agravamiento de la «crisis» del SNS desde 1 (el factor no ha tenido ningún impacto) a 9 (el factor ha tenido una influencia muy importante en la génesis de la crisis del SNS).

- En los **bloques segundo y tercero de la consulta («B» y «C»)**, se proponen diversas estrategias y medidas (desplegadas o desplegadas por las Administraciones sanitarias, tanto central como autonómicas, pero también desde otros ámbitos, incluyendo los gestores, los profesionales, etc.) como respuesta al impacto de la crisis, así como algunos posibles efectos del modo de gestionarla. Se solicita al panelista que muestre **su rechazo o acuerdo** con la medida propuesta en la respectiva cuestión (1, rechazo completo o desacuerdo total; 9, acuerdo absoluto).
- En el **cuarto bloque de la consulta**, se busca un pronóstico sobre si el escenario propuesto ocurrirá o no a corto o medio plazo (al menos antes de los próximos cinco años). Se solicita al panelista que exprese **su pronóstico sobre la ocurrencia** real de cada uno de los escenarios propuestos (1, ninguna posibilidad de que ocurra; 9, ocurrirá con toda certeza). Ocasionalmente se pide una doble puntuación sobre el acuerdo o rechazo de la propuesta o medida, y el pronóstico sobre su posible ocurrencia.
- Para anotar su respuesta marque una **X** en la casilla del dígito elegido, entre 1 y 9.
- Al final de la consulta, encontrará un formulario de «perfil del panelista» en el que se le preguntarán algunos datos personales de utilidad para el análisis del conjunto de respuestas del panel.
- Si realiza correcciones, evite dejar anotaciones confusas, como, por ejemplo, dos casillas marcadas con una **X**. Así contribuirá a preservar la calidad del volcado de las respuestas en la base de datos.
- Por favor, no deje ninguna cuestión sin contestar.
- No evite las puntuaciones extremas: use los 1 y 9 si se ajustan a su criterio.
- **EL TIEMPO ESTIMADO PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO ES DE 30-40 MINUTOS APROXIMADAMENTE.**
- **LE AGRADECEMOS DE ANTEMANO QUE NOS DEDIQUE SU ATENCIÓN Y SU TIEMPO.**

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 electrónico: analisdelpi2012@cicontrol.net **ANTES DEL 27 DE JUNIO DE 2012.**

Para consultas sobre contenidos o aspectos técnicos de la encuesta Delphi puede dirigirse a los coordinadores del estudio (iiss_mr@arrakis.es o jjartells@gmail.com).

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

- El cuestionario es confidencial. En ningún caso se publicarán o divulgarán las respuestas concretas de los expertos invitados, sino solo las respuestas del conjunto de entrevistados.
- Las respuestas se codifican de forma disociada, de modo que no se incluirán datos identificativos de ninguna persona en las bases de datos del estudio.
- Los panelistas que explícitamente lo autoricen serán recogidos en el listado de expertos consultados que se incluirá en el informe final (versión impresa y digital), mientras que los que no deseen aparecer en este listado se mantendrán en el anonimato. Este listado incluirá una cláusula de descargo, en la que se señalará que los panelistas individuales no tienen por qué compartir los resultados finales, ya que estos responden a un agregado matemático de las respuestas del conjunto del panel.
- Todos los panelistas recibirán el informe final en formato PDF y su edición impresa si así lo indican explícitamente en el formulario «perfil del panelista» que encontrarán al final del cuestionario.

COORDINADORES DE LA CONSULTA, FINANCIACIÓN Y OTROS ASPECTOS

- La Consulta Delphi está coordinada por:
 - **Juan José Artells**, analista de política sanitaria.
 - **Ricard Meneu**, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.
 - **Salvador Peiró**, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.
- La consulta es una iniciativa de Juan José Artells y la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (www.iiss.es) y cuenta con el soporte de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad (www.fundsis.org), una institución sin ánimo de lucro del grupo Novartis Farmacéutica.
- Ni la Fundación SIS ni Novartis Farmacéutica han participado en la elaboración de los contenidos de la consulta o en la selección de panelistas.
- Los coordinadores le facilitarán información sobre el estudio a medida que se vaya desarrollando el trabajo, incluyendo el informe final (también la base de datos si lo desea).

CUESTIONARIO

ANTECEDENTES DE LA CRISIS: LA «BURBUJA SANITARIA»

Durante el periodo 2002-2009 el gasto sanitario público experimentó un crecimiento sin precedentes, pues cuadruplicó el crecimiento del producto nacional bruto y alcanzó la media de los países de la Unión Europea (UE-15). Este crecimiento vino producido por la creación de nuevos hospitales, con el subsiguiente incremento de plantillas, el aumento de los salarios (en muchos casos bajo fórmulas de «carrera profesional» o «incentivos»), el incremento del gasto farmacéutico (especialmente el relativo a la farmacia hospitalaria, aunque también el de la prestación mediante receta oficial) y la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Al final de este periodo, los ingresos fiscales se derrumbaron, por lo que se creó una situación de grave insuficiencia financiera.

Este desbordamiento vino precedido por una importante crisis financiera y una fuerte desaceleración económica, diagnosticada tardíamente en España, que condujeron a la recesión en curso, en cuyo marco se ha registrado el mayor impacto regresivo del sistema sanitario público conocido hasta ahora. No obstante, la crisis sanitaria no procede solo de la insuficiencia financiera que la ha agudizado, sino que tiene sus raíces en las contradicciones e insuficiencias del modelo aún vigente.

A pesar de que las crisis suelen surgir de manera hasta cierto punto imprevista, en esta primera parte de la consulta se intenta conocer la valoración del panel (obviamente *a posteriori*) sobre el impacto de una serie de factores precursores que potencialmente han contribuido a la actual situación (déficit de gobernanza, indisciplina fiscal, rigidez estratégica y otros).

EXPRESE, por favor, su valoración de la CONTRIBUCIÓN de cada una de las propuestas siguientes a la materialización de la crisis sanitaria:

	← Poca	Mucha →
A001 Interferencia política en la selección y la designación de cargos directivos y de gestión	1	2 3 4 5 6 7 8 9
A002 Interferencia política en la selección de cuadros clínicos (jefes de servicio, de sección, coordinadores de atención primaria) y de enfermería	1	2 3 4 5 6 7 8 9
A003 Opacidad en la rendición de cuentas, incluyendo el desconocimiento público del endeudamiento y de la aportación de valor de las fórmulas de gestión públicas y privadas (concesiones, externalización, etc.)	1	2 3 4 5 6 7 8 9

	← Poca	Mucha →
A004 Decisiones clientelares de asignación de recursos (en función del clientelismo político antes que de la necesidad sanitaria)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A005 Prolongación de la permisividad predemocrática ante la práctica de arrastre interanual de las desviaciones (déficit «reconocido» y déficit «oculto») entre el presupuesto inicial y el gasto real	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A006 Transferencia (forzosa) de la financiación de la deuda sanitaria pública a los proveedores del SNS mediante la morosidad en el pago a proveedores	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A007 Pasividad de los sucesivos gobiernos ante la regresividad e inequidad del sistema de copago farmacéutico vigente hasta 2012	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A008 Inmovilismo organizativo ante los cambios demográficos, sociales, tecnológicos, culturales y de las necesidades sanitarias (p. ej., déficits en la atención integrada a la cronicidad)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A009 Mantenimiento bajo cobertura del SNS de prestaciones, procedimientos y tratamientos de aportación terapéutica dudosa o no demostrada	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A010 No utilización de criterios de coste/efectividad e impacto presupuestario en las decisiones de incorporación de nuevas tecnologías a la cartera de servicios del SNS y en la fijación de su precio	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A011 Indiferencia o rechazo de la experimentación con innovaciones organizativas e iniciativas de emulación de buenas prácticas a causa de la tensión entre descentralización y políticas sanitarias uniformizantes	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A012 Persistencia de la segmentación asistencial en detrimento de la gestión integral de los episodios de enfermedad	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A013 Incapacidad del Ministerio de Sanidad para coordinar las políticas sanitarias por ausencia de liderazgo político y técnico	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A014 Escasa interiorización social de que la aspiración de más y mejores prestaciones universales y gratuitas depende del crecimiento económico, los ingresos sociales asociados y la priorización explícita del gasto público	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A015 Escasos incentivos a la implicación y la influencia efectiva del asociacionismo de pacientes en los órganos de gobernabilidad de las organizaciones administrativas y asistenciales del SNS	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A016 Poca sensibilidad social (incluyendo las organizaciones sociales y políticas) respecto a la inmoralidad y la injusticia implícita en la malversación de los recursos sanitarios	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A017 Escasa aceptación social de la responsabilidad individual en el mantenimiento de la propia salud	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A018 No asunción por parte de los profesionales de las consecuencias económicas de sus decisiones clínicas	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
A019 Reforzamiento de los esquemas funcionariales en la gestión de los recursos humanos del SNS (ofertas públicas de empleo para personal estatutario entre 2003 y 2007)	1 2 3 4 5 6 7 8 9	

GESTIÓN DE LA CRISIS Y LA RECUPERACIÓN

El SNS transita por su quinto año de crisis sin que se haya atemperado la gestión de choque ni se haya iniciado una estrategia de medidas estructurales y a largo plazo de reducción de bolsas de ineficiencia y de impulso a la productividad.

Tanto las comunidades autónomas que están llevando a cabo políticas de ajuste fiscal como las que aún no lo han hecho deben dilucidar entre seguir la senda del recorte genérico (básicamente mediante medidas de reducción salarial del personal sanitario, de reducción del precio de los medicamentos y de contención de gastos generales de forma indiscriminada) o combinar acciones restrictivas con reformas estructurales de alcance: corresponsabilización de los profesionales en el impacto económico de sus decisiones, desinversión selectiva en tecnologías, prestaciones y servicios de escaso valor (o menos prioritarios) en términos de salud...

El ajuste presupuestario del gasto de la sanidad pública sobre la base de recortes generalizados (no selectivos) de choque:

	← Rechazo	Acuerdo →
B020 Puede afectar a las prestaciones y los servicios de mayor necesidad y valor terapéutico y producir un deterioro de la calidad asistencial del SNS.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
B021 Desincentiva el compromiso de los clínicos con las estrategias de mejora de la eficiencia y la recuperación de la sanidad pública.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
B022 Incentiva un uso más juicioso de los recursos.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
B023 Promueve la transparencia de los criterios de priorización de las listas de espera.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
B024 No deteriora la confianza de los ciudadanos en la sanidad pública.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
B025 Está deteriorando (o deteriorará) gravemente la calidad asistencial del SNS.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	

La gestión de la crisis requiere estrategias de mejora de la eficiencia y la productividad encaminadas a la:

B026 Reducción significativa de la variabilidad no justificada de la práctica clínica	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B027 Reducción del esfuerzo terapéutico fútil	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B028 Reducción significativa de las pruebas diagnósticas que no aporten valor a los resultados para el paciente (incluyendo las pruebas redundantes)	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B029 Reducción de la utilización inadecuada de tratamientos innecesarios (p. ej.: buena parte de los antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, AINE...)	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B030 Reducción de los tratamientos preventivos en poblaciones de bajo riesgo (p. ej.: estatinas en prevención primaria, antiosteoporóticos en mujeres jóvenes...).	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B031 Reducción de los efectos adversos de los medicamentos	1 2 3 4 5 6 7 8 9

La gestión de la crisis requiere estrategias organizativas encaminadas a:

B032 El control de la corrupción y del clientelismo político	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B033 La transparencia de las decisiones de política sanitaria y la previsión de evaluación de sus efectos	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B034 La rendición de cuentas de todos los servicios (públicos y privados) financiados con fondos públicos	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B035 La publicidad de las situaciones de conflicto de interés y el desarrollo de fórmulas para preservar la prioridad del interés general	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B036 El freno de la proliferación de hospitales de tamaño disfuncional y localización subóptima	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B037 La reestructuración de la financiación y los incentivos a los centros asistenciales para incrementar el peso de la atención primaria en el SNS	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B038 El estímulo de la conciencia respecto a los costes del ciudadano mediante copagos (con exenciones por renta, cronicidad y alguna otra circunstancia)	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B039 La disminución significativa del absentismo en los centros asistenciales	1 2 3 4 5 6 7 8 9
B040 La retribución de los profesionales por desempeño, resultados en salud y asunción de responsabilidades	1 2 3 4 5 6 7 8 9

PERCEPCIÓN DEL IMPACTO DE LA CRISIS

El SNS ha gozado tradicionalmente de un gran reconocimiento social. Es la institución social mejor valorada por los ciudadanos, y los barómetros sanitarios señalan que, aunque la mayoría de los ciudadanos creen que necesita algunos cambios, consideran que su funcionamiento es aceptable y sus profesionales merecen una alta confianza.

A pesar de la crisis y los sucesivos recortes, el SNS:

	← Rechazo	Acuerdo →
C041 Sigue funcionando bastante bien y presta una asistencia de alta calidad.	1 2 3 4 5 6 7 8 9	

← Rechazo Acuerdo →

C042 Se está deteriorando de forma leve y podrá recuperar su funcionamiento habitual en cuanto cese la presión financiera sobre él. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C043 Se ha deteriorado de forma grave y necesitará una completa reforma para recuperar su legitimidad social. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

La nueva legislación del Gobierno actual, las restricciones y los recortes en el Sistema Nacional de Salud:

C044 Incrementarán de modo importante la utilización de la medicina privada. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C045 Dificultarán de forma importante el acceso a los servicios sanitarios de aquellas personas que más los necesitan (barreras al uso adecuado). 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C046 Incrementarán las listas de espera de cirugía programada (electiva) a expensas de la espera de pacientes de mayor gravedad. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C047 Incrementarán la demora para la realización de pruebas diagnósticas (incluyendo demoras en el diagnóstico de patologías potencialmente graves como el cáncer). 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C048 Dificultarán el uso de tratamientos de alto coste (por ejemplo: sida, hepatitis C, oncológicos, enfermedades raras). 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C049 Aumentarán las listas de espera en los programas de desintoxicación y dependencia. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

La crisis de sostenibilidad del SNS y la contracción del gasto sanitario:

C050 Contribuirán a la dualización del acceso a la atención sanitaria: distinta asistencia para los mejor situados económicamente. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C051 Aumentarán la desinformación acerca del ahorro y los efectos sobre la salud de las medidas discrecionales de choque adoptadas. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C052 Acentuarán la opacidad general de la información sobre incidencias graves por iatrogenia en los centros asistenciales. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Como consecuencia de la opacidad que ha rodeado el proceso de transformación de las prioridades políticas respecto a la reducción del gasto sanitario en las decisiones clínicas sobre quién, cómo y cuándo debe ser tratado, han aflorado diversas manifestaciones explícitas e implícitas de racionamiento en la atención solicitada por los ciudadanos. En qué medida cree que se están produciendo o se producirán los siguientes escenarios:

C053 Denegación de la prestación debido a la modificación al alza del dintel de gravedad de la necesidad clínica 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C054 Priorización de la atención al paciente que más pueda beneficiarse en relación con los demás. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C055 Transferencia del paciente de un programa inicial a otro sin justificación clínica explícita 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C056 Disuasión por obstaculización del acceso al servicio (cambio de localización del centro asistencial, trabas burocráticas, deficiente atención al público...) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C057 Aplazamiento sistemático de las citaciones y demoras en la admisión y programación de intervenciones 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C058 Incremento de las listas de espera 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C059 Reducción del servicio: disminución de la frecuencia y la duración del servicio, y limitación de pruebas diagnósticas y complementos terapéuticos sin justificación explícita 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C060 Finalización anticipada del tratamiento a causa de nuevos criterios de «alta» o de cierre del caso 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C061 Exclusión de grupos sociales con «menor» impacto en términos de clientelismo electoral (p. ej.: personas sin hogar, inmigrantes sin papeles, extranjeros...) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

C062 Exclusión de grupos sociales en función de su acceso al trabajo por cuenta propia o ajena (no cotizantes) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Y DESPUÉS DE LA CRISIS, ¿QUÉ?

En esta sección, se recoge la visión de futuro del panelista en relación con una serie de rasgos definitorios del sistema sanitario que plausiblemente pueden emerger como consecuencia de la crisis y de su gestión.

Para cada escenario propuesto se solicita que el panelista indique su deseo (o rechazo) respecto a él, pero también su pronóstico en cuanto al grado de verosimilitud de que dicho escenario se materialice efectivamente en un plazo de cinco años.

Respecto al actual modelo de sanidad pública:

D063 Se mantendrá el mismo modelo de SNS sin modificaciones significativas.

	← Rechazo					Acuerdo →			
	← No ocurrirá					Ocurrirá →			
Deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pronóstico	1	2	3	4	5	6	7	8	9

D064 El SNS mantendrá el acceso universal a todas las prestaciones con una buena relación coste/efectividad.

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

D065 El SNS mantendrá el acceso universal, pero solo a una cartera de servicios con limitaciones significativas.

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

D066 Se «recentralizarán» algunas responsabilidades sanitarias actualmente descentralizadas en las comunidades autónomas.

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

D067 Se mantendrá la cobertura universal y gratuita de las prestaciones sanitarias para los episodios de mayor gravedad, pero con cobertura complementaria (pública o privada).

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

D068 Se mantendrá la universalidad con cobertura obligatoria pública con respecto de algunas prestaciones consideradas prioritarias, y voluntaria, a cargo del usuario y ofertada por los propios proveedores públicos en el territorio.

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

D069 La Administración asumirá principalmente un papel regulador y reducirá su hegemonía en la provisión directa de las prestaciones sanitarias favoreciendo la provisión privada, bien mediante concesiones o a través de deducciones fiscales.

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

El actual modelo será paulatinamente reemplazado por:

D070 Un modelo de aseguramiento obligatorio competitivo, financiado con impuestos generales, descentralización de la función aseguradora a cargo de entidades públicas o privadas, y garantía de no exclusión de riesgos por registro abierto de asegurados

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

D071 Un sistema de seguro libre, medicina privada y cobertura básica de financiación pública para los niveles bajos de renta y para quienes se quieran acoger a él de modo voluntario pagando una prima pública única

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

Edad

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

Sexo

- Hombre
- Mujer

Profesión

- Medicina
- Enfermería
- Farmacia
- Ciencias Económicas
- Derecho o ciencias jurídicas
- Ingenierías
- Otra profesión sanitaria
- Otra profesión no sanitaria

Lugar de trabajo

- Asistencial en atención primaria
- Asistencial en atención especializada/hospitalaria
- Gestión en centro sanitario
- Servicios centrales/consejerías/ministerios
- Universidad
- Industria farmacéutica
- Empresas tecnológicas
- Aseguradoras
- Otros:

Comunidad Autónoma (de trabajo)

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla La Mancha
- Castilla y 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 su posición actual (o con aquella que quiera aparecer en el informe):

NOMBRE:

POSICIÓN:

SI DESEA RECIBIR LA VERSIÓN IMPRESA DEL INFORME FINAL, INDÍQUENOS UNA DIRECCIÓN POSTAL:

CALLE:

CIUDAD:

PROVINCIA:

CÓD. POSTAL:

MUCHAS GRACIAS POR SU ESTIMADA COOPERACIÓN.

LISTADO DE PANELISTAS

Panelista	Profesión	Área de trabajo actual
Agustí Domingo Reig	Ciencias económicas	Otros
Albert Ledesma Castellort	Medicina	Asistencial en atención primaria
Albert Sumarroca Claverol	Otra profesión sanitaria	Gestión en centro sanitario
Alberto Gago Estévez	Medicina	Gestión en centro sanitario
Alberto Morell Baladrón	Farmacia	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Amèlia Guilera Roche	Enfermería	Universidad
Aníbal García Sempere	Ciencias económicas	Otros
Antonio Osuna Ortega	Medicina	Gestión en centro sanitario
Antonio Roman Broto	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Antonio Yuste Marco	Medicina	Gestión en centro sanitario
Aurelio Serrat Sesé	Enfermería	Gestión en centro sanitario
Beatriz González López-Valcárcel	Ciencias económicas	Universidad
Begoña Barragán García	Otra profesión no sanitaria	Otros
Carina Abelló Somolinos	Medicina	Gestión en centro sanitario
Carlos Campillo	Medicina	Servicios centrales/consejerías/ ministerios
Daniel Serón Micas	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
David Baulenas i Parellada	Medicina	Gestión en centro sanitario
Dolors Colom Masfret	Otra profesión no sanitaria	Otros
Dolors Forés	Medicina	
Francisco José Farfán Sedano	Farmacia	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Eduard Rius Pey	Otra profesión sanitaria	Gestión en centro sanitario
Elena Arias Menéndez	Otra profesión no sanitaria	Otros
Esteve Camprubí Garreta	Medicina	Gestión en centro sanitario
Eugeni Sedano i Monasterio	Farmacia	Otros
Eulàlia Dalmau i Matarrodona	Ciencias económicas	Otros
Eusebi J. Castaño Riera	Medicina	Servicios centrales/consejerías/ ministerios

Federico Oppenheimer	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Félix Armadá Maresca	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Fuencisla Iglesias Alonso	Medicina	Servicios centrales/consejerías/ministerios
Gabriel Coll de Tuero	Medicina	Asistencial en atención primaria
Gabriel Pérez Cobo	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Gregorio Gómez Bolaños	Otra profesión no sanitaria	Servicios centrales/consejerías/ministerios
Honorio-Carlos Bando Casado	Derecho o ciencias jurídicas	
Ismael Herruzo Cabrera	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Jaume Aubia Marimón	Medicina	Otros
Jaume Puig Junoy	Ciencias económicas	Universidad
Jaume Raventós Monjo	Farmacía	Otros
Javier Murillo Ferrer	Otra profesión no sanitaria	Otros
Joan Barrubés	Ciencias económicas	Otros: consultoría
Joan Gené Badia	Medicina	Asistencial en atención primaria
Jordi Colomer Mascaró	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Jordi Julve	Farmacía	Industria farmacéutica
Jordi Rello	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
José Cuervo Argudin	Medicina	Servicios centrales/consejerías/ministerios
José M. ^º Ramírez Ribas	Medicina	Gestión en centro sanitario
José M. ^º Marín Rubio	Medicina	Servicios centrales/consejerías/ministerios
Josefina Bassons Herbera	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Josep Ballester Roselló	Medicina	Gestión en centro sanitario
Josep Brugada Terradellas	Medicina	Gestión en centro sanitario
Josep Lluís de Peray Baiges	Medicina	Servicios centrales/consejerías/ministerios
Josep M. Borràs	Medicina	Universidad

Josep Prat Domènech	Ingenierías	Gestión en centro sanitario
José-Ramón Luis-Yagüe Sánchez	Otra profesión sanitaria	Industria farmacéutica
Juan Antonio Abascal Ruiz	Medicina	Gestión en centro sanitario
Juan Donate López	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Juan Fernández Martín	Medicina	Servicios centrales/consejerías/ ministerios
Juan M. Cabasés	Ciencias económicas	Universidad
Julián García Vargas	Ciencias económicas	Otros
M.ª Concepción Peña Gallardo	Otra profesión no sanitaria	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
M.ª Dulce Fontanals de Nadal	Otra profesión no sanitaria	Otros
M.ª Teresa Marín Rubio	Otra profesión no sanitaria	Servicios centrales/consejerías/ ministerios
Manel Peiró	Otra profesión no sanitaria	Universidad
Manuel del Castillo Rey	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Margarita Garcia Canela	Otra profesión sanitaria	Gestión en centro sanitario
María A. Tormo Domínguez	Medicina	Otros
Marta Solé Orsola	Enfermería	Gestión en centro sanitario
Miguel A. Gómez Bravo	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Mireia Alabart	Ciencias económicas	Gestión en centro sanitario
No se identifica	Medicina	Gestión en centro sanitario
No se identifica	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Nuria Carrera Comes		Otros
Olga Pané Mena	Otra profesión sanitaria	Gestión en centro sanitario
Olga Solas Gaspar	Otra profesión no sanitaria	Otros
Òscar Colomer Miralbell	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Pedro Carrascal Rueda	Otra profesión no sanitaria	Otros
Pere Vallribera Rodríguez	Medicina	Gestión en centro sanitario
Rafael Calafell Clar	Farmacia	Otros
Rafael Lledó Rodríguez	Medicina	Gestión en centro sanitario
Raimon Belenes Juárez	Medicina	Otros: empresa privada sanitaria

Ramón Charco	Medicina	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Ricard Quintana Batalle	Otra profesión no sanitaria	Servicios centrales/consejerías/ministerios
Roser Fernández Alegre	Ciencias económicas	Servicios centrales/consejerías/ministerios
Santiago Valor García	Medicina	Gestión en centro sanitario
Teresa Patiño Lafuente	Derecho o ciencias jurídicas	Servicios centrales/consejerías/ministerios
Tomás Casasín Edo	Farmacia	Asistencial en atención especializada/hospitalaria
Tomás Jiménez Araya	Ciencias económicas	Universidad
Vicente Andrés Luis	Medicina	Asistencial en atención primaria

Fundación



SALUD

INNOVACIÓN

SOCIEDAD