

Original

Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud

Salvador Peiró^{a,b,*}, Juan José Artells^c y Ricard Meneu^b^a Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia, España^b Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España^c Fundación Salud, Innovación y Sociedad, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de septiembre de 2010

Aceptado el 27 de diciembre de 2010

Palabras clave:

Grupo nominal
Reformas sanitarias
Impacto presupuestario
Eficiencia

Keywords:

Nominal group
Healthcare reforms
Efficiency
Financial impact

R E S U M E N

Objetivos: Identificar un número significativo de actuaciones orientadas a mejorar la eficiencia y reducir el despilfarro en el Sistema Nacional de Salud (SNS), y priorizarlas en función de su impacto. Valorar el impacto y la prioridad de las medidas implantadas o anunciadas por el gobierno.

Material y métodos: Reunión de 13 expertos, estructurada siguiendo procedimientos adaptados de las técnicas de *brainstorming*, grupo nominal y método de consenso Rand.

Resultados: El panel propuso 101 posibles medidas para mejorar la eficiencia del SNS, que junto a las 11 contenidas en los Reales Decretos-Ley 4 y 8 de 2010, suman un total de 112 propuestas valoradas. Las propuestas se centraron en el buen gobierno y la transparencia, la concentración de servicios y equipamientos de atención especializada, la reducción de actividades asistenciales y preventivas de escaso valor, la gestión de la demanda (que puede incluir copagos, pero no como único elemento), la gestión de la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos, el refuerzo del papel de la atención primaria, la reforma de las políticas de personal y una serie de actuaciones reguladoras y de gestión. Las medidas gubernamentales recibieron una puntuación global intermedia, pero alta en cuanto a su impacto presupuestario.

Conclusiones: Además de las medidas «anticrisis» adoptadas por el gobierno, hay numerosas posibilidades de mejorar la eficiencia interna del SNS. En su mayor parte pasan por reformas estructurales factibles, pero con impacto presupuestario menos inmediato que las medidas gubernamentales.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Identification and prioritization of interventions to improve efficiency in the National Health System

A B S T R A C T

Objectives: To identify a significant number of interventions to improve efficiency and reduce waste in the Spanish National Health System (NHS), to prioritize these interventions according to their impact, and to assess the measures recently adopted by the Spanish government.

Material and methods: A meeting was held with 13 healthcare experts, structured according to a mixed method adapted from brainstorming, nominal group and Rand consensus methods.

Results: The panel proposed 101 possible actions to improve the efficiency of the Spanish NHS. The 11 measures announced by the Government in the Royal Decrees-Laws 4 and 8 of 2010 increased the total number of measures assessed to 112. The panel's proposals centered on accountability and good governance, the concentration of hospital equipment and services, reduction of preventive services of little value, utilization management (including copayments, but not as a sole element), management of the incorporation of new medicines and technologies, strengthening the role of primary care, reforming workforce policies, and a series of regulatory and managerial interventions. Government measures received an intermediate overall score, but scores of their financial impact were high.

Conclusions: There are several opportunities to improve the efficiency of the Spanish NHS beyond the "anticrisis" measures recently adopted by the Spanish Government. Most of these opportunities require feasible structural reforms, although their financial impact is less immediate than that of government measures.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Aunque los sistemas sanitarios públicos afrontan en todo momento el reto de intentar que las poblaciones a las cuales sirven tengan acceso a una atención adecuada con recursos limitados, las situaciones de crisis económica tensan los equilibrios y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: peiro_bor@gva.es (S. Peiró).

desequilibrios entre recursos y necesidades. Si la crisis es profunda, se acompaña de un importante déficit público y se prevé de larga duración, puede asegurarse que su impacto sobre los presupuestos sanitarios públicos será importante. Las estrategias posibles ante esta situación, muy resumidamente, son^{1,2}: 1) reducir servicios o prestaciones, 2) mantener prestaciones reduciendo su calidad, 3) mejorar la eficiencia interna (hacer más con lo mismo, dejar de hacer lo que no aporta valor) y 4) cualquier combinación de las anteriores.

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) a medio y largo plazo, y las condiciones de esta sostenibilidad en términos de extensión y calidad de los servicios que presta, depende en buena medida de cómo pueda afrontar las presiones derivadas de la actual situación de crisis económica. En todo caso, la necesidad de priorizar actuaciones, minimizar el despilfarro y mejorar la eficiencia interna del SNS es hoy más visible y más perentoria que nunca. Con estos objetivos declarados, el gobierno de España, con el respaldo de las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial, ha puesto en marcha diversas actuaciones a través de los Reales Decretos Ley 4/2010³ y 8/2010⁴, incluyendo, entre otras medidas, la reducción de los salarios del personal del SNS, la reforma del sistema de precios de referencia, la reducción del precio industrial de los genéricos, descuentos obligatorios en los medicamentos sin precio de referencia, y descuentos y modificaciones en los márgenes de las oficinas de farmacia.

En términos generales, el grueso de estas actuaciones se centra en los precios de los *inputs* (no en el volumen y el tipo de servicios que se presta), y más específicamente sobre los costes de los recursos humanos (reducción de salarios) y los medicamentos (con reducciones de precios en toda la cadena farmacéutica: industria, distribuidores, oficinas); partidas que conjuntamente suponen más de dos tercios del gasto del SNS⁵. Estas actuaciones pueden tener un mayor o menor impacto sobre el gasto sanitario, con efectos más o menos inmediatos, ser más o menos complejas de implantar, e incluso podrían tener algunos efectos adversos. En todo caso, no son las únicas medidas posibles ni el personal sanitario y la cadena farmacéutica son los únicos elementos del SNS que pueden mejorar su eficiencia, ni la reducción de costes es la única (ni necesariamente la mejor) manera de aumentarla.

El objetivo de este trabajo es identificar el mayor número posible de actuaciones (o no actuaciones, cuando mantener las políticas previas sea de interés) orientadas a mejorar la eficiencia y reducir el despilfarro en el SNS, y priorizarlas en función de su impacto económico, factibilidad y posibles efectos adversos. Adicionalmente, se pretende valorar también el impacto de las medidas implantadas por el gobierno.

Material y métodos

Diseño

Reunión de expertos, estructurada siguiendo procedimientos adaptados de las técnicas de *brainstorming*⁶, grupo nominal⁶⁻⁸ y método de consenso Rand^{9,10}.

Ámbito/lugar

La reunión se realizó el 7 de julio de 2010, coordinada por los autores de este trabajo y organizada por la Fundación Salud Innovación Sociedad (una organización sin ánimo de lucro dependiente de Novartis Farmacéutica) y el Institut d'Estudis de la Salut (ente público dependiente del Servei Català de la Salut), en los locales de esta última institución, que facilitó los medios necesarios para su desarrollo.

Población

Trece panelistas con experiencia en diversos ámbitos de la macrogestión, la mesogestión y la microgestión sanitarias, en investigación en servicios de salud y en políticas farmacéuticas, de las ciudades de Barcelona y Valencia, cuyos nombres y cargos en el momento de la reunión se recogen en la **tabla 1**, fueron seleccionados por los coordinadores (por consenso y a propuesta de cualquiera de ellos) para componer un grupo plural, con conocimientos, experiencias y trayectorias laborales en áreas muy diversas del sector sanitario (hospitales, atención primaria, política, gestión de centros a diversos niveles, clínica, docencia, investigación, calidad asistencial, cadena farmacéutica, evaluación e investigación evaluativa, salud pública y otros), y en lo posible en diversos puestos de las organizaciones sanitarias. De los posibles candidatos acordados por los coordinadores, tres declinaron participar por problemas de agenda y otros cuatro no acudieron a la reunión por imprevistos de última hora (la reunión se convocó con bastante premura por la cercanía del periodo vacacional). La selección se realizó en función de valoraciones subjetivas de los coordinadores, basadas en su propio conocimiento de los posibles participantes, y no de criterios explícitos (currícula, publicaciones, representación de instituciones o agentes del sistema u otros). Dos personas no expertas participaron en la reunión por invitación de uno de los panelistas, pero sus valoraciones no fueron incluidas en los análisis.

Métodos

Se combinaron aspectos de tres técnicas grupales intentando estimular la creatividad de los panelistas para generar el máximo número de propuestas, desarrollar una reunión muy formalizada para mantener al grupo centrado en el objetivo y cumplir los objetivos en el tiempo previsto; se usaron técnicas de priorización numéricas para ordenar la relevancia de las propuestas. Del *brainstorming* se adoptó la fase de reflexión silenciosa previa (que comparte con el grupo nominal), la imposibilidad de rechazar propuestas y el control de la interacción negativa entre participantes para permitir la libre expresión de los panelistas por heterodoxas que fueran sus propuestas⁶. De la técnica del grupo nominal se adoptaron las fases iniciales (confección de la pregunta, fase nominal, ronda de respuestas y conducción de la reunión), pero no las rondas de discusión previa a las votaciones⁸. De la técnica Rand se incorporó su sistema numérico de puntuación de escenarios (de 1 a 9, con valoración final en tres tramos: 1-3, 4-6 y 7-9) adaptado a la valoración de propuestas^{8,9}.

Pregunta

La pregunta a formular al grupo fue preparada por los autores y previamente ensayada con personas no participantes en la reunión para valorar el tipo y la profundidad de las respuestas obtenidas⁸. Finalmente se formalizó como «¿Qué acciones/medidas –macro, meso y micro– podrían ser iniciadas en los próximos meses para mejorar la eficiencia, y reducir el derroche y/o el gasto innecesario en el SNS, manteniendo los resultados clínicos y de salud para pacientes y poblaciones?». La pregunta se entregó por escrito a cada miembro del grupo al inicio de la fase de reflexión silenciosa, e iba acompañada de un contexto para delimitar la concreción, el alcance y el formato de las respuestas (**tabla 2**).

Dinámica de la reunión

Dado que el objetivo del grupo era identificar y valorar posibles medidas de actuación, la dinámica se centró en la generación de ideas y en su posterior valoración/priorización, pero no en su

Tabla 1
Participantes en el panel de expertos (orden alfabético).

Nombre	Posición laboral ^a	Profesión	Localidad
Joan J. Artells i Herrero	Director General de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad.	Economista	Barcelona
Raimon Belenes i Juárez	Consejero Delegado del Hospital Clinic de Barcelona	Médico	Barcelona
Josep M. Borràs i Andres	Director del Plan Director de Oncología, Hospital Duran i Reynals, Departament de Salut	Médico	L'Hospitalet, Barcelona
Josep Casajuana Brunet	Gerente del Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad. Institut Català de la Salut	Médico	Barcelona
Xavier Castells Oliveres	Jefe del Servei d'Epidemiologia i Avaluació, Hospital del Mar - Parc de Salut Mar	Médico	Barcelona
Jordi Colomer i Mascaró	Facultativo Especialista de Cirugía General, Hospital de Viladecans	Médico	Viladecans, Barcelona
Francesc Cots Reguant	Responsable de Evaluación de Servicios Sanitarios, Servei d'Epidemiologia i Avaluació, Parc de Salut Mar	Economista	Barcelona
Joan Gené Badia	Médico de Atención Primaria, Institut Català de la Salut, Consorcio de Atención Primaria de Salud del Ensache (CAPSE)	Médico	Barcelona
Mateu Huguet Recasens	Director del Institut d'Estudis de la Salut (IES)	Médico	Barcelona
Concha Marzo Carpio	Directora de Market Acces, Novartis Farmacéutica	Farmacéutica	Barcelona
Ricard Meneu	Jefe del Servicio de Calidad Asistencial, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana	Médico	Valencia
Vicente Ortún	Director del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra	Economista	Barcelona
Salvador Peiró ^b	Jefe del Área de Investigación en Servicios de Salud, Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP)	Médico	Valencia

^a Las posiciones laborales son en el momento del desarrollo de la reunión.

^b Coordinador del panel.

discusión/argumentación. Tras la presentación de los objetivos de la reunión y una breve explicación sobre la dinámica a seguir, el moderador planteó la pregunta (tabla 2) a partir de la cual cada miembro del grupo debía escribir, individualmente y sin comunicarse con los demás panelistas, tantas propuestas como le fuera posible en un plazo de 12 minutos. Una vez finalizado este tiempo se dio comienzo a la lectura por turno, una cada vez, de las respuestas de los participantes, mientras el moderador las anotaba y proyectaba para que su redacción estuviera a la vista de todos. En esta fase, el moderador, cada vez que le tocaba su turno, introdujo una de las medidas adoptadas por el gobierno en los términos recogidos en el correspondiente decreto-ley, para que pudieran ser valoradas en la fase posterior. Aunque se permitieron aclaraciones del contenido de alguna propuesta, no se rechazó ninguna y no se permitió su discusión, la confrontación de ideas ni la presión sobre ninguno de los panelistas.

Tras finalizar la ronda de respuestas se pidió a los panelistas que, en silencio e individualmente, puntuaran cada una de las respuestas en cinco dimensiones: 1) eficiencia y/o impacto presupuestario, definidos como la capacidad de la medida para mejorar la financiación, reducir el gasto o ambos; 2) factibilidad o facilidad de implementación, definida como la ausencia de dificultades para la puesta en marcha de la medida; 3) tiempo necesario para que las medidas tuvieran un impacto sustantivo, siendo mejor valoradas cuanto más inmediato fuera su efecto; 4) posibilidad de efectos

negativos, especificando que debían ser efectos sobre la salud de la población y los resultados clínicos de los pacientes, no sobre factores de la propia oferta o la organización del sistema; y 5) una valoración global, considerando también cualquier otra dimensión o elemento de las medidas propuestas. Las posibles puntuaciones iban de 1 a 9, con sentido positivo para la priorización global y las de eficiencia y factibilidad (las puntuaciones cercanas a 9 indican una mejor valoración de las medidas), y negativo para las dimensiones de tiempo hasta el impacto y efectos adversos (las puntuaciones cercanas a 9 indican más tiempo y más efectos adversos, y por tanto peor valoración de las medidas). Se insistió en la conveniencia de separar la valoración de las medidas de las personas que las habían propuesto y de no evitar las puntuaciones extremas.

Análisis

Descripción narrativa de las respuestas y su puntuación de prioridad. Para la descripción de las puntuaciones se utilizaron la mediana y los percentiles 25 (P25) y 75 (P75). Conforme a la estructura de los rangos de puntuación se había previsto una clasificación, para cada dimensión, en medidas de alta importancia (puntuaciones entre 7 y 9), importancia media o moderada (puntuaciones entre 4 y 6) y baja importancia (puntuaciones entre 1 y 3). Adicionalmente, las respuestas se clasificaron en nueve áreas temáticas desarrolladas *ex-post* por los autores. Para ello se partió

Tabla 2
Pregunta efectuada al panel.

¿Qué acciones/medidas –macro, meso y micro– podrían ser iniciadas en los próximos meses para mejorar la eficiencia, y reducir el derroche y/o el gasto innecesario en el SNS, manteniendo los resultados clínicos y de salud para pacientes y poblaciones?

- El efecto de las acciones o medidas puede ser a corto, medio o largo plazo, y pueden requerir persistencia en el tiempo (pero deben poderse iniciar tempranamente).
- La idea de mantener la calidad se refiere a resultados (no a procesos o estructuras).
- Las medidas pueden incluir incrementar el gasto en algún ámbito del SNS si se evitan mayores gastos (posteriores o en otro ámbito).
- Si conviene, para comprender el alcance de la medida propuesta, concretar el ámbito de aplicación (tecnología concreta, grupo poblacional, duración, forma de aplicación...).
- Formular las ideas en forma de ítems de una frase.
- Las ideas deben tener un nivel de concreción «adecuado»: ni tan genéricas que carezcan de valor ni tan micro que sólo tengan sentido en un entorno muy definido.
- Las ideas pueden incluir el mantener medidas que ya están en funcionamiento.

de la respuesta con mayor puntuación, se definió su área temática y se añadieron a ésta las propuestas relacionadas. A continuación se realizaba el mismo proceso con la siguiente propuesta, y así hasta agotar todas las propuestas de los panelistas.

Resultados

El panel propuso 101 posibles medidas para mejorar la eficiencia del SNS, que junto a las 11 medidas contenidas en los Reales Decretos-Ley 4 y 8 de 2010 suman un total de 112 propuestas valoradas. En el Anexo se recogen las propuestas, numeradas de la 1 a la 112 según el orden de valoración global (secundariamente, por impacto presupuestario y factibilidad), junto a las puntuaciones medianas en las otras cuatro dimensiones (en adelante se usará entre paréntesis este número de orden de prioridad global para referirse a la posición de las propuestas). En total, 35 propuestas, incluyendo dos medidas gubernamentales, obtuvieron valoraciones iguales o superiores a 7 puntos, en el grupo de medidas de alta importancia, en la priorización global (tabla 3), mientras que el resto se situó en la zona de relevancia moderada con puntuaciones inferiores a 7, pero superiores a 4, sin que ninguna propuesta obtuviera medianas en el rango de 1-3 puntos. No se valoraron como importantes los efectos adversos de ninguna de las propuestas, pero 19 medidas alcanzaron puntuaciones intermedias (entre 4 y 6) en esta dimensión.

Las propuestas se clasificaron en las siguientes áreas temáticas:

- **Transparencia y buen gobierno:** estas propuestas recogen la idea de que no se puede mejorar la gestión sanitaria pública sin controlar la corrupción y reconducir la partidocracia que desvirtúa los objetivos de la gestión sanitaria (1), la delimitación de las relaciones con el sector sanitario privado (18, 31), un mayor grado de transparencia (33, 35, 49, 52) y de evaluación de las políticas públicas (43, 102), y la despolitización de los cargos de gestión (76). También se incluyen en esta área medidas para reducir las situaciones de conflicto de intereses entre médicos e industria farmacéutica (50, 86, 109). Con excepción del control de la corrupción (la medida con mejor valoración en prácticamente todas las dimensiones), el impacto presupuestario del resto de las medidas fue considerado moderado por el panel. La posibilidad de efectos adversos se valoró como mínima.
- **Concentración de servicios y optimización del tamaño del hospital:** diversas propuestas se enfocan a la reorganización del terciarismo (2, 66, 78, 100), el freno a la apertura de más hospitales, sobre todo de tamaño reducido (8, 67), la concentración de determinados aspectos de la oferta como las guardias, tecnologías punta, facultades y escuelas de profesionales sanitarios y centros de investigación (9, 21), el desarrollo de sistemas multi-hospital para concentrar servicios centrales o coordinar compras (13, 92), evitar el fraccionamiento (y la compras redundantes) de los sistemas de información por comunidades autónomas (34) y el cierre de algunos servicios/idades (53). El panel consideró que el impacto presupuestario de buena parte de estas medidas era alto y sus posibles efectos adversos menores.
- **Políticas asistenciales y preventivas:** este agregado incluye actuaciones muy variadas orientadas a la reducción de actividades preventivas de escaso valor (3, 46), de pruebas diagnósticas que no modifican la toma de decisiones (19), mejoras de calidad asistencial para reducir complicaciones y efectos adversos (32, 36, 95, 108), incorporación de instrumentos clínicos de priorización (59), de identificación del uso inadecuado (64), de reducción de la variabilidad (60) y de limitación del esfuerzo terapéutico fútil (85, 91). El impacto presupuestario de la mayor parte de estas medidas fue valorado como relevante, aunque no en todos los casos.
- **Gestión de la demanda:** incluye medidas de priorización de la asistencia (4), implicación de los pacientes en sus propios cuidados (5, 89) y diversas propuestas de corresponsabilidad en la financiación (12, 27, 61, 81), así como medidas enfocadas a evitar duplicidades en pruebas, visitas u otros servicios (24, 94), reducir la utilización intensiva de algunos servicios como las urgencias hospitalarias y las derivaciones (45, 72, 73, 104), y un mayor empleo de las tecnologías de la información para gestionar la demanda (47). El impacto presupuestario de estas medidas se valoró entre alto y moderado. Los efectos adversos se consideraron menores, salvo para los copagos en atención primaria (81) y urgencias (72), que se valoraron como moderados.
- **Evaluación de tecnologías y medicamentos, e incorporación a la cartera de servicios:** incluye medidas de definición, priorización y financiación de la incorporación de tecnologías y medicamentos a la cartera de servicios del SNS en función de su efectividad y coste-efectividad (6, 41, 62, 74), su financiación exclusivamente en las indicaciones autorizadas (11), y la racionalización de los tratamientos de gran coste unitario y pequeños beneficios marginales (17) y de los tratamientos emergentes o de efectividad dudosa (112). El impacto se valoró entre alto y moderado, y los efectos adversos como menores.
- **Refuerzo del papel de la atención primaria y coordinación entre niveles asistenciales:** incluye tanto propuestas orientadas a incrementar el peso de la atención primaria en el sistema sanitario (7, 38, 39, 77, 82) como de coordinación de cuidados, información y prestaciones entre niveles asistenciales (14, 16, 22, 28) y entre profesionales (15). El impacto se consideró alto para el refuerzo del papel de filtro de la atención primaria (7) y para todas las medidas de coordinación de la atención, y los efectos adversos se estimaron mínimos.
- **Medidas sobre precios de los medicamentos y tecnologías:** este apartado incluye la mayor parte de las medidas gubernamentales sobre precios de los medicamentos, descuentos y márgenes farmacéuticos (10, 26, 37, 54, 55, 56, 57, 69, 83), cuyo impacto financiero se valora como importante, así como algunas otras enfocadas a incrementar la competencia en precios (71) o a cambiar los mecanismos para su fijación (87). Los efectos adversos se consideraron menores, salvo en algunas actuaciones sobre la cadena farmacéutica (37, 54) que se consideraron moderados.
- **Políticas de personal:** otro grupo de propuestas se enfoca a las políticas de personal, como el fomento de la exclusividad en el sector público (20), la mayor autonomía y responsabilidad profesional (29), cambios en la distribución porcentual de las plantillas entre sanitarios y no sanitarios (42), en la formación de grado y en la residencia (51, 79). También se propone descentralizar la contratación a nivel de centros (63), y combatir la endogamia y la falta de movilidad profesional (105), desfuncionarizar al personal (68), hacer más atractiva la carrera profesional en atención primaria (88), buscar vías para penalizar el absentismo (90) y reorientar los incentivos (93). El grupo no dio una alta prioridad a la medida gubernamental de reducción de los salarios (99), aunque sí la consideró de alto impacto presupuestario, de efectos inmediatos y fácil de implementar.
- **Estrategias y actuaciones de macrogestión y mesogestión:** se incluyen en este apartado algunas políticas destinadas a cambiar la cultura de la organización y la sociedad hacia estilos menos consumistas (23, 65, 98), medidas orientadas a incrementar la autonomía de gestión y la responsabilidad de las unidades clínicas (25, 48), para incrementar la capacidad ejecutiva del Consejo Interterritorial (30) o recuperar la función de autoridad sanitaria (70). También se incluyen medidas de desarrollo y difusión de análisis, e indicadores de productividad y costos, y la introducción de la competencia por comparación (40, 44, 75, 80), mantener la base territorial de los servicios sanitarios y asociarla a la financiación capitativa (58), desarrollar nuevas líneas de actividad para

Tabla 3
Prioridad e impacto presupuestario de las medidas mejor valoradas por el panel.

Orden	Descripción abreviada de los ítems	Prioridad global		Eficiencia/impacto	
		Mediana	P25-75	Mediana	P25-75
1	Controlar la corrupción y la partitocracia	8	7-8	8	7-8
2	Reorganización del terciarismo según volumen, resultados y costes	8	6-8	7	5-8,5
3	Replantear las actividades preventivas que no aportan valor	7,5	6,2-8	7	4,5-8
4	Priorización en urgencias, exploraciones, visitas, intervenciones, listas de espera. . .	7,5	5,2-8,7	7	7-8
5	Implicar pacientes en autocuidados	7,5	5,2-8	7	4-7,5
6	Definir la cartera de servicios en función de evidencias	7,5	6,2-8,7	6	6-8
7	Reforzar el papel de filtro de la atención primaria	7,5	6-8	6	5,5-8
8	No abrir más hospitales, sobre todo pequeños	7	6-8	8	5,5-8
9	Concentración/reducción de guardias, tecnologías, terciarismo; facultades, escuelas de enfermería y centros de investigación	7	5,5-8	8	7-8
10	Reducción márgenes farmacia en medicamentos de mayor precio	7	6-7,7	7	5-8
11	Financiar nuevos fármacos sólo en indicaciones aprobadas	7	6,2-8	7	5,5-8
12	Trasladar conciencia de coste vía copagos evitables	7	6-8	7	5,5-8
13	Sistemas multihospital que concentren servicios comunes	7	6-8	7	5-8
14	Gestión de prescripción en consulta externa, urgencias y al alta	7	6-8	7	5,5-8
15	Transferir funciones asistenciales a otros profesionales del equipo	7	6-8	7	5,5-8,5
16	Historia clínica compartida primaria/especializada	7	6-7	7	6-7
17	Limitar tratamientos de alto coste y bajo beneficio (uso compasivo)	7	5-8	7	6-8
18	Delimitar relaciones público-privadas (cooperación frente a promiscuidad)	7	6-7,7	7	6-7,5
19	Limitar pruebas diagnósticas que no modifiquen el tratamiento	7	7-7	7	6,5-8
20	Incrementar incentivos y exclusividad en el sector público	7	6,2-7,7	7	6,5-8
21	Racionalizar servicios abiertos las 24 horas	7	5,2-8	7	5-7,5
22	Protocolos primaria-especializada en farmacia	7	6-8	7	6,5-8
23	Políticas basadas en la necesidad (no en la demanda)	7	6-8	7	4,2-8
24	Reducir duplicidades en visitas por el mismo problema	7	4,2-8	7	4-8
25	Mayor autonomía de gestión de las unidades clínicas	7	5-7	7	5-7
26	Eliminación del plazo mínimo de 1 año para la revisión de precios de los medicamentos	7	5,2-7	6	4,5-8
27	Cambiar el copago actual a copagos evitables	7	6,2-8	6	3,5-7,7
28	Sistemas de información que permitan reducir pruebas duplicadas	7	6-7,7	6	6-7,5
29	Mayor autonomía y responsabilidad de los profesionales	7	6-8	6	4,5-8
30	Capacidad ejecutiva para el Consejo Interterritorial, crear un "NICE" y crear un observatorio de gestión	7	4-7,7	6	4,5-8
31	Evitar parasitismo del sector privado	7	4,2-7	5,5	4-7
32	Abordar brechas de calidad cotidianas: lavado manos, listados, comprobación quirúrgica. . .	7	3,2-7,7	5	3-7,5
33	Transparencia e información pública	7	3,7-8	5	3-7,5
34	Repensar sistemas de información diferentes para cada comunidad autónoma	7	4,5-7	5	4-8
35	Dar capacidad de elección (informada) a los ciudadanos	7	4-8	5	4-7

NICE: National Institute for Clinical Excellence.

Véase el Anexo para una descripción completa de los ítems tal y como los valoraron los panelistas.

las enfermedades crónicas (84) y algunas otras propuestas en temas variados de regulación o gestión que fueron menos valoradas por los panelistas (96, 97, 101, 103, 106, 107, 110, 111).

Sólo dos de las medidas adoptadas por el gobierno mediante los Reales Decretos-ley 4/2010 y 8/2010 se sitúan entre las 31 que el grupo valoró como más prioritarias (puntuación igual o superior a 7; tabla 4), ocupando la mayoría posiciones intermedias (medianas en torno a los 6 puntos). La reducción de los salarios y la dispensación en unidosis fueron las medidas gubernamentales menos apreciadas. En todo caso, y con excepción de la unidosis, el grupo valoró que la mayor parte de estas medidas tenían un

impacto presupuestario grande y temprano (sobre todo la reducción de los salarios), eran fáciles de implementar y, en general, con efectos adversos esperados de menor trascendencia.

Discusión

Las propuestas para mejorar la eficiencia y reducir el gasto innecesario en el SNS efectuadas por el panel se centraron, sobre todo, en reformas estructurales del SNS que afectan a su buen gobierno y transparencia, en la concentración de servicios y equipamientos de atención especializada, en la reducción de actividades asistenciales y preventivas de escaso valor, en la gestión de la demanda

Tabla 4
Prioridad e impacto presupuestario de las medidas adoptadas por el gobierno (Reales decretos-ley 4/2010 y 8/2010).

Orden	Descripción abreviada de los ítems	Prioridad global		Eficiencia/impacto	
		Mediana	P25-75	Mediana	P25-75
10	Reducción de los márgenes de las farmacias en los medicamentos de mayor precio	7	6-7,7	7	5-8
26	Eliminación del plazo mínimo de 1 año para la revisión de precios de los medicamentos	7	5,2-7	6	4,5-8
37	Reducción en un 7,5% del PVP de los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS	6,5	5-7	7	4-8
54	Deducción del 7,5% sobre el PVP en la facturación por las oficinas de farmacia de medicamentos bajo patente a cargo del SNS	6	5-7,7	7	5,5-7
55	Descuento del 7,5% en los precios de compra de los medicamentos bajo patente por los centros del SNS	6	5-7	7	5-7,5
56	Posibilidad de adquisición centralizada de medicamentos y productos por el SNS	6	6-7,7	7	5-8
57	Reducción del precio industrial de los genéricos en un 25%	6	5-7	7	5-7,5
69	Prohibición de descuentos a las oficinas de farmacia, con alguna excepción	6	5-8	6,5	4,2-7,7
83	Posibilidad de precios «seleccionados» para algunos medicamentos de uso común	6	4-7	5	3,5-6
99	Reducción del 5% en el salario de estatutarios y funcionarios	5	4,2-7,7	8	7-9
110	Autorizar la dispensación de unidosis para ajustar las unidades dispensadas a la duración del tratamiento	4,5	3-8	6	3,5-8,5

PVP: Precio de venta al público; SNS: Sistema Nacional de Salud.

Véase el Anexo para una descripción completa de los ítems tal y como los valoraron los panelistas.

(que puede incluir copagos, pero no como único elemento), en la gestión coste-efectiva de la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos, en el refuerzo del papel de la atención primaria y de la coordinación de la atención, en una importante reforma de las políticas de personal y en una serie de actuaciones reguladoras y de gestión. En términos generales, el impacto presupuestario de estas medidas se valora entre grande y moderado, aunque la efectividad de la mayoría se sitúa en el medio plazo y su factibilidad es intermedia.

Pese a su impacto presupuestario, factibilidad e inmediatez del efecto, el panel valoró como menos prioritarias que otras la mayoría de las actuaciones desarrolladas recientemente por el gobierno (y en algún caso, como la prescripción en unidosis, las puntuaciones fueron muy discretas en muchas de las dimensiones valoradas). No obstante, el impacto financiero de la mayor parte de las medidas legislativas se consideró elevado y con efectos a corto plazo, aspecto acorde con los objetivos de éstas. De hecho, el panel, más que valorar negativamente las medidas del gobierno, parece considerarlas insuficientes al no ir acompañadas de otras propuestas de reformas estructurales y no suponer una estrategia global de mejora de la eficiencia y de la sostenibilidad del sistema sanitario.

Dos documentos recientes formulaban también recomendaciones enfocadas a garantizar la «sostenibilidad» del SNS. El conocido como informe McKinsey¹¹ se centra en la imposición de copagos (en atención primaria, urgencias y medicamentos), la incorporación de tecnologías a la cartera de servicios en función de su coste-efectividad, incrementos en la autonomía de gestión de los centros y la publicación de indicadores de eficiencia y resultados de los centros sanitarios. La propuesta de Antares Consulting¹², por su parte, incorporaba aspectos de ordenación del terciarismo y desarrollo de los sistemas multihospital, mejoras de calidad para reducir efectos adversos, y mejoras en la prevención y promoción, copago farmacéutico, evaluación del coste-efectividad de las tecnologías, coordinación de la atención centrada en los pacientes crónicos, reformas de personal (incentivos, control del absentismo, incremento de la jornada laboral y de

la movilidad), publicación de indicadores, incremento de la autonomía de gestión, rediseño de procesos y desarrollo del espacio sociosanitario.

Aunque muchas de estas propuestas son comunes a las formuladas por el panel de expertos, también hay algunas diferencias importantes. Entre ellas cabe citar la alta prioridad otorgada por el panel de expertos a las medidas relacionadas con el buen gobierno y la transparencia del SNS, y las relativas al refuerzo del papel de la atención primaria, aspectos que no son comentados en los citados informes. Otras diferencias incluyen la apuesta por mantener la base territorial para la organización de los servicios sanitarios (aun asociándola al pago capitativo) y las estrategias para reducir servicios inadecuados. Se trata de aspectos trascendentes porque, aunque la presentación de los resultados en forma de ítems separados parece sugerir que las diversas propuestas pueden aplicarse separadamente manteniendo su valor, es probable que la aplicación de medidas aisladas que no respondan a una visión sistémica y no contradictoria no sean capaces de mejorar la eficiencia del SNS si no van acompañadas de otras como las referidas al buen gobierno (control de la corrupción, electoralismo y clientelismo político, conflictos de intereses), la transparencia o el refuerzo de la atención primaria.

Otros países, singularmente Reino Unido, igualmente están desarrollando procesos de reforma de sus sistemas públicos¹³ y también han producido documentos con propuestas de mejora de la eficiencia interna del sistema, muy centradas en la mejora de la productividad^{1,2}. Cabe señalar que muchas de estas propuestas de mejora de la productividad, incluyendo algunas de las formuladas en los documentos españoles^{11,12}, buscan reducir los costes unitarios de los servicios por la vía de incrementar el aprovechamiento de la capacidad productiva para aumentar el número de servicios prestados. Aunque se trata de una estrategia que en algún caso puede tener sentido, en la situación actual parece razonable valorar con mucha prudencia todas las medidas que supongan un incremento del gasto global, incluso (quizás sobre todo) si este incremento deriva de un mayor número de servicios con costes más bajos.

Entre las limitaciones de este trabajo hay que señalar, en primer lugar, las derivadas de la selección de los expertos. La metodología utilizada hace que los resultados respondan a las opiniones subjetivas de los expertos seleccionados, que a su vez dependen de su mayor o menor conocimiento del sistema sanitario en cada una de sus áreas y en su conjunto, sus posiciones ideológicas y sus propias ideas sobre cómo debería ser y funcionar el SNS. También hay que señalar la existencia de conflictos de intereses, ya que algunas medidas pueden favorecer o perjudicar a los sectores de donde provienen, sean la industria farmacéutica, los hospitales terciarios, la atención primaria o cualquier otro. Para minimizar estos problemas, los coordinadores intentamos seleccionar un grupo plural de personas con un buen conocimiento del SNS desde diversas perspectivas gestoras, analíticas o asistenciales, pero intentando evitar que fueran «representantes» de colectivos concretos (fueran éstos profesionales, políticos, de grupos de pacientes, académicos, de la industria o cualquier otro), un aspecto que puede tener sentido cuando se trata de negociar las medidas, pero no cuando se trata de generar ideas. Presumíamos que, en un panel de estas características, los posibles posicionamientos o intereses de algún panelista a favor o en contra de una propuesta concreta serían contrarrestados por las puntuaciones del resto de los panelistas, y en conjunto la valoración de las propuestas respondería al total del panel antes que al interés de uno u otro de sus miembros. La composición del panel también se vio afectada por la premura con que se convocó la reunión (imposibilidad de asistencia de algunos posibles panelistas) y por la necesidad de minimizar los gastos de desplazamiento considerando la ausencia de financiación específica (predominio de panelistas de Cataluña). En todo caso, hay que considerar que la marcada falta de expertos en algunas áreas, sobre todo en enfermería, hace previsible que hayan quedado sin identificar otras posibles propuestas, que algunas propuestas puedan tener relación con situaciones específicas o de especial relevancia en Cataluña y, sobre todo, que la composición del panel pueda influir, en mayor o menor medida, tanto en la identificación de medidas como en su priorización.

En segundo lugar, hay que considerar que la inclusión de las medidas gubernamentales entre las propuestas del panel fue forzada por el coordinador y no necesariamente habrían sido propuestas por los panelistas o en los términos en que fueron decretadas por el gobierno.

En tercer lugar, es importante señalar que el impacto positivo o negativo de muchas de las medidas propuestas (p. ej., los copagos) tiene relación con la medida y la forma en que se apliquen tales medidas, un aspecto imposible de definir con la dinámica grupal utilizada (centrada en la generación de ideas y evitando su discusión). Por tanto, las valoraciones del panel no implican que los panelistas recomienden cualquiera de las formas en que pudieran implantarse estas medidas.

El SNS, dadas las características de la actual crisis económica, parece tener por delante el periodo de desinversión más pronunciado y largo de su historia. Con porcentajes de gasto cercanos al 45% para las remuneraciones de personal y al 20% para los productos farmacéuticos⁵, estas áreas eran casi ineludibles si se pretendía una reducción inmediata del gasto sanitario público, pero es previsible que la desinversión continúe en formas muy variadas a medida que los déficit presupuestarios vayan calando en los diferentes centros de gasto. La pregunta a contestar es si el SNS podrá afrontar las amenazas financieras adoptando estrategias más inteligentes que las que han caracterizado a los últimos periodos de desinversión, o las que históricamente se han mostrado incapaces de contener el gasto sanitario¹⁴. No parece fácil. Algunas de las propuestas de los panelistas (y no sólo las referidas a copagos) pueden rastrearse durante casi 20 años hasta el llamado «Informe Abril Martorell»¹⁵, evidenciando que hay importantes barreras al cambio. De hecho, muchas de las estrategias actuales del SNS (planes especiales de reducción

de listas de espera, incentivos a los profesionales, incorporación de nuevas tecnologías y programas preventivos, ampliación de la oferta hospitalaria, construcción de nuevos –y emblemáticos– edificios, incrementos en el número de licenciados, etc.) provienen aún de una etapa de presupuestos expansivos. Y considerando los largos plazos que tradicionalmente muestra el sector sanitario entre la generación de políticas, su aplicación y la obtención de resultados, parece importante modificar cuanto antes el discurso de periodo expansivo para adaptarse a unos tiempos en que debe primar la mejora de la eficiencia interna.

Desde los responsables políticos de las diferentes administraciones sanitarias parece visualizarse la «crisis» como algo ajeno al sector, que implica problemas de sostenibilidad financiera, pero que no requiere a corto plazo un cambio sustancial de las políticas y la gestión sanitarias¹⁶. Se trata de aguardar, lo menos mojados posible, a que deje de llover para seguir por el mismo camino. La relevancia de las aportaciones del panel estriba en señalar que, más allá de las medidas «anticrisis» (sobre el sector sanitario, antes que del sector sanitario), puede haber una hoja de ruta con numerosas oportunidades para mejorar la eficiencia interna del SNS y dirigir los recursos disponibles hacia aquellas áreas en que puedan generar mayores beneficios en términos de salud y bienestar. Se trata de reformas estructurales factibles, con un impacto importante en la reducción del gasto (aunque menos inmediato que las medidas ya adoptadas por el gobierno) y escaso potencial de efectos adversos, que buscan desarrollar un SNS, más que sostenible, solvente¹⁷, y que, en todo caso, requieren el desarrollo de componentes de buen gobierno y transparencia¹⁸.

Contribuciones de autoría

J.J. Artells concibió la idea y preparó la reunión, incluyendo las invitaciones a los panelistas. S. Peiró preparó la pregunta, condujo la reunión, realizó los análisis y preparó el primer borrador del manuscrito. R. Meneu participó de forma relevante en todas estas fases. Todos los autores contribuyeron y acordaron la selección de panelistas, discutieron el manuscrito, contribuyeron de forma importante a su redacción y aprobaron la versión final remitida para su publicación.

Financiación

Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Conflicto de intereses

El panel de expertos fue organizado por el Institut d'Estudis de la Salut, dependiente del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, una entidad sin ánimo de lucro dependiente de Novartis España. Uno de los miembros del panel de expertos pertenecía a la citada Fundación y otro a Novartis Farmacéutica. Los participantes no recibieron ninguna remuneración por su participación en el panel.

Agradecimientos y descargos

El Institut d'Estudis de la Salut facilitó las instalaciones y los equipamientos para la reunión del panel. Montserrat Juan ayudó, y mucho, en la organización y el desarrollo del encuentro. Obviamente, los panelistas desarrollaron el trabajo esencial. Las opiniones expuestas para el conjunto del panel no coinciden necesariamente con las de cada uno de sus integrantes, las instituciones o las empresas en que trabajan o las instituciones organizadoras del panel.

Anexo 1.

Medidas propuestas y puntuaciones medianas de prioridad global, eficiencia/impacto presupuestario, factibilidad, tiempo hasta que la medida tenga impacto y posibilidad de efectos adversos (ordenadas por prioridad global, eficiencia y factibilidad)

Nº	Descripción ítem	Prioridad global	Eficiencia/impacto	Factibilidad	Tiempo	Efectos adversos
1	Convencernos de que no se puede mejorar la gestión sanitaria pública sin controlar la corrupción y la partitocracia	8	8	5	4	2
2	Contundente reorganización del terciarismo basada en evidencias sobre la relación entre volumen, resultados y costes	8	7	7	5	4
3	Replantear las actividades preventivas que no aportan valor añadido (chequeos, revisiones de empresa y otras), especialmente en la propia Administración	7,5	7	8	3	2
4	Gestión de la demanda, priorización según necesidades: urgencias, exploraciones, visitas, intervenciones. Priorización listas de espera, cartera de servicios	7,5	7	7	4	3
5	Implicar a los pacientes (sobre todo con enfermedades crónicas y hábitos no saludables) en los autocuidados	7,5	7	7	4	2
6	Definir la cartera de servicios «basada en la evidencia»	7,5	7	6	5,5	3
7	Reforzar el papel de la atención primaria como filtro de la especializada	7,5	7	6	3	3
8	No abrir más hospitales (sobre todo pequeños)	7	8	8	4	3
9	Concentración de la oferta: 1) módulos de guardia; 2) tecnologías punta; 3) concentración terciarismo; 4) reducir facultades de medicina y escuelas de enfermería; 5) reducir/concentrar los centros de investigación	7	8	7	4	3
10	Modificación de los márgenes de las farmacias, sobre todo reduciendo el margen en los de mayor precio (RDL 4/2010)	7	7	9	2	2
11	Financiar los fármacos nuevos sólo en las indicaciones aprobadas	7	7	8	3	2
12	Trasladar la conciencia de costes/gasto mediante copagos evitables (reembolsables)	7	7	8	4	2
13	Establecer sistemas multihospitalarios que concentren servicios comunes (anatomía patológica, laboratorio...)	7	7	8	3	2
14	Evitar la «barra libre» de farmacia en las consultas externas, las urgencias hospitalarias y al alta hospitalaria	7	7	8	3	2
15	Transferir funciones asistenciales de forma pactada y explícita a otros profesionales del equipo asistencial	7	7	7	4	2
16	Mejora de la eficiencia de gestión del paciente, incrementando la disponibilidad de la historia clínica compartida entre atención primaria y especializada	7	7	7	4	2
17	Racionar o «despriorizar» los tratamientos de gran coste unitario, pequeño beneficio, etc., y en definitiva «prohibir/limitar el uso compasivo»	7	7	7	3	3
18	Afrontar aquella habituación perversa que traduce la cooperación público-privada en promiscuidad público-privada y que de forma progresiva nos lleva a un SNS para pobres (p. ej., jefes de servicio públicos y privados)	7	7	7	3	2
19	Limitar la utilización azarosa de estrategias diagnósticas sin clara respuesta terapéutica asociada	7	7	7	3	2
20	Incrementar los incentivos económicos a la productividad y fomentar la exclusividad en el sector público	7	7	7	3	2
21	Racionalizar los dispositivos asistenciales abiertos las 24 horas	7	7	7	3	3
22	Protocolos unificados de atención primaria-hospitales para limitar la «barra libre» en farmacia hospitalaria	7	7	7	3	2
23	Aprovechar la crisis económica para «pasar» de la demanda a las necesidades	7	7	6,5	5,5	3
24	Eliminar la realización de las mismas visitas al mismo paciente para el mismo problema	7	7	6	3	2
25	Incrementar la autonomía de gestión de las unidades productivas. Descentralización de parte del presupuesto. Financiación de la inversión en función del ahorro. Capacidad de definir vacaciones/horario por unidades de productividad	7	7	6	5	3
26	Eliminación del plazo mínimo de 1 año tras su fijación para la revisión de precios de los medicamentos (RDL 4/2010)	7	6	9	3	3
27	Cambiar el actual copago: hacerlo evitable	7	6	7,5	3	2
28	Integración de los sistemas de información hospital-atención primaria con indicadores que permitan reducir la demanda de pruebas	7	6	7	5	2
29	Incluir mecanismos de autonomía de gestión profesional que permitan tomar mayor responsabilidad a los profesionales en la gestión de la demanda	7	6	7	5	2
30	Revisar la Ley General de Sanidad, con tres iniciativas: 1) dotar de funciones ejecutivas al Consejo Interterritorial del SNS; 2) crear un "NICE" o similar coordinando agencias de evaluación; 3) crear un observatorio de gestión que produzca datos públicos, sobre todo de resultados de diferentes modelos de gestión y financiación	7	6	5	5	2
31	Evitar que el sector privado actúe como parásito del sector público vía incentivación de pruebas diagnósticas inadecuadas, contratación a costes marginales, etc.	7	5,5	6,5	3	2,5
32	Publicitar y abordar las brechas de calidad cotidiana: lavado de manos, resistencias bacterianas, listados de comprobación quirúrgica, adecuación de la prescripción, indicaciones de cesárea...	7	5	7	6	2
33	Toda información clínica, económica y otras, generada con fondos públicos, debe ser transparente (salvo regulación específica en contra). Por defecto, toda la información es pública	7	5	7	4	2
34	Congelar las inversiones en el desarrollo de sistemas de información «vernáculos» (de cada comunidad autónoma) y elegir entre los existentes	7	5	7	3,5	3
35	Dar capacidad de elección (informada, con transparencia de resultados) a los ciudadanos	7	5	7	5	2
36	Incentivos para mejorar los resultados: no abonar el coste por recambio de prótesis (reintervención antes de 6 meses)	6,5	7	8	3	4

Nº	Descripción ítem	Prioridad global	Eficiencia/impacto	Factibilidad	Tiempo	Efectos adversos
37	Reducción en un 7,5% del precio de venta al público de los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS; 20% para absorbentes de incontinencia de orina (RDL 8/2010)	6,5	7	8	2	5
38	Incrementar el presupuesto efectivo de la atención primaria	6,5	7	7	5	3
39	Hacer política de servicios basada en la atención primaria para atender enfermedades crónicas y reducir hospitalizaciones	6,5	7	7	5	3
40	Análisis riguroso de productividad y costes a nivel de centros (mínimo por comunidades autónomas) con objetivos de mejora incluidos en contratos de financiación	6,5	7	7	5	2
41	Poner filtros reales a la introducción de nuevas tecnologías	6,5	7	6	5	4
42	Cambiar la estructura de estamentos profesionales del hospital: no contratar nuevos médicos/enfermeras e incrementar el personal administrativo y auxiliar	6,5	7	6	5	3
43	Evaluar las experiencias de externalización y privatización (no considerarlas positivas por definición)	6,5	6	8	3	2
44	Introducir competencia por comparación	6,5	6	7	4	2
45	Eliminar la utilización intensiva de recursos de urgencias por casos banales	6,5	6	7	4	3
46	Reorientar las estrategias de cribado poblacional hacia los segmentos con mayor efectividad contrastada	6,5	6	7	4	2
47	Potenciar la utilización de las tecnologías de la información y comunicación para todo tipo de gestión de la demanda incluyendo la sustitución de la visita cara a cara	6,5	6	7	5	4
48	Promover la responsabilidad diagnóstica de los servicios centrales frente al clínico (p. ej., servicios de radiología)	6,5	6	7	4	2
49	Aumentar la transparencia, pero reduciendo el volumen de control burocrático, sobre los «proveedores»	6,5	6	7	4	2
50	Plan de acciones específicas dirigidas a los profesionales frente a la incentivación del consumo, basada en una medicina basada en la evidencia manipulada, generada por la industria y los «expertos»	6,5	6	7	5	2,5
51	Cambiar la formación médica continuada: menos conocimientos y más habilidades, capacidades y actitudes	6,5	5,5	7	3,5	2,5
52	Accountability: dar cuenta al legislativo y publicitar la persistencia de bolsas críticas de variabilidad en la práctica médica	6,5	5	7	6	2
53	«Cerrar» servicios hospitalarios	6	8	6	4	3
54	RDL 8/2010: Deducción del 7,5% sobre el PVP en la facturación por las oficinas de farmacia de los medicamentos (no genéricos ni afectados por precios de referencia, con alguna excepción) que se dispensen con cargo a la prestación farmacéutica del SNS (aplicada a toda la cadena farmacéutica)	6	7	8	2	6
55	Descuento del 7,5% en los precios de compra de servicios de farmacia hospitalaria, centros de salud y otros centros del SNS, de los medicamentos (no genéricos ni afectados por precios de referencia, con alguna excepción). Si es medicamento huérfano, descuento de sólo el 4% (RDL 8/2010)	6	7	8	3	4
56	Establecer la posibilidad de adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios para el SNS (RDL 8/2010)	6	7	8	4	2
57	Reducción del precio industrial de los medicamentos genéricos en una cuantía media del 25% (RDL 4/2010)	6	7	8	3	3
58	Mantener la base territorial de la asistencia y financiarla capitativamente	6	7	8	3,5	3
59	En los procesos con instrumentos de priorización formal (p. ej., WOMAC) supervisar los flujos de pacientes a los beneficios	6	7	7	3	2
60	Implantar programas concretos de reducción de la variabilidad clínica comenzando por las enfermedades más frecuentes y soportados por financiación tipo <i>bonus/malus</i> . Igualmente para la calidad	6	7	7	5	3
61	Implantar una tasa universal para financiar el SNS modulada por renta, adherida al IRPF anual, con información comprensible sobre gasto sanitario y, si es posible, el perfil de gasto personal	6	7	7	4	3
62	Incorporar la «4 valla» en la cobertura de medicamentos y tecnologías por el SNS	6	7	7	5,5	3
63	Descentralizar la negociación colectiva de las condiciones de trabajo por centros	6	7	6	5	3
64	Incorporar a la gestión sanitaria/clínica un instrumento de valoración del uso inadecuado (instrumentos tipo HMO)	6	7	6	5	3
65	Cambiar el relato político-sanitario imperante, no medicalizar la vida cotidiana, no promover la «barra libre» en el uso de servicios sanitarios (evitar campañas tipo golpe de calor, y asegurar que en caso de catástrofe lleguen primero los médicos que los psicólogos)	6	7	6	5	2
66	Repensar tanto los hospitales muy pequeños como los demasiado grandes. No convertir los hospitales pequeños en «mini-yo»	6	7	6	4	3
67	Transformar los hospitales pequeños en centros sociosanitarios o de larga estancia. Sobre todo «cerrar» servicios de urgencia hospitalarios	6	7	5,5	5,5	5
68	Desfuncionarizar la relación entre profesionales y SNS	6	7	4	6	3
69	Prohibición de descuentos excepto «los descuentos por pronto pago o por volumen de compras, que realicen los distribuidores a las oficinas de farmacia hasta un máximo de un 5% para los medicamentos financiados con cargo al SNS, ampliable hasta un 10% en el caso de medicamentos genéricos, siempre que no se incentive la compra de un producto frente al de sus competidores y queden reflejados en la correspondiente factura» (RDL 4/2010)	6	6,5	8	2,5	2
70	Recuperar funciones de autoridad abandonadas (p. ej., saber quién prescribe qué a quién)	6	6,5	8	2,5	2,5
71	Liberalizar los precios de los medicamentos fuera de patente	6	6	8	4	3
72	Establecer filtros de atención reales en urgencias hospitalarias: lista de tarifas para problemas menores y no urgentes	6	6	7	5	6

Nº	Descripción ítem	Prioridad global	Eficiencia/impacto	Factibilidad	Tiempo	Efectos adversos
73	Penalizar las derivaciones «evitables» desde atención primaria (p. ej., pie diabético)	6	6	7	4	3
74	Los nuevos procedimientos diagnósticos o tratamientos deben venir «acompañados» de su presupuesto	6	6	7	5	3
75	Optimizar la gestión del paciente en el hospital con un sistema de indicadores/puntos (días sin que le hagan nada, domingos...)	6	6	7	4	3
76	Despolitizar los cargos de gestión sanitaria: más poder a los directores territoriales de los compradores ante alcaldes y proveedores sanitarios	6	6	7	4	2
77	Crear una relación real proveedor-cliente entre atención especializada y atención primaria	6	6	5,5	4	3
78	Hacer menos y más complejo (el proveedor debe priorizar lo más adecuado a su estructura)	6	6	4	6	3
79	Aplicar la troncalidad a los MIR	6	5,5	8	5	2,5
80	Poner en marcha un sistema de indicadores para reducir el volumen de pruebas duplicadas	6	5	7	3	2
81	Copago en los servicios de atención primaria en función de la frecuentación y la renta	6	5	7	4	4
82	Incrementar los recursos de atención primaria para realizar pruebas diagnósticas y evitar derivaciones a especializada	6	5	7	5	2
83	Posibilidad de precios «seleccionados» para algunos grupos de medicamentos de uso común y con muchos proveedores (RDL 4/2010)	6	5	7	3	4
84	Implantar programas de financiación de nuevas líneas de actividad para gestión de crónicas: telemedicina, atención domiciliaria. Desde programas piloto a utilización masiva; cambiar el modelo de financiación de actividades hospitalarias	6	5	7	6	2
85	Redefinir los procesos terminales, rediseñando las alternativas de prestaciones	6	5	7	4	3
86	Introducir la declaración de rentas provenientes de la industria por parte de los profesionales	6	5	7	2,5	2
87	Evitar que la política de reducciones arbitrarias de los precios de los medicamentos consolide la separación entre la autorización y el establecimiento de precios y la compra	6	5	6	5	2
88	Hacer más atractivas las carreras en atención primaria, intelectual, económica y socialmente (presupuestos más altos, primas para desfuncionizarse)	6	4,5	6	6	2
89	Invertir en prevención y educación en salud, incidiendo en mensajes de corresponsabilidad y utilización responsable	6	4	7	5	3
90	Estar de baja no ha de tener coste cero	5,5	7	7	3	3
91	Potenciar las comisiones de limitación de esfuerzo terapéutico/futilidad	5,5	7	7	4	3
92	Fusionar «empresas sanitarias» para reducir costes de transacción	5,5	6	7	5	5
93	Incentivos empresariales (en el sentido de orientados en la estrategia de la organización) a los profesionales para la innovación y la sustitución de tratamientos y pruebas diagnósticas «antiguos»	5,5	6	6,5	5	4
94	Eliminar la realización de las mismas pruebas diagnósticas al mismo paciente para la misma indicación	5,5	6	6	4,5	2
95	Hacer menos, pero más seguro: reducción de errores médicos y efectos adversos	5,5	6	6	5	2
96	No trasladar la falta de tesorería de la Administración a los hospitales	5,5	5	6	4	3
97	La eficiencia no es un tema de conocimiento sino de «actitudes»: hay que querer ser eficiente	5,5	5	5	6	2
98	Superar el discurso de los años 1980 de que la sanidad no sólo no es un coste sino que genera riqueza. Dirigir el estado del bienestar a otros sectores más generadores de riqueza	5,5	4,5	5	6	6
99	Reducción del salario de estatutarios y funcionarios (5% en promedio de masa salarial) y congelación futura (RDL 8/2010)	5	8	8	1	6
100	Definir mejor los niveles asistenciales (p. ej., no hacer cirugía ambulatoria en hospitales universitarios)	5	6	6,5	5	4
101	Extender el cribado de cáncer colorrectal	5	5	8	4	2
102	Accountability: evaluar de forma independiente el impacto de las políticas de ajuste fiscal	5	5	7	4	2
103	Vincular la Ley de Dependencia al entorno sanitario	5	5	6,5	6	3
104	Estandarización y racionalización del flujo de derivaciones de los usuarios	5	5	6	6	3
105	Combatir la endogamia, la falta de movilidad profesional, las nuevas barreras entre comunidades autónomas, y los «800» mercados médicos de España, «prohibiendo que un MIR se quede en su hospital, no contratando a nadie en su pueblo y premiando a la gente que se mueve»	5	5	3	5	2
106	Prescripción ambulatoria del SNS «sólo en manos de los médicos de atención primaria»	5	4	7	5	3
107	Incentivar los modelos de «gestión privada»	5	4	7	5	4
108	No abonar las muertes no esperadas y evitables	5	4	5	4	4
109	Racionalización y optimización de la relación entre médicos y visitantes	5	4	5	7	2
110	Autorizar la dispensación de unidades concretas (para los grupos de medicamentos y/o enfermedades que se determinen) con el fin de ajustar las unidades dispensadas a la duración del tratamiento (RDL 8/2010)	4,5	6	6	4	3
111	Introducir la sustituibilidad entre prestaciones del estado del bienestar: «subir la pensión en lugar de intoxicar con medicamentos», «mejorar la educación primaria en lugar de programas de niño sano»	4	5	6	5	5
112	Fijar en el presupuesto aquella tecnología sin efectividad clara o emergente, y derivar su racionalización al clínico (y si no sabe, que racione)	4	4	5	5	4

SNS: Sistema Nacional de Salud; RDL: Real Decreto-Ley; MIR: médico interno residente (en formación); HMO: Health Maintenance Organization; IRPF: impuesto sobre la renta de las personas físicas; WOMAC: escala de calidad de vida específica de cadera y rodilla; PVP: precio de venta al público; NICE: National Institute for Clinical Excellence. Las cifras muestran las medianas de puntuación. En las dimensiones «Prioridad global», «Eficiencia impacto» y «Factibilidad», las puntuaciones son mejores cuanto más cerca del 9, mientras que en las de «Tiempo» y «Efectos adversos» son mejores cuanto más cerca del 1.

Bibliografía

1. Ham C. Health in a cold climate. Developing and intelligent response to the financial challenges facing the NHS. London: The Nuffield Trust; 2009.
2. Appleby J, Ham C, Imison C, et al. Improving NHS productivity. More with the same not more of the same. London: King's Found; 2010.
3. Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 75, de 27 de marzo de 2010. [Consultado el 30/9/2010.] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/27/pdfs/BOE-A-2010-5030.pdf>.
4. Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Boletín Oficial del Estado núm. 126, de 24 de mayo de 2010. [Consultado el 30/9/2010.] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/24/pdfs/BOE-A-2010-8228.pdf>.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema Nacional de Salud de España. 2010. Madrid: Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social. [Consultado el 30/8/2010.] Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
6. Delbecq AL, Van de Ven A, Gustafson DH. Técnicas grupales para la planeación. México: Trillas; 1984.
7. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Publ Health.* 1972;62:337-42.
8. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1993.
9. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, et al. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health.* 1984;74:979-83.
10. Peiró S, Portella E. No todo es acuerdo en el consenso. Limitaciones de los métodos de consenso en los servicios de salud. *Gac Sanit.* 1993;7:294-300.
11. Beltrán A, Forn R, Garicano L, et al. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Madrid: McKinsey&Company y FEDEA; 2009. [Consultado el 20/12/2010.] Disponible en: http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf.
12. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, et al. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting; 2010. [Consultado el 20/12/2010.] Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/content/update/publicaciones/documentos/1306313081104045.pdf>.
13. Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS. London: The Stationery Office Limited; 2010. [Consultado el 14/12/2010.] Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/LiberatingtheNHS/index.htm>.
14. Moreno-Torres I, Puig-Junoy J, Raya JM. The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. *Eur J Health Econ.* 2010; Sep 1. [Epub ahead of print].
15. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.
16. Consejo Interterritorial del SNS. Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. 18 de marzo de 2010. [Consultado el 26/12/2010.] Disponible en: <http://www.elpais.com/elpaismedia/ultimahora/media/201003/18/sociedad/20100318elpepusoc.1.Pes.PDF.doc>.
17. Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su discapacidad y sostenibilidad. *Gac Sanit.* 2010;24: 254-8.
18. Ortún V, director. El buen gobierno sanitario. Barcelona: Springer Healthcare Communications; 2009.