

Barómetro para el Diagnóstico y Estudio de
Evolución del Sistema Sanitario Español

Elaborado por el CRES-UPF para la Fundación

BBVA

Guillem López Casasnovas , Universitat Pompeu Fabra y

CRES

Marc Saez Zafra

GRECS, Universitat de Girona y CRES

Con la colaboración de Pilar García. CRES-UPF

Barcelona

RESUMEN Y PROPOSITO

UNA VALORACION SOBRE LAS VALORACIONES DE EXPERTOS EN ECONOMIA DE LA SALUD ACERCA DEL DIAGNOSTICO DE SITUACION Y EVOLUCION DE LA POLITICA SANITARIA ESPAÑOLA

Guillem López Casanovas

Director del CRES. Universitat Pompeu Fabra

Las discusiones de política sanitaria son a veces tan apasionadas como carentes de fundamento teórico. La intersección de evidencia científica con opinión política genera a menudo espacios confusos, siendo difícil separar una de otra. Es por ello que puede tener sentido vehicular la opinión política de colectivos concretos para los que se supone cuentan éstos con valoración mejor fundada en los hechos, no de un modo quizás sistémico y completo, pero sí misceláneo y, en cualquier caso, globalmente, con una robustez mayor que para el conjunto de la población. La Asociación de Economía de la Salud es a nuestro juicio uno de dichos colectivos que por su especificidad puede juzgarse tiene una opinión más formada, fundamentada y quizás influyente en los propios foros de la política sanitaria. Se trata de una asociación formada por casi setecientas personas (para detalles ver la ficha técnica), con un antigüedad que alcanza ya los 25 años, aunque no es ésta general, naturalmente, para todos sus miembros,

bastante bien articulada, y con un acceso fácil que por la vía electrónica y de correo ordinario, que nos ha permitido contar con un centenar de respuestas al cuestionario ahora comentado. Por supuesto la validez es limitada al grupo, coyuntura y al sesgo de respuesta producido. Su contestación fue voluntaria, en el intervalo producido entre la última de las asambleas anuales de la sociedad y un mes posterior para la recogida sistemática de información solicitada.

Diseñamos el cuestionario con un doble objetivo. El primero era el de tener una información, de barómetro (sube/baja) sobre las percepciones de dichos expertos sobre la situación de nuestro sistema sanitario. La recurrencia en el tiempo de las opiniones de parte de dicho colectivo, que se avenga a futuro a responder dichas cuestiones, ha de permitir acercarnos al palpito de la evolución de nuestra realidad sanitaria, y así de la 'derivada parcial', de tendencia, de los cambios en la política sanitaria registrados. El segundo objetivo pretende obtener información más cualitativa aunque concisa sobre las percepciones que se tienen de un determinado ámbito de la economía de la salud a efectos de elaborar un diagnóstico más de detalle en contenido y potencialidad en la definición de nuevas políticas sanitarias. Dicha parte habrá de ser cambiante en el tiempo, acompañando estos documentos técnicos BBVA, y más atenta a los campos que más preocupan a los ciudadanos en la determinación de las políticas.

Las preguntas que constituyen nuestra primera parte, 'de barómetro' se recogen en el informe descriptivo. En cualquier caso, su definición previa fue sometida a la interpretación y comprensión de una decena de expertos a efectos de garantizar el alcance de cada una de las cuestiones formuladas y sus potenciales respuestas. La fijación de la valoración se establece numéricamente entre cero y diez.

Más allá de la estadística descriptiva contenida con detalle en el informe, se pasan a continuación a comentar lo que se destacan como algunos de los rasgos más importantes.

En conjunto las puntuaciones no discriminan en exceso, ni por la parte alta (puntuaciones que superen los siete puntos y medio) ni por la parte baja (sin respuestas con puntuaciones medias inferiores a 4,8). Ello por supuesto está en la naturaleza de las preguntas formuladas. Parece que en conjunto resulte difícil 'suspender' las cuestiones analizadas en el cuestionario.

- 1- La valoración general que se hace de la contribución de como repercute en la comunidad lo que acontece a nuestro sistema sanitario, en la clave de sus efectos sobre la cohesión social del país, resulta muy elevada (7,5) y relativamente concentrada en la apreciación de las respuestas, a la vista de su coeficiente de variación. Igualmente elevada es la puntuación que recibe la valoración de la calidad asistencial de nuestro sistema sanitario

- (7). En nuestra opinión, se trata en ambos casos de respuestas de 'resistencia' o 'reafirmación', que buscan el anclaje de las respuestas en términos mayormente ambiguos, como los de la cohesión social y la calidad asistencial, 'antes que', o 'a pesar que' luego se refieran algunas críticas importantes al funcionamiento del propio sistema.
- 2- Lo anterior, como comentamos, se acompaña a una relativamente baja valoración otorgada al fundamento científico, por escaso, que tiene la implantación de la política sanitaria en nuestro país (5,12), con un primer cuartil que le otorga un claro suspenso (4) y ello a pesar de la supuesta (6,15) contribución de la economía de la salud al 'buen hacer del sistema sanitario'. Igualmente se sitúa en la parte baja de las puntuaciones la escasa implicación de los médicos en una buena atención (el conocido 'burn out' de los profesionales). En ambos casos, el impacto en la calidad asistencial parece innegable.
- 3- En la valoración de la contribución neta al bienestar colectivo, destaca en negativo el papel otorgado al aseguramiento privado, que no alcanza el valor 5 (4,8), aunque en este caso con una elevada desviación típica, que refleja previsiblemente el carácter más conflictivo de dicha percepción. Esta depende posiblemente de cómo entienda cada cual el rol del aseguramiento privado en nuestro sistema de salud, hoy poco claro, fluctuante de lo complementario a lo substitutivo y en casos puramente

con rol 'alternativo'. A nuestro parecer, esta indefinición, achacable tanto más al político regulador que al propio sector asegurador, genera un déficit de percepción muy mal fundamentado en la realidad de los hechos (véase López y Sáez en Gaceta Sanitaria, de próxima publicación).

- 4- En la zona intermedia se sitúan las valoraciones sobre (i) la equidad del sistema sanitario (matizada ésta en los contenidos que a dicha equidad se les ha querido dar: capacidad versus disponibilidad de pago en financiación, y en utilización según necesidad técnicamente percibida por el lado del consumo) -6,38-, y sobre (ii) su eficiencia (general, productiva y asignativa) -6,27-.
- 5- Más sorprendente, y permisiva de mayor análisis, es la relativamente elevada puntuación otorgada a la descentralización sanitaria autonómica en su aportación a la mejora de nuestro sistema de salud. A pesar de una relativamente elevada varianza en la respuesta (2,19), que muestra el desacuerdo potencial en esta materia, su puntuación (6,19) la aproxima a un juicio globalmente positivo dada su influencia en la eficiencia del sistema y ello a pesar de lo comentado en cuanto a percepciones de equidad social e importancia del sistema de salud para el global de la cohesión social. Quizás por inesperada (las percepciones 'ex ante' la situaban a niveles subjetivos muy bajos), la anterior sea la respuesta más

remarcable de entre los hallazgos que permite esta primera fase de la encuesta.

- 6- Igualmente remarcable, aunque la sorpresa la valoremos más en negativo, es la relativamente baja (la expectativa en nuestro caso era de puntuación más elevada) percepción otorgada a la importancia de la integración de proveedores para la mejora asistencial (6,26, con una desviación típica de 1,68). La intuición de que la valoración sería aquí muy superior se fundamenta en la evidencia disponible y comentada en otras partes (López, Ortún, Puig y Sabés, Fundación BBVA DT- 2001) de que la integración (virtual) entre proveedores es superior en términos de resultados de salud, a la competencia horizontal en contextos por lo demás de mercados cautivos que limitan de este modo las virtualidades de la competencia.

Más adelante volveremos a comentar estos dos últimos apartados.

Sobre rasgos tales como la mejor calificación general otorgada por las mujeres y su menor dispersión, o por los economistas más que por profesionales sanitarios no tenemos clave de explicación alguna. Si quisiéramos argumentar algo más sobre la influencia estadística de la edad (menores de 41 años) en las respuestas, se observan diferencias estadísticamente significativas en (i) una visión más optimista sobre la

contribución de la economía de la salud a la buena praxis de la política sanitaria (6,62 versus 5,60 puntos), (ii) en un juicio menos negativo sobre el papel del aseguramiento privado (5,81 versus 4,76) y (iii) en la importancia de la integración de proveedores para la mejor asistencia (6,81 versus 5,76). También destaca el diferencial, aunque no estadísticamente significativo, en la valoración que recibe la descentralización sanitaria: 6,67 en los relativamente más jóvenes versus 6,0 para el resto.

Estos diferenciales en las respuestas se recogen bastante bien en la primera de las dimensiones del análisis de correspondencias múltiples, con mayores varianzas en las puntuaciones o medidas de discriminación sobre el primer eje factorial. Las preguntas afectadas con sesgo diferencial (la 7, 10, 8 y 4) y de la 9 para el segundo factor, tienen ciertamente como factor implícito significativo la edad, o dicho de otro modo al mayor optimismo con el que se ve con ojos nuevos las innovaciones producidas en nuestro sistema de salud (la contribución de la economía de la salud, la descentralización autonómica, la potencial fundamentación de políticas sanitarias basadas en la evidencia e incluso en la valoración del rol del aseguramiento privado; y quizás en el segundo factor la integración asistencial), frente a los más pesimistas para los que la experiencia les puede hacer descontar en negativo las potencialidades de algunas de dichas medidas ('vino viejo en odres nuevos' para algunos).

En lo que se refiere a la evolución temporal de nuestro barómetro (situaciones en las que ha empeorado, mejorado o permanece igual) de las respuestas se detecta:

- 1- El reconocimiento mayoritario (un 52,6% de los respondientes) del empeoramiento del clima de los médicos en los servicios sanitarios. Y por el lado de las mejoras, la situación de nuestra descentralización sanitaria autonómica, que hemos de entender viene influida dicha apreciación por la generalización en el 2002 de las transferencias a todas las CC.AA. y por la entrada en vigor en el 2003 de la Ley de Cohesión y Calidad. Un 40,8% de los encuestados parece valorar el cambio marginal como mejora, mientras que un 33,7% lo percibirían como igual. Dicha valoración es menor para los profesionales sanitarios (sólo un 36,2% lo perciben como mejora, 23,4% como empeoramiento), mientras que entre los economistas la percepción de mejora es del 61,1% y sólo un 16,7% es de empeoramiento).

- 2- Domina en cualquier caso en la mayoría de las respuestas la igualdad en el mantenimiento de las circunstancias anteriores (excepto en las mencionadas del clima profesional y en la descentralización sanitaria). Las cuestiones que menos cambio en un sentido u otro han registrado son las relativas a la aportación a la cohesión social de nuestro sistema

sanitario, la integración asistencial, la equidad y el rol del sector asegurador, con cifras en todo caso superiores al 60%.

- 3- Ha mejorado relativamente poco (sólo un 7,1% así lo valoran) la equidad de nuestro sistema de salud, aunque recuérdese se partía ya de niveles relativamente elevados.

- 4- Las diferencias en las opiniones en la evolución de las cuestiones del barómetro entre economistas y profesionales sanitarios es bastante importante. Así por ejemplo en la calificación que recibe la fundamentación de la política sanitaria: un 37,1% de los economistas cree que ha mejorado mientras que el 27,7% de los profesionales sanitarios cree que ha empeorado. En cuanto a la eficiencia general del sistema los economistas creen en un 37% que ha mejorado mientras que un 22% de los profesionales sanitarios piensa justamente lo contrario. En pautas similares, los economistas en un 33% creen que ha mejorado la calidad asistencial (un 22% tan sólo los profesionales sanitarios).

- 5- Finalmente, la cuestión relativa al clima profesional muestra un claro sesgo de edad: los mayores de 41 años piensan ha empeorado en un porcentaje del 52,6% mientras que los menores lo hacen tan sólo en un 25%. De modo similar en la valoración de la descentralización sanitaria: los menores de 41 valora en un 62% que la situación ha mejorado frente

al 40% para el conjunto de la muestra (con valoración claramente a la baja para los grupos de mayor edad).

La relación entre calificaciones de partida y evolución temporal muestra correlaciones positivas mayores para las cuestiones relativas a la eficiencia general, la contribución a la cohesión social de nuestro sistema sanitario y en los resultados de salud derivados de la integración asistencial de proveedores, no confirmándose que se mejoraba perceptiblemente más desde las situaciones peores.

En lo que se refiere al Análisis de correspondencias múltiples, la dimensión de mayor inercia (el 56% de la varianza total) tiene que ver con las cuestiones relativas a la eficiencia general del sistema, la calidad asistencial, la integración de proveedores y la valoración sobre la cohesión social derivada del sistema sanitario, predominando el peso de los que visualizan una mejora versus un empeoramiento, aunque sin que sea perceptible un factor subyacente explicativo. No obstante, del análisis de correspondencias se desprende que aquellos que trabajan en la administración pública tienden a evaluar una mejora en estas cuestiones respecto al año anterior, mientras que los que trabajan en centros sanitarios perciben un empeoramiento de las mismas.

Por último, en lo que atañe a las cuestiones más específicas (véase anexo al respecto) que han de resultar de interés para el diagnóstico de situación para la corrección en su caso de la política sanitaria actual destacan los siguientes resultados:

- 1- Se observa en general, a la vista del conjunto de las respuestas, un rango de apoyo amplio en favor de la mayoría de afirmaciones contenidas en los diferentes apartados del diagnóstico. Sólo una obtiene un apoyo medio de más de 7 puntos (la constatación de que la pobreza, y no la desigualdad en renta, resultan decisivas para la salud, con 7,2), y sólo una menos de 4 (la relativa a que las diferencias en la utilización de servicios sanitarios públicos de atención especializada son tan sólo consecuencia de diferencias en estados de salud de la población, con 2,37).

- 2- En prácticamente todos los casos, excepto quizás en la última de las afirmaciones comentadas antes, sobre desigualdades en utilización hospitalaria, para las que todas las respuestas parecen valorar bastante al unísono la existencia perversa de diferencias injustificables en el acceso a la atención especializada, y en particular en las respuestas de los profesionales sanitarios), existe una elevada desviación típica o desacuerdo en las valoraciones acerca de las afirmaciones contenidas en cada una de las cuestiones (sólo en un caso inferior a las dos unidades),

siendo la de mayor rango la percepción sobre el papel del sector público en la provisión socio-sanitaria. Cabe remarcar igualmente la elevada aceptación sobre la conveniencia 'de una vez por todas' de abolir MUFACE (6,8). En ambos casos, sin embargo, se observa un elevado nivel de desacuerdo interno (desviaciones típicas de 3,2 y 2,9 respectivamente).

- 3- Destaca cierta contradicción entre el elevado nivel de acuerdo (la mayor calificación) sobre la constatación de que la pobreza más que la desigualdad en renta importa para una política de salud (la evidencia publicada al respecto por Agnus Deaton 2003 en el *Journal of Economic Literature* son contundentes al respecto). Sin embargo, a la afirmación de que reducir la desigualdad en renta personal o territorial es el mejor antídoto para reducir las desigualdades en salud, el amplio acuerdo en puntuar elevadamente la afirmación (6,46 y 6,03, respectivamente) resulta en todo o en parte contradictoria con la anterior.

- 4- Se mantiene la percepción de que los recursos totales que España gasta en salud no está en consonancia con nuestro nivel de desarrollo, lo que objetivamente es una verdad a medias (sobre 10, el nivel de acuerdo con el anterior postulado es tan sólo del 4,33, aún con una elevada desviación típica, 2,85), aunque no sorprende vista la presión política mediática hoy existente al respecto. Más sorprendentemente resulta que se valore que

no parece justificada la aseveración del ligamen de la asignación territorial de recursos con la inversa del nivel socioeconómico de la zona (4,58 es la puntuación para la afirmación en positivo). Para las valoraciones sobre el nivel de recursos, estadísticamente resulta significativa la diferencia entre economistas y profesionales sanitarios (estos últimos al parecer más claramente proclives a la necesidad de aumentar el gasto privado que no los primeros que otorgan 6,12 al nivel de acuerdo sobre la concordancia entre recursos privados y nivel de desarrollo).

- 5- El resto de preguntas, además de las ya comentadas, recibieron puntuaciones superiores a 5, lo que podríamos considerar una intensidad media o de aprobación mínima. Sobresale, por inesperada, la aceptación acerca de la validez de la magnitud de las listas de espera como 'indicador de necesidad' de servicios sanitarios que 'conviene considerar en la definición de políticas sanitarias'. Sorprende la elevada aceptación media de la aseveración (6,03) y que ésta sea más elevada, en un punto, entre economistas que entre profesionales sanitarios.
- 6- También por colectivos se registra alguna diferencia (medio punto al menos) en el mayor empeño de los economistas respecto de los profesionales para apoyar el subministro de la asistencia sanitaria desde las CC.AA. aún a riesgo de la diversidad, de apoyo conjunto elevado en

cualquier caso (6,26), particularmente elevado entre economistas. En el favorecimiento de la integración asistencial substitutiva de la competencia en proveedores, aún a riesgo de pérdida de elección de usuarios (apoyo tenue de 5,8), los profesionales sanitarios sesgan al alza mientras que los economistas lo hacen a la baja, favoreciendo, al parecer, la supuesta mayor competencia entre proveedores.

- 7- El desacuerdo medio entre colectivos es particularmente elevado entre los menores de 41 años y los de 47 o más en prácticamente la mayoría de puntuaciones. Los más jóvenes son, a grandes rasgos, menos pro-públicos en el modo de entender la sanidad, más descentralizadores, menos 'integracionistas' y más favorables a la competencia -tanto en proveedores como en la no eliminación del esquema MUFACE-, más atentos a la calidad entendida como variaciones de prácticas, muchísimo más favorables al copago en el medicamento de pensionistas (6,95 frente a 5,35), algo más 'ingenuos' (menos percepción de aspectos operativos) sobre las disfuncionalidades prácticas del sistema sanitario, siempre respecto del grupo de más edad.
- 8- Los autores no esperábamos, en general, que las respuestas otorgasen un papel tan predominante al sector público en el ámbito socio sanitario (tanto en financiación como en prestación) con 6,57; un pronunciamiento tan decidido en favor de la abolición de MUFACE (6,8); una aceptación

tan elevada de la descentralización sanitaria autonómica, aún a riesgo de la diversidad, ya por mayor capacidad o esfuerzo fiscal (6,3; 6,2); esperábamos los autores más apoyo a la integración asistencial de proveedores y a la 'territorialización de los servicios, aún a riesgo de pérdida de la capacidad de elección del usuario' (5,8; 5,0, respectivamente); la consideración de las listas de espera en su cuantía como proxy de necesidad con objetivos asignativos (6,03) tal como hemos comentado, amén de ciertas contradicciones observadas en respuestas que combinan aseveraciones sobre pobreza y desigualdad.

9- Nos parecen a los autores más razonables las valoraciones que recogen una escasa aceptación de la propuesta de ignorar la existencia del sector sanitario privado a efectos de planificación pública (4,32), que las diferencias en calidad son más importantes que las cuantitativas que pueda recoger más o menos un catálogo territorial de prestaciones (6,45) y la buena aceptación del copago de medicamentos para pensionistas (6,21).

10-Finalmente, en lo que se refiere a las respuestas a cuestiones con contenidos abiertos, en cuanto a la primera opción de planteamiento de nuevas prestaciones, destacan los pronunciamientos a favor de las odontológicas. Siguen en segundo término o como segundas opciones las relacionadas con la dependencia y la atención mental y en muy escasa -y

sorprendente para los autores- medida, las relativas al cambio de sexo. En lo que atañe a la respuesta a la cuestión de qué servicios o prestaciones hoy suministrados debieran de excluirse, destaca, aunque con menor grado de convergencia en la precisión de los términos, la exclusión de financiación pública de los tratamientos y medicamentos no eficaces o no efectivos, sin mayor detalle, así como la exención del copago hoy existente para los pensionistas.

**Barómetro de Diagnóstico y estudio de
Evolución del Sistema Sanitario de la
Fundación BBVA**

- Informe descriptivo -

Características

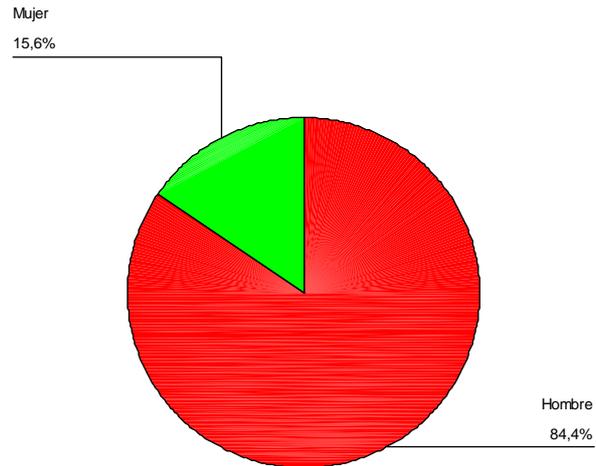
Ficha técnica

	AES ¹	Encuesta ²
Total (socios/encuestados)	679	99
Hombres	467 (68,8%)	81 (84,4%)
Mujeres	212 (31,2%)	15 (15,6%)
Edad media	41,4	45,73
Profesionales sanitarios	39,19%	48,5%
Economistas	38,73%	36,4%
Farmacéuticos	4,12%	7,1%
Otros	17,97%	8,1%

La encuesta fue contestada por 99 personas, 84,4% hombres (sobrerrepresentados respecto al porcentaje de socios hombres de la AES) y 15,6% mujeres (sub-representadas).

¹ Memoria de la Asociación de Economía de la Salud 2003

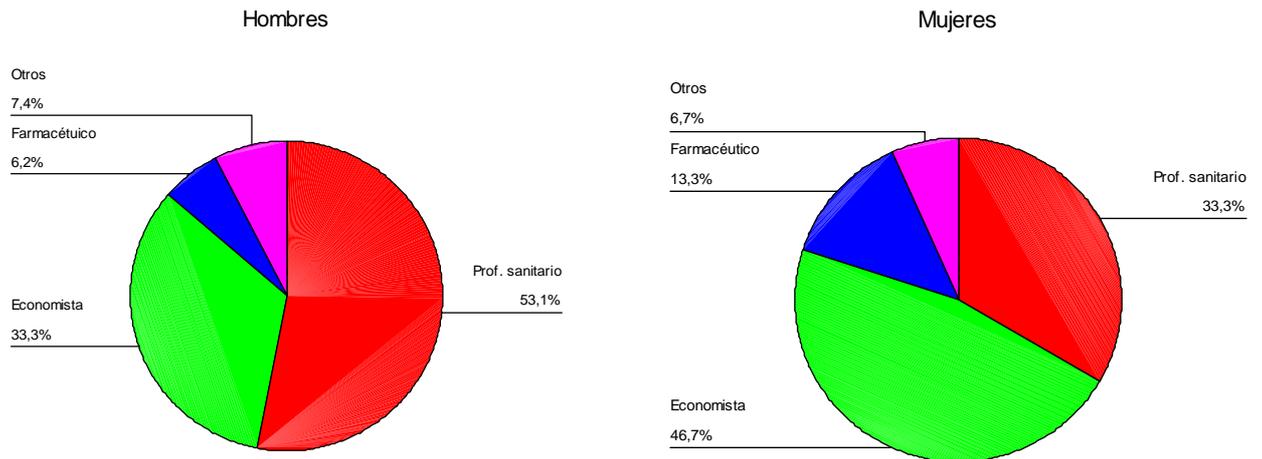
² Los porcentajes en el caso de la encuesta pudiesen no sumar 100% a causa de los datos faltantes.



La edad media de los encuestados fue de 45,73 años (46,26 años en el caso de los hombres y 43 años en el de las las mujeres), con una desviación típica igual a 8,25 años (8,04 en los hombres y 9,44 las mujeres)³. Como se desprende de la ficha técnica la edad media de los encuestados fue mayor que la de los socios del AES.

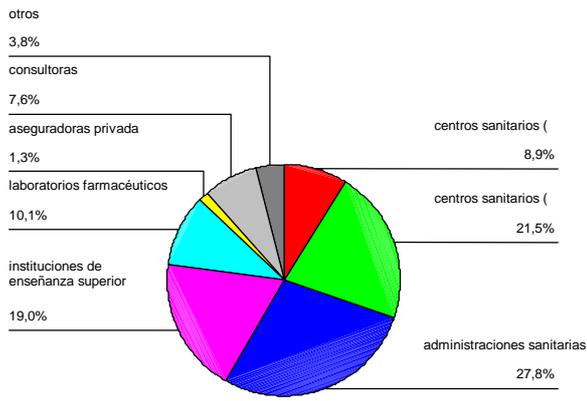
Un 48,5% de los encuestados era profesional sanitario (53,1% en el caso de los hombres y sólo un 33,3% en el de las mujeres), un 36,4% economista (un 46,7% en el caso de las mujeres), un 7,1% farmacéutico (un 13,3% en el caso de las mujeres) y un 8,1% tenía otras profesiones.

³ La edad mínima de los encuestados la presentó una mujer con 26 años y la máxima un hombre de 61 años.

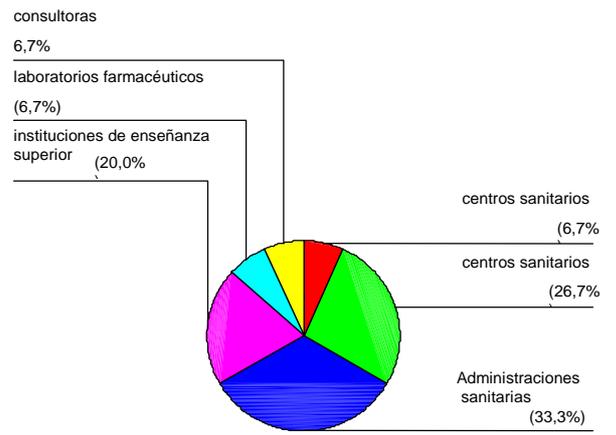


Un 30,2% de los encuestados trabajaba en un centro sanitario (21,9% en asistencia hospitalaria y un 8,3% en asistencia primaria); un 29,2% en administraciones sanitarias; un 18,8% en instituciones de enseñanza superior; 9,4% en laboratorios farmacéuticos y en empresas de material sanitario; un 8,3% en consultoras; un 1% en aseguradoras privadas y mutuas; y un 3,1% en otros lugares de trabajo. Salvo por lo que se refiere a las aseguradoras privadas y mutuas, la distribución de frecuencias por sexo fue bastante similar.

Hombres



Mujeres



Las cuestiones del barómetro

Las cuestiones del barómetro (calificaciones de 0 a 10) y evolución temporal

1. La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es (0 mínimo; 10 máximo): _____
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que al año pasado: ____

2. La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es: (0 mínimo; 10 máximo): _____
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que al año pasado: ____

3. Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario (0 mínimo; 10 máximo): _____
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: ____

4. El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo (0 mínimo; 10 máximo): _____
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: ____

5. La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es (0 mínimo; 10 máximo): _____
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: ____

6. La implicación (ganas, clima) de los médicos en la atención a los cuidados de salud es (0 mínimo; 10 máximo): _____
Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: ____

7. La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es (0 mínimo; 10 máximo): _____

Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: ____

8. Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en (0 mínimo; 10 máximo): _____

Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: ____

9. La integración de proveedores para la mejora asistencial se valora (0 mínimo; 10 máximo): _____

Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: ____

10. La descentralización sanitaria autonómica aporta a la mejora de nuestro sistema de salud (0 mínimo; 10 máximo): _____

Y ha mejorado (M), empeorado (E) o mantenido igual (I) que en el año pasado: ____

Cuestiones específicas para el diagnóstico:

1.- La provisión de los servicios socio-sanitarios (financiación y prestación) debe realizarse desde el sector público

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



2- En su opinión, ¿cuáles son las prestaciones sanitarias de nuevo cuño que deberían entrar en el paquete cubierto públicamente (máx. 5)?

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

3.- En su opinión, ¿cuáles son los servicios o prestaciones existentes que deberían excluirse del paquete de prestaciones cubiertas públicamente (máx. 5)?

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

4.- La asistencia sanitaria debe subministrarse desde las CC.AA. aun a riesgo de que resulte diversa la combinación entre prestaciones cubiertas y la capacidad de la propia CA. en su financiación

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



5.- La asistencia sanitaria debe subministrarse desde las CC.AA. aun a riesgo de que resulte diversa la combinación entre prestaciones cubiertas y el esfuerzo de la propia CA. en su financiación

Totalmente de acuerdo

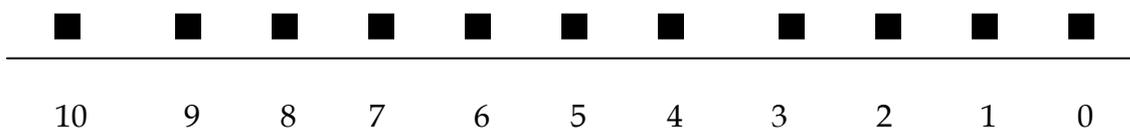
Totalmente en desacuerdo



6.- La competencia horizontal entre proveedores debe substituirse por una mayor integración de niveles aún a riesgo de pérdida de capacidad de elección del usuario

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



7- La asistencia sanitaria en una comarca o área de salud debe ser encargada a un único proveedor que actúe coordinadamente aún a riesgo de que los servicios pierdan competitividad

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



8- Las decisiones en materia de provisión sanitaria (financiación y asistencia) se deberían establecer como si el sector privado no existiera

Totalmente de acuerdo

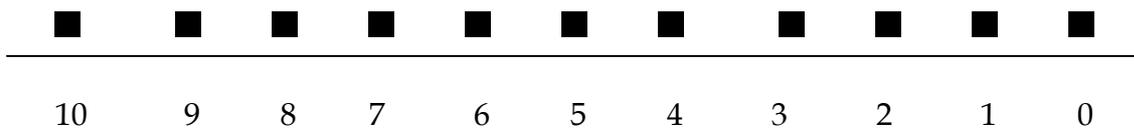
Totalmente en desacuerdo



9- Las diferencias en la calidad de las prestaciones debería de preocupar más que las diferencias territoriales en el catálogo de prestaciones

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



10.- Debe introducirse de una vez por todas alguna forma de copago en el medicamento de los pensionistas

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



11.- Las diferencias de utilización de servicios sanitarios públicos de atención hospitalaria son únicamente una consecuencia de diferencias en el estado de salud en la población

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



12.- Los recursos (gasto) que España dedica a la sanidad pública están en consonancia con los que corresponden con su nivel de desarrollo

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

13.- Los recursos (gasto) que España dedica a la sanidad privada están en consonancia con los que corresponden con su nivel de desarrollo

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



14.- En caso de incrementos futuros del gasto sanitario, la mejora salarial de los médicos debiera de ser prioritaria.

Totalmente de acuerdo

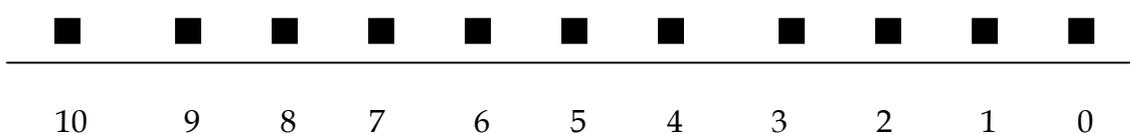
Totalmente en desacuerdo



15.- La magnitud de las listas de espera constituye un indicador de necesidad de servicios sanitarios que conviene que se considere en la definición de las políticas sanitarias

Totalmente de acuerdo

Totalmente en desacuerdo



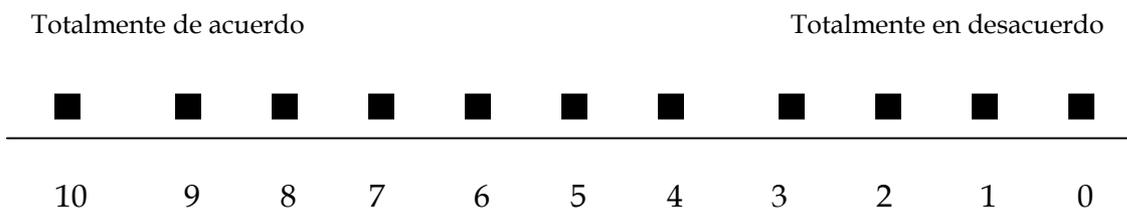
16.- La asignación territorial de recursos sanitarios debe estar, ceteris paribus, inversamente relacionada con el nivel socioeconómico medio de la zona

Totalmente de acuerdo

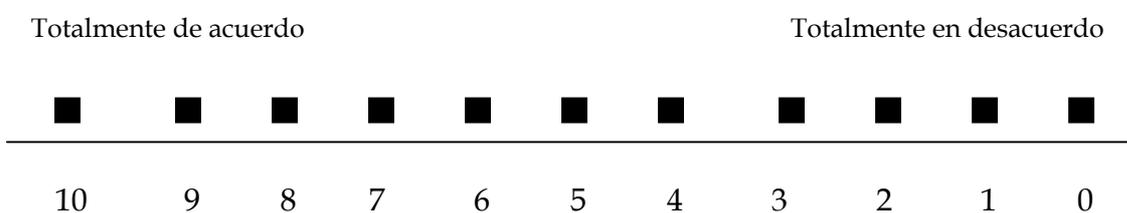
Totalmente en desacuerdo



17.- Reducir la desigualdad en renta personal es el mejor antídoto para reducir las desigualdades en salud



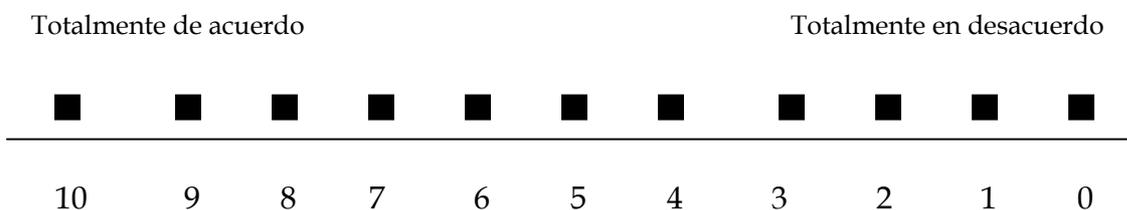
18.- Reducir las desigualdades de renta entre CC.AA. es el mejor antídoto para reducir las desigualdades territoriales en salud



19.- Es tiempo ya de abolir MUFACE



20.- La pobreza más que la desigualdad en renta importa para una política de salud



Características personales

Sexo: Hombre Mujer

Año de nacimiento:

Comunidad Autónoma:

Profesión:

- 1.- Médico
- 2.- Enfermera/o
- 3.- Economista
- 4.- Farmacéutico/a
- 5.- Abogado
- 6.- Otros:

Lugar de trabajo:

- 1.- Centros sanitarios (asistencia primaria)
- 2.- Centros sanitarios (asistencia hospitalaria)
- 3.- Administraciones sanitarias
- 4.- Administración Pública no sanitaria
- 5.- Instituciones de enseñanza superior (universidad, escuelas de salud, etc)
- 6.- Laboratorios farmacéuticos y empresas de material sanitario
- 7.- Aseguradoras privadas y mutuas
- 8.- Consultoras
- 9.- Otros:

Análisis de resultados

La cuestión con menor calificación fue la número 4 (4,8 sobre 10, con una desviación típica igual a 2,19).

4.- El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo (0 mínimo; 10 máximo)

La de mayor calificación fue la número 3 (7,51, desviación típica de 1,25).

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario (0 mínimo; 10 máximo)

El rango de calificaciones para el resto de cuestiones abarcó desde 5,12 para la cuestión 8 (desviación típica 1,88), hasta 6,97 para la cuestión 5 (desviación típica 1,23).

5.- La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es (0 mínimo; 10 máximo)

8.- Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en (0 mínimo; 10 máximo)

	Media	Desv.típica	Mediana	Q1 (25%)	Q3 (75%)
P3	7,51	1,25	8,00	7,00	8,00
P5	6,97	1,23	7,00	6,00	8,00

P2	6,38	1,62	7,00	5,00	8,00
P1	6,27	1,09	6,00	6,00	7,00
P9	6,26	1,68	6,00	5,00	8,00
P10	6,19	2,19	6,00	5,00	8,00
P7	6,15	1,80	6,00	5,00	8,00
P6	5,77	1,40	6,00	5,00	7,00
P8	5,12	1,88	5,00	4,00	6,00
P4	4,80	2,19	5,00	3,00	6,00

Además de la 3, la cuestión 5 casi obtuvo la calificación de notable.

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario (0 mínimo; 10 máximo)

5.- La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es (0 mínimo; 10 máximo)

Únicamente en las cuestiones 2, 4 y 7 las calificaciones presentaron una distribución simétrica.

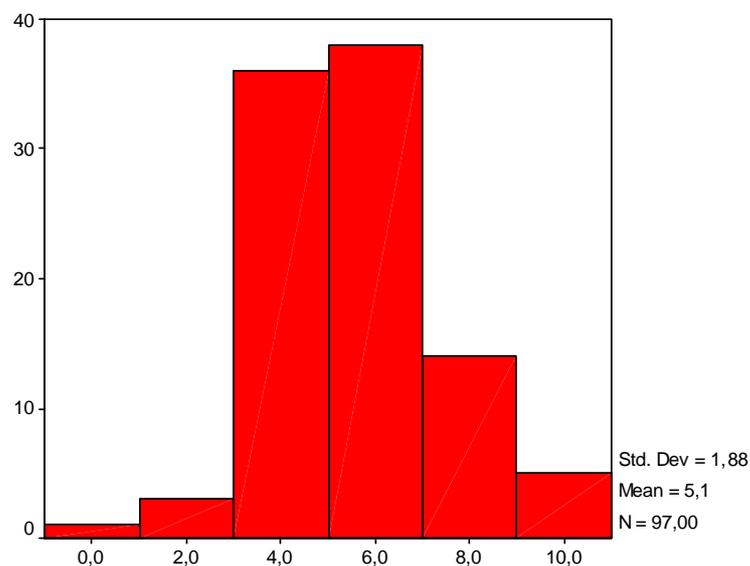
2.- La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es: (0 mínimo; 10 máximo)

4.- El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo (0 mínimo; 10 máximo)

7.- *La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es (0 mínimo; 10 máximo)*

La cuestión 8 fue la única que presentó una distribución de las calificaciones asimétrica a la izquierda, con mayor peso en aquellas por encima de su media (5,12, desviación típica igual a 1,88).

8.- *Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en (0 mínimo; 10 máximo)*



P8

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
P1	hombre	81	6,36	1,10	,12
	mujer	13	5,85	1,07	,30
P2	hombre	81	6,38	1,66	,18
	mujer	15	6,20	1,47	,38
P3	hombre	80	7,58	1,23	,14
	mujer	15	7,40	1,40	,36
P4*	hombre	81	4,59	2,28	,25
	mujer	15	5,67	1,50	,39
P5	hombre	81	6,91	1,24	,14
	mujer	15	7,37	,81	,21
P6	hombre	80	5,71	1,44	,16
	mujer	15	6,20	1,15	,30
P7*	hombre	81	6,01	1,87	,21
	mujer	15	6,93	1,39	,36
P8	hombre	79	5,08	1,92	,22
	mujer	15	5,40	1,88	,49
P9	hombre	80	6,19	1,76	,20
	mujer	15	6,47	1,36	,35
P10	hombre	81	6,05	2,25	,25
	mujer	15	6,80	1,97	,51

Nota: * Diferencia significativa al 5%

Salvo las cuestiones 1, 2 y 3, las mujeres proporcionaron una mayor calificación que los hombres.

1.- La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es

2.- La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es:

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

Sin embargo, en general no existieron diferencias por sexo (estadísticamente significativas). Se produjeron dos excepciones, la cuestión 4 a la que los

hombres calificaron con un 4,59 (con una desviación típica de 2,28) y las mujeres con 5,67 (desviación típica 1,50):

4.- El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo

y la cuestión 7 que, de nuevo, recibió menor calificación por parte de los hombres con 6,01 (desviación típica 1,87) y 6,93 las mujeres (desviación típica de 1,39):

7.- La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario

Así pues, en promedio las mujeres calificaron las cuestiones del barómetro sanitario, con una nota mayor que los hombres y con una dispersión menor.

Con la excepción de las cuestiones 3 y 9, los economistas calificaron con una nota mayor que los profesionales sanitarios.

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

9.- La integración de proveedores para la mejora asistencial se valora

Group Statistics

	Profesión	N	Mean	Std Deviation	Std. Error Mean
P1	Prof. sanitario	46	6,2	1,0	,15
	Economista	35	6,3	,94	,16
P2	Prof. sanitario	47	6,2	1,7	,26
	Economista	36	6,3	1,3	,23
P3	Prof. sanitario	47	7,6	1,2	,18
	Economista	35	7,4	1,4	,24
P4*	Prof. sanitario	47	4,3	2,3	,34
	Economista	36	5,5	1,7	,29
P5	Prof. sanitario	47	6,8	1,3	,20
	Economista	36	7,0	1,1	,19
P6*	Prof. sanitario	47	5,3	1,4	,21
	Economista	35	6,1	1,3	,22
P7	Prof. sanitario	47	6,1	1,6	,24
	Economista	36	6,3	2,0	,34
P8*	Prof. sanitario	46	4,8	1,7	,25
	Economista	35	5,5	1,9	,33
P9	Prof. sanitario	47	6,3	1,7	,25
	Economista	35	6,1	1,7	,30
P10*	Prof. sanitario	47	5,7	2,2	,32
	Economista	36	6,8	1,8	,31

Nota: * Diferencia significativa al 5%

Existieron diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones entre economistas y profesionales sanitarios en las cuestiones 4, 6, 8 y 10.

4.- El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo

6.- La implicación (ganas, clima) de los médicos en la atención a los cuidados de salud

8.- Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en

10.- La descentralización sanitaria autonómica aporta a la mejora de nuestro sistema de salud

Así pues, en promedio los economistas calificaron las cuestiones del barómetro sanitario, con una nota mayor que los profesionales sanitarios y (en general) con una dispersión menor.

Pregunta	Edad	n	Media	Desviación típica
P1	<41 años	20	6,25	0,85
	41-46 años	25	6,40	1,04
	47-51 años	17	6,24	1,56
	>51 años	20	6,30	0,98
P2	<41 años	21	6,52	1,54
	41-46 años	25	6,40	1,66
	47-51 años	18	6,11	1,75
	>51 años	20	6,65	1,60
P3	<41 años	21	7,33	1,39
	41-46 años	24	7,50	1,29
	47-51 años	18	7,67	1,19
	>51 años	20	7,90	1,29
P4*	<41 años	21	5,81	1,97
	41-46 años	25	4,76	1,85
	47-51 años	18	4,17	2,15
	>51 años	20	5,10	2,34
P5	<41 años	21	7,38	0,86
	41-46 años	25	6,92	1,04
	47-51 años	18	6,94	1,11
	>51 años	20	6,83	1,65
P6*	<41 años	20	6,20	1,06
	41-46 años	25	5,80	1,41
	47-51 años	18	5,56	1,15
	>51 años	20	5,90	1,55
P7*	<41 años	21	6,62	1,91
	41-46 años	25	5,60	1,76
	47-51 años	18	6,39	1,65
	>51 años	20	6,45	1,82

Pregunta	Edad	n	Media	Desviación típica
P8*	<41 años	21	5,62	2,06
	41-46 años	24	5,04	1,92
	47-51 años	18	3,94	1,47
	>51 años	19	5,68	1,57
P9*	<41 años	21	6,81	1,25
	41-46 años	25	5,76	1,71
	47-51 años	18	6,41	1,73
	>51 años	20	6,10	1,71
P10	<41 años	21	6,67	2,42
	41-46 años	25	6,04	1,90
	47-51 años	18	6,00	2,00
	>51 años	20	6,05	2,63

Nota: En negrita los valores máximos tanto en media como en desviación estándar de la pregunta

* Preguntas en las que existen diferencias estadísticamente significativas al 5% entre las calificaciones otorgadas por al menos dos grupos de edad

En primer lugar, la edad fue agrupada en cuartiles (<41 años, 41-46 años, 47-51 años, >51 años).

Con la excepción de las cuestiones 1 y 3, los menores de 41 años califican con una nota mayor que por los encuestados de 41 a 46 años.

1.- La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

Sin embargo únicamente existieron diferencias estadísticamente significativas entre las calificaciones de estos grupos de edad en las cuestiones 4, 7 y 9.

4.- El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo

7.- La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es

9.- La integración de proveedores para la mejora asistencial se valora

Así pues, en promedio los menores de 41 años calificaron las cuestiones del barómetro sanitario, con una nota mayor que los encuestados de 41 a 46 años, y, en general, con una dispersión menor.

Excepto la cuestión 3, nuevamente los menores de 41 años calificaron con una nota mayor que los encuestados de 47 a 51 años.

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

Sólo existieron diferencias estadísticamente significativas en las cuestiones 4, 6 y

8.

4.- El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo

6.- La implicación (ganas, clima) de los médicos en la atención a los cuidados de salud es

8.- Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en

De nuevo, los menores de 41 años (en promedio) calificaron las cuestiones del barómetro sanitario, con una nota mayor que los encuestados de 47 a 51 años, aunque, en general, con una dispersión mayor.

Los menores de 41 años califican con una nota mayor que los mayores de 51 años en, aproximadamente, la mitad de las cuestiones del barómetro sanitario.

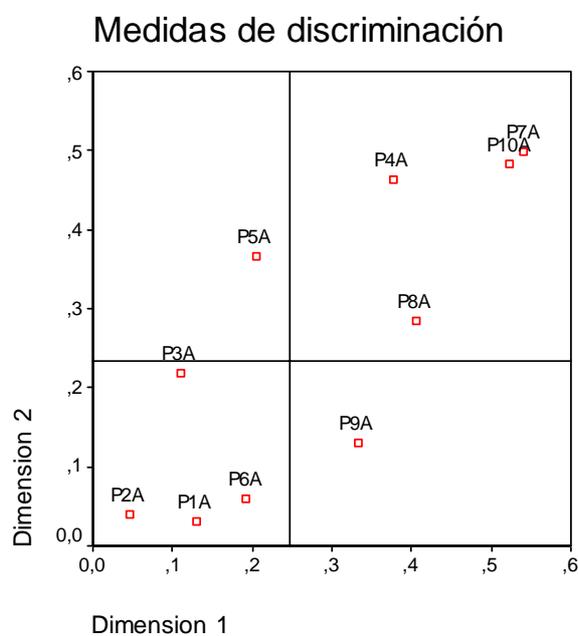
Sin embargo, en ningún caso resultaron las diferencias estadísticamente significativas.

Así pues, los menores de 41 años y los mayores de 51 calificaron con una nota mayor las cuestiones del barómetro, que el resto de grupos de edad.

Análisis de Correspondencias Múltiples

El análisis de correspondencias es una técnica descriptiva para representar tablas de contingencia, es decir, tablas donde se recogen las frecuencias de aparición de dos o más variables cualitativas en un conjunto de elementos. Constituye el equivalente de componentes principales y coordenadas principales para variables cualitativas.

Retuvimos los dos ejes factoriales, o dimensiones, con mayor inercia, es decir aquellos que recogiesen la mayor parte del total de información contenida en la muestra (el primer eje retuvo el 52,63% de la varianza total).



Las cuestiones 7, 10, 8, 4 y 9 fueron las que presentaron mayores varianzas o medidas de discriminación sobre el primer eje factorial (dimensión 1), con valores que oscilaron entre 0,377 y 0,541, contribuyendo, en conjunto, al 75,7% de la varianza total.

Las variables que más contribuyen a la formación del primer eje factorial son la cuestión 7, la 10, la 8 y, en menor medida, la 4, las cuales agrupan el 64,2% de las contribuciones absolutas al primer eje.

7.- La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es

10.- La descentralización sanitaria autonómica aporta a la mejora de nuestro sistema de salud

8.- Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en

4.- El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo

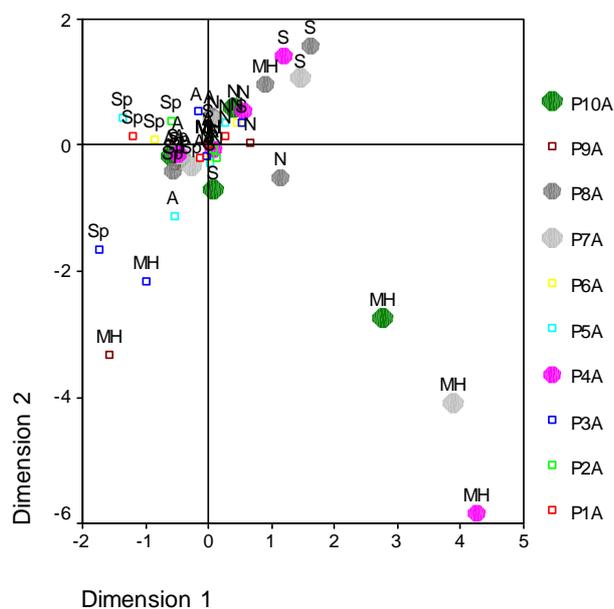
La cuestión 9 aporta el 11,5%:

9.- La integración de proveedores para la mejora asistencial se valora

	Media	Desv.típica	Mediana	Q1 (25%)	Q3 (75%)
P7	6,15	1,80	6,00	5,00	8,00

P10	6,19	2,19	6,00	5,00	8,00
P8	5,12	1,88	5,00	4,00	6,00
P4	4,80	2,19	5,00	3,00	6,00
P9	6,26	1,68	6,00	5,00	8,00

Plano factorial de las modalidades de las distintas variables



Hay cierta consistencia entre las cuestiones 7, 10, 8 y 4; en el sentido que hay encuestados que presentan unas buenas calificaciones en todas ellas (los que presentan coordenadas positivas mayores en el primer eje factorial) y otros que tienen, también en todas esas cuestiones, unas puntuaciones malas o regulares (los que tienen coordenadas negativas en el eje). Por tanto, este eje ordena los

encuestados según proporcionaron peor a mejor calificación en las cuatro cuestiones antes citadas.

Las varianzas o medidas de discriminación sobre el segundo eje factorial (dimensión 2) fueron más bajas que sobre el anterior. Destacan, las cuestiones del eje anterior 7, 10, 4, 5 y 8, si bien sus valores oscilaron ahora entre 0,285 y 0,498, su contribución a la varianza total fue mayor, el 81,4%.

En este caso, las cuestiones 7, la 10 y la 4, agrupan el 56,1% de las contribuciones a este eje.

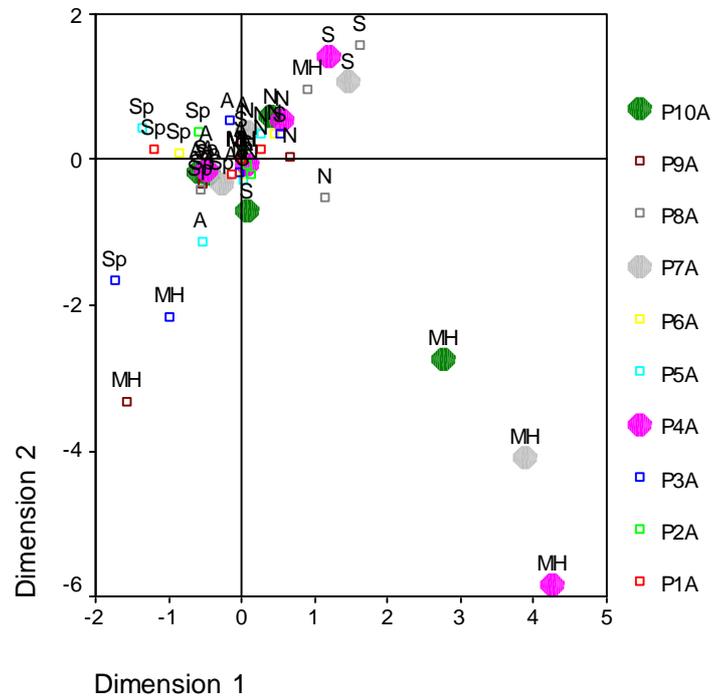
7.- La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es

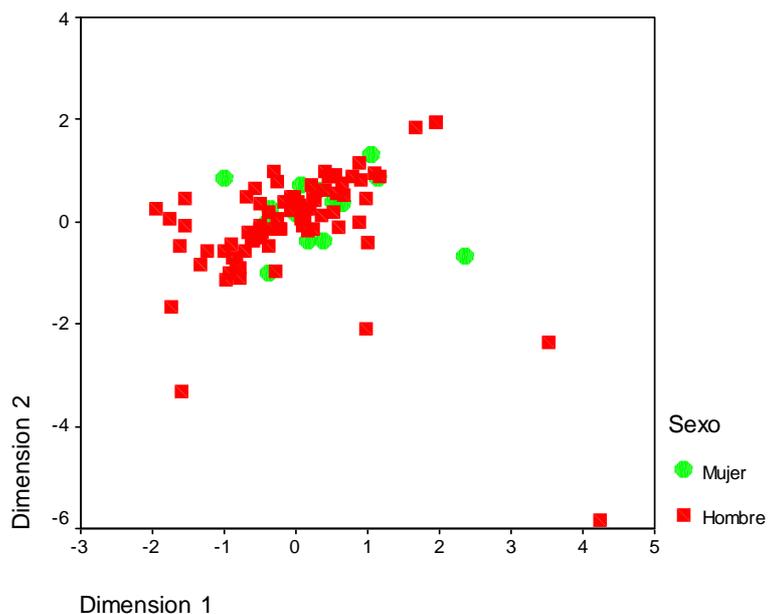
10.- La descentralización sanitaria autonómica aporta a la mejora de nuestro sistema de salud

4.- El sector asegurador privado sanitario contribuye al bienestar colectivo

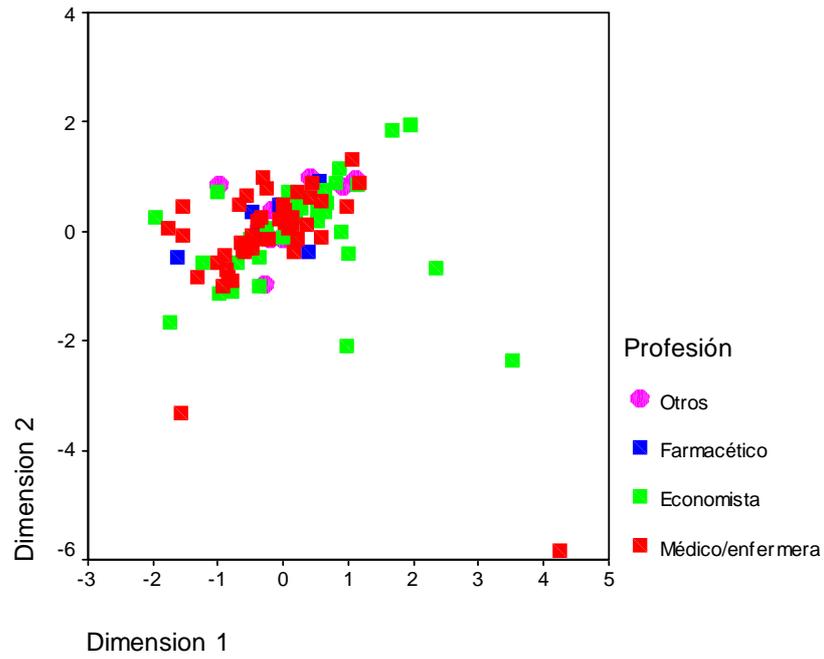
	Media	Desv.típica	Mediana	Q1 (25%)	Q3 (75%)
P7	6,15	1,80	6,00	5,00	8,00
P10	6,19	2,19	6,00	5,00	8,00
P4	4,80	2,19	5,00	3,00	6,00

Plano factorial de las modalidades de las distintas variables

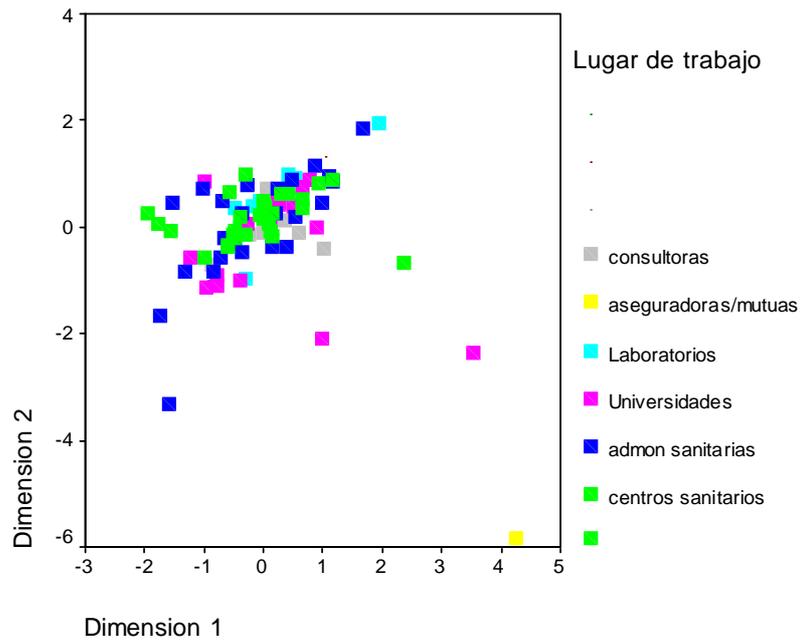




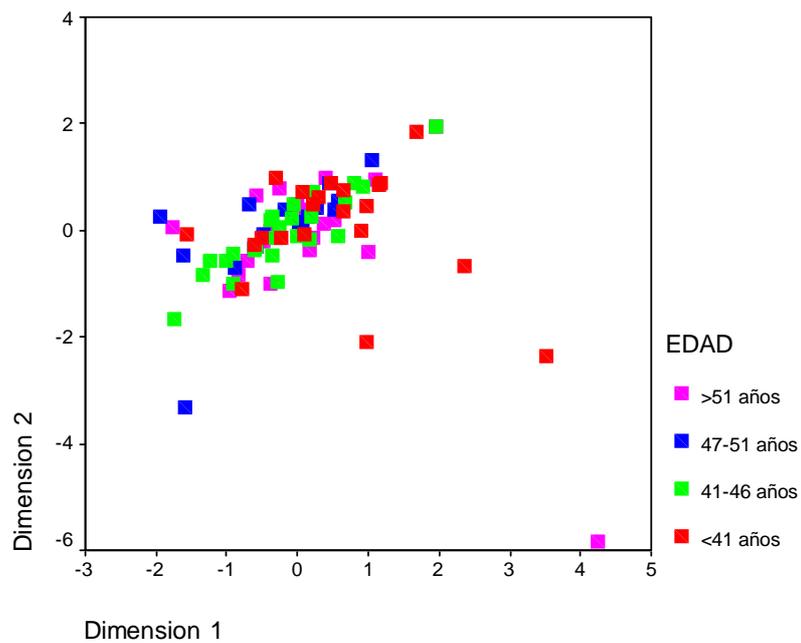
Respecto a las calificaciones, los hombres presentaron una conducta más homogénea que las mujeres. Así, calificaron de forma consistentemente alta, sobre todo, las cuestiones 4, 7 y 10, aunque fueron cuestiones en las que tal y como se ha visto anteriormente puntuaron de media las mujeres de forma más alta



Mientras los profesionales sanitarios calificaron de forma consistente (y con calificación alta) la cuestión 4, los economistas lo hicieron en las cuestiones 7, 10, 8 y 5.



Como era de esperar, la discriminación de las calificaciones de las cuestiones por el lugar de trabajo reprodujo la que se obtuvo por la profesión.



Nótese que los encuestados de mayor edad (> 51 años) son los que calificaron de forma más consistente la cuestión 4 y los de menor edad (< 41 años) las cuestiones 7, 10, 8 y 5.

Evolución temporal de las cuestiones del barómetro

Todos

	Empeoramiento ¹	Igualdad	Mejora
P6	52,6%	41,2%	6,2%
P2	28,6%	64,3%	7,1%
P10	25,5%	33,7%	40,8%
P3	21,4%	66,3%	12,2%
P1	20,8%	53,1%	26,0%
P8	18,6%	59,8%	21,6%
P5	15,5%	56,7%	27,8%
P4	11,2%	63,3%	25,5%
P7	9,2%	56,1%	34,7%
P9	6,2%	67,0%	26,8%

¹ En orden descendiente

Según los encuestados la cuestión que más ha empeorado (desde el año pasado) fue la número 6.

6.- La implicación (ganas, clima) de los médicos en la atención a los cuidados de salud

La que menos ha empeorado fue la número 9.

9.- La integración de proveedores para la mejora asistencial se valora

Finalmente, la que más ha mejorado fue la número 10.

10.- La descentralización sanitaria autonómica aporta a la mejora de nuestro sistema de salud

Hombres

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P6	50,6%	41,8%	7,6%
P2	28,8%	62,5%	8,8%
P10	27,5%	35,0%	37,5%
P3	23,8%	63,8%	12,5%
P1	23,8%	51,3%	25,0%
P8	21,5%	55,7%	22,8%
P5	16,5%	59,5%	24,1%
P4	11,1%	61,7%	27,2%
P7	8,6%	59,3%	32,1%
P9	7,6%	68,4%	24,1%

¹ En orden descendiente

El orden fue casi idéntico en el caso de los hombres.

Mujeres

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P6	60,0%	40,0%	
P2	33,3%	66,7%	
P10	13,3%	33,3%	53,3%
P3	13,3%	86,7%	
P4	14,3%	71,4%	14,3%
P7	7,1%	42,9%	50,0%
P8	6,7%	73,3%	20,0%
P5	6,7%	40,0%	53,3%
P1		69,2%	30,8%
P9		66,7%	33,3%

¹ En orden descendiente

Como se observa el orden varió mucho en el caso de las mujeres: las cuestiones 5, 8 y, sobre todo, la 1, según las mujeres, han empeorado mucho menos.

1.- *La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es*

5.- *La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es*

8.- *Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en*

Profesional sanitario

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P6	63,8%	31,9%	4,3%
P2	36,2%	59,6%	4,3%
P8	27,7%	59,6%	12,8%
P10	23,4%	40,4%	36,2%
P3	22,9%	68,8%	8,3%
P1	21,7%	63,0%	15,2%
P4	14,9%	66,0%	19,1%
P5	13,0%	65,2%	21,7%
P9	8,5%	70,2%	21,3%
P7	6,4%	66,0%	27,7%

¹ En orden descendiente

En opinión de los profesionales sanitarios la cuestión 8 ha empeorado más que para el conjunto de los entrevistados (pasa de la posición 6 a la 3). Asimismo, la cuestión 9 ha mejorado un poco menos (pasa de la posición 10 a la 9).

Economistas

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P6	40,0%	51,4%	8,6%
P1	17,1%	45,7%	37,1%
P2	16,7%	75,0%	8,3%
P10	16,7%	22,2%	61,1%

P5	13,9%	52,6%	33,3%
P7	13,9%	38,9%	47,2%
P3	11,4%	71,4%	17,1%
P8	8,6%	54,3%	37,1%
P9	5,7%	62,9%	31,4%
P4	5,6%	72,2%	22,2%

¹ En orden descendiente

Como se puede observar existen bastantes diferencias en las opiniones sobre la evolución temporal de las cuestiones del barómetro entre los economistas y los profesionales sanitarios.

En particular, la cuestión 8 (8,6% de los economistas cree que ha empeorado vs. 27,7% de los profesionales sanitarios; 37,1% de los economistas cree que ha mejorado vs. 12,8% de los profesionales sanitarios).

8.- Califica la elaboración e implantación de la política sanitaria vista su fundamento basado en la evidencia en

Un 37,1% de los economistas creen que ha mejorado la cuestión 1 vs. un 15,2% de los profesionales sanitarios.

1.- La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es

Un 33,3% de los economistas creen que ha mejorado la cuestión 5 vs. un 21,7% de los profesionales sanitarios.

5.- La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es

En la cuestión 7, un 47,2% de los economistas creen que ha mejorado (y un 13,9% que ha empeorado) vs. un 27,7% en los profesionales sanitarios (6,4% ha empeorado).

7.- La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es

< 41 años

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P6	25,0%	65,0%	10,0%
P10	19,0%	19,0%	61,9%
P8	14,3%	61,9%	23,8%
P4	14,3%	57,1%	26,6%
P7	14,3%	38,1%	47,6%
P1	10,0%	65,0%	25,0%
P2	9,5%	81,0%	9,5%
P9	4,8%	66,7%	28,6%
P3		81,0%	19,0%
P5		71,4%	28,6%

¹ En orden descendiente

Respecto al promedio, los menores de 41 años difieren en la valoración de la cuestión 6 (creen que ha empeorado un 25,0% vs. 52,6% en promedio)

6.- La implicación (ganas, clima) de los médicos en la atención a los cuidados de salud es

La cuestión 2 (creen que ha empeorado un 9,5% vs. 28,6% en promedio; que ha mejorado un 9,5% vs. 7,1% en promedio).

2.- La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es:

La cuestión 3 (creen que ha mejorado un 19,0% vs. 12,2% en promedio).

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

Y, en menor medida, la cuestión 7 (creen que ha empeorado un 14,3% mejorado un 9,2%; que ha mejorado un 47,6% vs. 34,7% en promedio).

7.- La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es

41-46 años

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P6	56,0%	36,0%	8,0%
P2	37,5%	58,3%	4,2%
P8	33,3%	45,8%	20,8%
P10	28,0%	32,0%	40,0%
P3	25,0%	62,5%	12,5%
P1	20,0%	56,0%	24,0%
P5	16,7%	50,0%	33,3%
P7	12,5%	58,3%	29,2%
P4	8,3%	62,5%	29,2%
P9	4,0%	76,0%	20,0%

¹ En orden descendiente

Respecto al grupo de edad de los menores de 41 años, los encuestados de 41 a 46 años, calificaron diferenciadamente la cuestión 2 (empeorado un 37,5%; mejorado 4,2% vs. 9,5% empeorado y 9,5% mejorado en menores de 41 años).

2.- La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es:

La cuestión 3 (mejorado 12,5% vs. 19,0% mejorado en menores de 41 años).

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

Y la cuestión 1 (empeorado 20,0%; mejorado 24,0% vs. 10,0% empeorado y 25,0% mejorado en menores de 41 años).

1.- La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es

47-51 años

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P6	58,8%	41,2%	
P1	29,4%	41,2%	29,4%
P10	23,5%	58,8%	17,6%
P8	22,2%	61,1%	16,7%
P3	22,2%	66,7%	11,1%
P5	17,6%	58,8%	23,5%

P2	16,7%	77,8%	5,6%
P4	16,7%	72,2%	11,1%
P9	11,8%	52,9%	35,3%
P7	11,1%	61,1%	27,8%

¹En orden descendiente

El grupo de edad de 47-51 años y el de los menores de 41 años difieren en la cuestión 1 (29,4% empeorado, 29,4% mejorado vs. 10,0% empeorado, 25,0% mejorado en menores de 41 años)

1.- La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es

En la cuestión 3 (22,2% mejorado vs. 19,0% mejorado en menores de 41 años)

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

En la 5 (23,5% mejorado vs. 28,6% mejorado en menores de 41 años)

5.- La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es

Y en la 2 (16,7% empeorado, 11,1% mejorado vs. 9,5% empeorado, 9,5% mejorado en menores de 41 años)

2.- La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es:

> 51 años

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P6	55,0%	35,0%	10,0%
P2	45,0%	45,0%	10,0%
P3	25,0%	70,0%	5,0%
P10	25,0%	30,0%	45,0%
P1	21,1%	52,6%	26,3%
P5	20,0%	60,0%	20,0%
P8	10,5%	57,9%	31,6%
P4	10,0%	65,0%	25,0%
P7		70,0%	30,0%
P9	5,3%	68,4%	26,3%

¹ En orden descendiente

Respecto al grupo de edad de los menores de 41 años, los encuestados mayores de 51 años, calificaron diferenciadamente la cuestión 2 (empeorado un 45,0%; mejorado 10,0% vs. 9,5% empeorado y 9,5% mejorado en menores de 41 años).

2.- La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es:

La cuestión 3 (mejorado 5% vs. 19,0% mejorado en menores de 41 años).

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

La cuestión 1 (empeorado 21,1%; mejorado 26,3% vs. 10,0% empeorado y 25,0% mejorado en menores de 41 años).

1.- La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es

Y la 5 (20,0% mejorado vs. 28,6% mejorado en menores de 41 años)

5.- La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es

Relación entre las calificaciones y la evolución temporal de las cuestiones del barómetro

Las calificaciones de las cuestiones 1, 3 y 9 no estuvieron relacionadas (de forma estadísticamente significativa) con la opinión sobre su evolución temporal.

1.- La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es

Calificación: 6,27 (desviación típica 1,09); 26,0% creen que ha mejorado (20,8% empeorado)

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

Calificación: 7,51 (desviación típica 1,25); 22,2% creen que ha mejorado (21,4% empeorado)

9.- La integración de proveedores para la mejora asistencial se valora

Calificación: 6,26 (desviación típica 1,09); 26,8% creen que ha mejorado (6,2% empeorado)

En el resto de cuestiones, las correlaciones (de Spearman) entre sus calificaciones y la opinión sobre su evolución temporal se mueven en un rango entre 0,235 (la cuestión 5) y 0,537 (la cuestión 10).

5.- *La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es*

10.- *La descentralización sanitaria autonómica aporta a la mejora de nuestro sistema de salud*

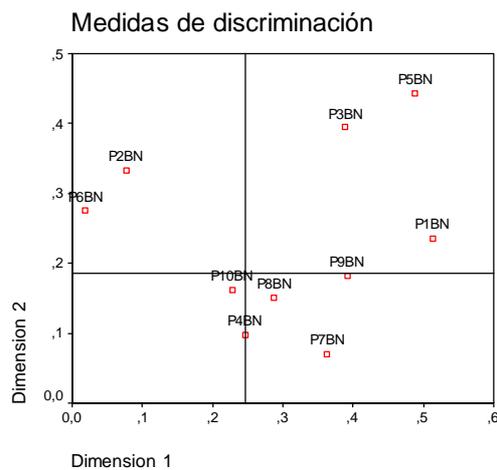
Correlaciones de Spearman entre la evolución temporal de las preguntas del barómetro y los niveles.

Pregunta	Correlación
La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español	0,170**
La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida	0,397*
La cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario	0,096
El sector asegurador privado contribuye al bienestar colectivo	0,255*
La calidad asistencial de nuestro sistema de salud	0,238*
La implicación (ganas, clima) de los médicos en la atención a los ciudadanos en salud	0,376*
La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario	0,507*
La elaboración e implantación de la política sanitaria visto su fundamento basado en la evidencia	0,410*
La integración de proveedores para la mejora asistencial	0,186**
La descentralización sanitaria autonómica aporta a la mejora de nuestro sistema de salud	0,531*

Nota: * Significativas al 5%; ** Significativas al 10%

Análisis de Correspondencias Múltiples

Se retuvieron también las dos dimensiones, con mayor inercia (el primer eje retuvo el 56,15% de la varianza total).



Las cuestiones 1, 5, 9, 3 y 7 fueron las que presentaron mayores varianzas o medidas de discriminación sobre el primer eje factorial (dimensión 1), con valores que oscilaron entre 0,363 y 0,513, contribuyendo el 71,5% de la varianza total.

Las variables que más contribuyen a la formación del primer eje factorial fueron la cuestión 1, la 5, la 9 y la 3, las cuales agrupan el 51,4% de las contribuciones absolutas al primer eje.

1.- *La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es*

5.- *La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es*

9.- *La integración de proveedores para la mejora asistencial se valora*

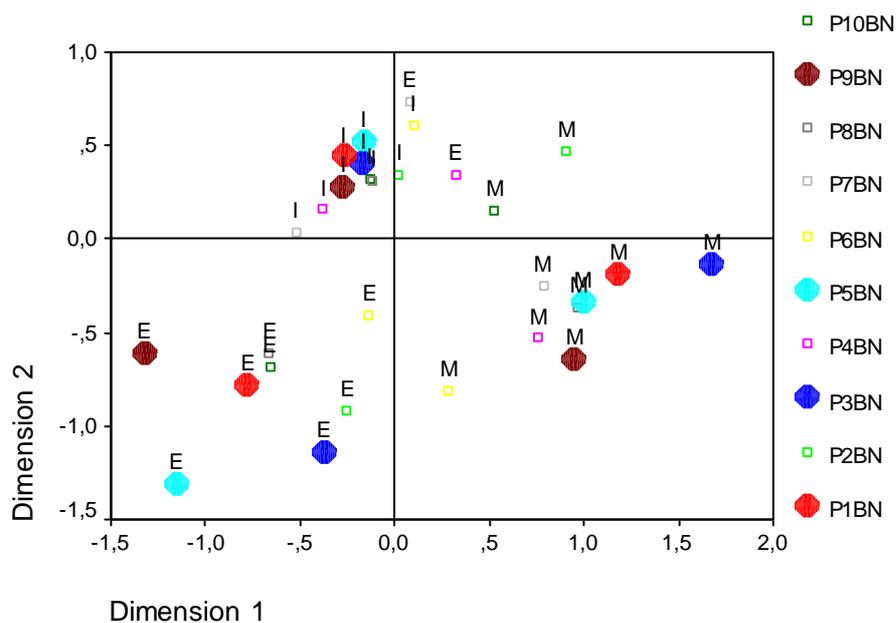
3.- *Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario*

La 7 contribuyó un 13% más.

7.- *La contribución de la economía de la salud al buen hacer del sistema sanitario es*

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P1	20,8%	53,1%	26,0%
P5	15,5%	56,7%	27,8%
P9	6,2%	67,0%	26,8%
P3	21,4%	66,3%	12,2%
P7	9,2%	56,1%	34,7%

Plano factorial de las modalidades de las distintas variables



Las varianzas o medidas de discriminación sobre el segundo eje factorial fueron más bajas que sobre el anterior. Destacan, las cuestiones 5, 3, 2, 6 y 1, con valores que oscilaron entre 0,236 y 0,443; contribuyendo el 71,2% a la varianza total.

En este caso, las variables que más contribuyeron fueron la cuestión 5, la 3 y la 2 (49,6% de la contribución total)

5.- La calidad asistencial de nuestro sistema de salud es

3.- Valore la cohesión social a la que contribuye el sistema sanitario

2.- *La equidad del sistema sanitario español, en lo relativo a financiación según capacidad de pago y utilización según necesidad técnicamente percibida es:*

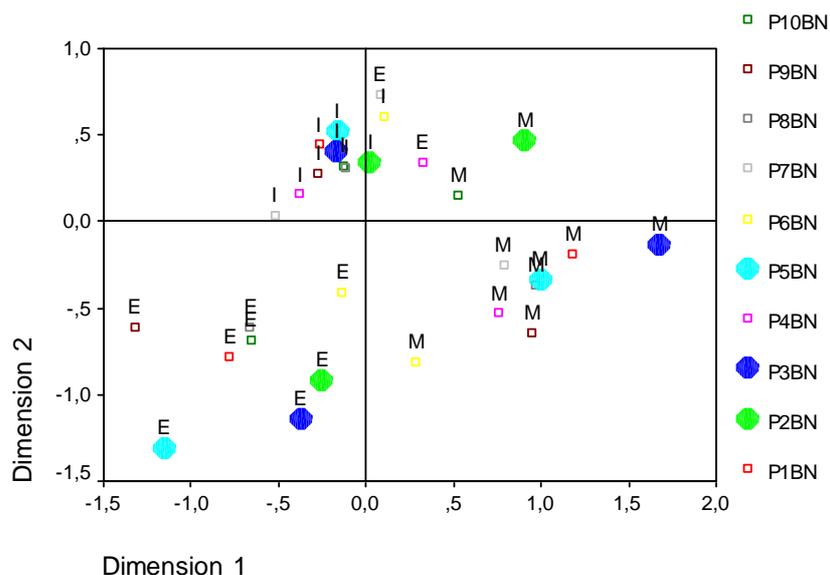
La 6 (11,7%) y la 1 (9,9%) también intervinieron en menor medida en la formación de este eje.

6.- *La implicación (ganas, clima) de los médicos en la atención a los cuidados de salud es*

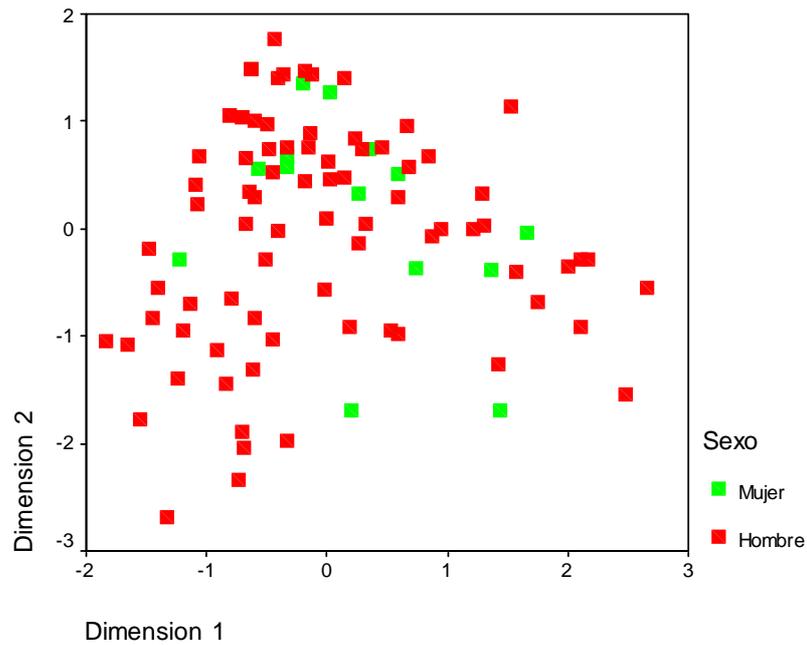
1.- *La eficiencia general (productiva y asignativa) del sistema sanitario español es*

	Empeoramiento¹	Igualdad	Mejora
P5	15,5%	56,7%	27,8%
P3	21,4%	66,3%	12,2%
P2	28,6%	64,3%	7,1%
P6	52,6%	41,2%	6,2%
P1	20,8%	53,1%	26,0%

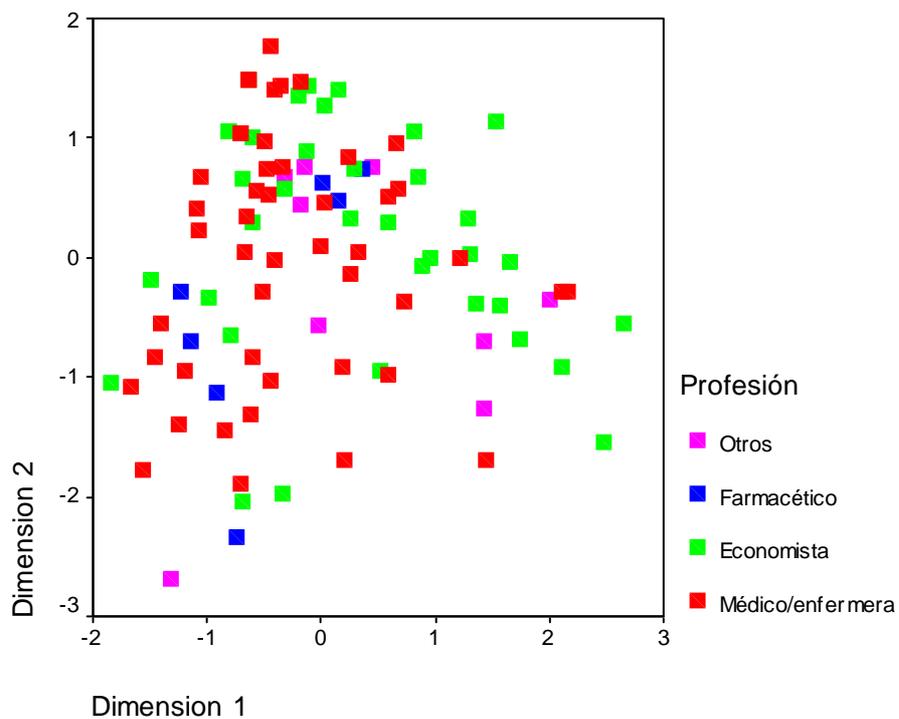
Plano factorial de las modalidades de las distintas variables



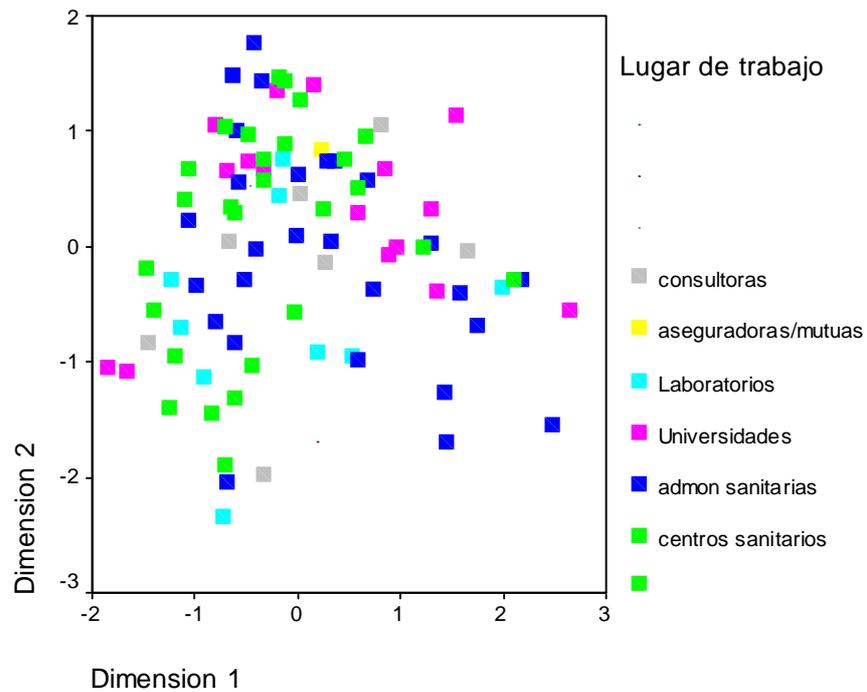
La interpretación en este caso es bastante más sencilla. En el cuadrante IV (valores negativos de la dimensión 1 y positivos de la dimensión 2) se sitúan aquellos entrevistados que contestaron, consistentemente en las cuestiones señaladas, que se han mantenido igual respecto al año pasado. En el cuadrante III (valores negativos de ambos ejes) los que creyeron que ha empeorado; y los del cuadrante II (valores positivos de la dimensión 1 y negativos de la dimensión 2) los que creyeron que han mejorado.



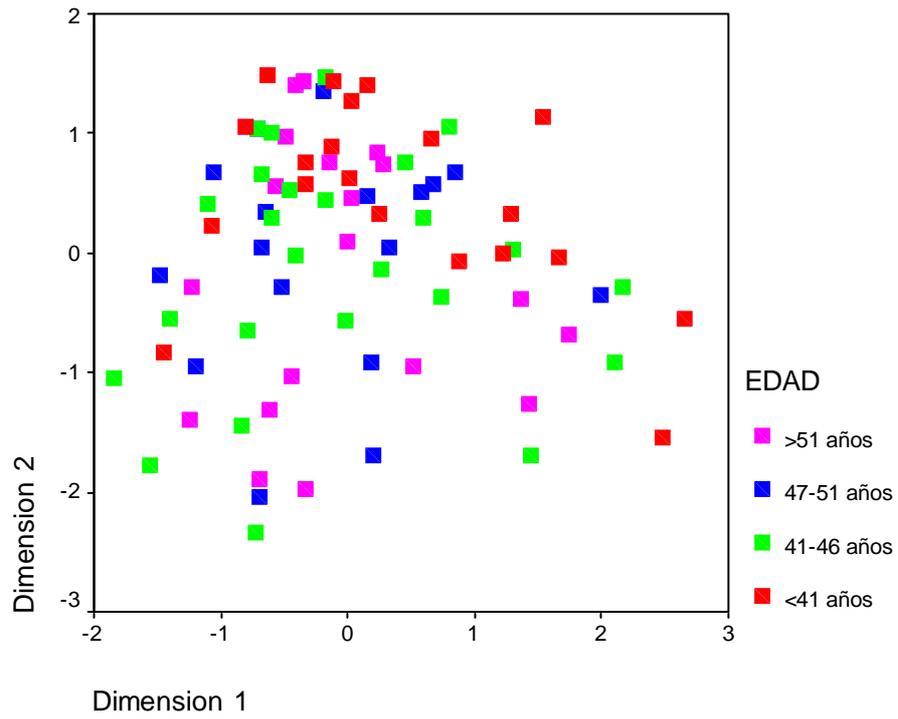
Las mujeres creen (consistentemente) que las cuestiones señaladas más arriba han mejorado.



No parece existir una profesión que haya contestado de forma más consistente que otra.



Los que trabajan en centros sanitarios respondieron (de forma consistente) que han empeorado las cuestiones repetidamente señaladas; y los que trabajan en la administración que han mejorado.



No parece existir una diferencia por grupo de edad.

Cuestiones específicas para el diagnóstico

	Media	Desv.típica	Mediana	Q1 (25%)	Q3 (75%)
P20	7,188	2,139	7,00	6,00	8,75
P19	6,802	2,871	7,00	5,00	9,75
P1	6,574	2,788	7,00	5,0	9,00
P17	6,464	2,437	7,00	5,00	8,00
P9	6,448	2,475	7,00	5,00	8,00
P4	6,260	2,451	7,00	5,00	8,00
P5	6,211	2,401	7,00	5,00	8,00
P10	6,208	3,260	7,00	4,00	9,00
P18	6,031	2,224	6,00	5,00	8,00
P15	6,031	2,528	6,50	4,00	8,00
P6	5,806	2,423	6,00	4,00	8,00
P13	5,500	2,402	6,00	4,00	7,00
P14	5,543	2,294	6,00	4,00	7,00
P7	5,046	2,620	5,00	3,00	7,00
P16	4,577	2,491	5,00	3,00	6,25
P12	4,333	2,849	4,00	2,00	7,00
P8	4,320	3,187	3,00	2,00	7,00
P11	2,375	1,779	2,00	1,00	3,00

La cuestión con menor calificación fue la número 11 (2,375 sobre 10, con una desviación típica igual a 1,779).

11.- Las diferencias de utilización de servicios sanitarios públicos de atención hospitalaria son únicamente una consecuencia de diferencias en el estado de salud en la población

La de mayor calificación fue la número 20 (7,188, desviación típica de 2,139).

20.- La pobreza más que la desigualdad en renta importa para una política de salud

El rango de calificaciones para el resto de cuestiones abarcó desde 4,320 para la cuestión 8 (desviación típica 3,187), hasta 6,802 para la cuestión 19 (desviación típica 2,871).

8- Las decisiones en materia de provisión sanitaria (financiación y asistencia) se deberían establecer como si el sector privado no existiera

19.- Es tiempo ya de abolir MUFACE

Las cuestiones 11, 8, 12 y 16 recibieron una puntuación menor que 5.

11.- Las diferencias de utilización de servicios sanitarios públicos de atención hospitalaria son únicamente una consecuencia de diferencias en el estado de salud en la población

8- Las decisiones en materia de provisión sanitaria (financiación y asistencia) se deberían establecer como si el sector privado no existiera

12.- *Los recursos (gasto) que España dedica a la sanidad pública están en consonancia con los que corresponden con su nivel de desarrollo*

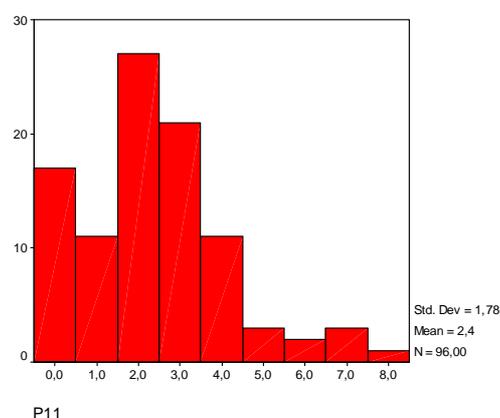
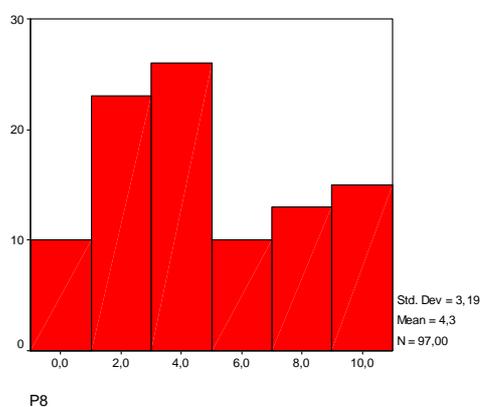
16.- *La asignación territorial de recursos sanitarios debe estar, ceteris paribus, inversamente relacionada con el nivel socioeconómico medio de la zona*

Únicamente la cuestión 20 recibió una puntuación mayor que 7.

20.- *La pobreza más que la desigualdad en renta importa para una política de salud*

En las cuestiones 1, 4, 5, 9, 10, 18, 19 y 20 las calificaciones presentaron una distribución asimétrica a la izquierda, con mayor peso en aquellas por encima de su media.

Únicamente las cuestiones 8 y 11 presentaron una distribución de las calificaciones asimétricas a la derecha, con mayor peso en aquellas por debajo de su media.



8- Las decisiones en materia de provisión sanitaria (financiación y asistencia) se deberían establecer como si el sector privado no existiera

11.- Las diferencias de utilización de servicios sanitarios públicos de atención hospitalaria son únicamente una consecuencia de diferencias en el estado de salud en la población

En el resto de cuestiones las calificaciones presentaron una distribución simétrica.

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
P1	hombre	77	6,70	2,88	,33
	mujer	14	6,14	2,38	,64
P4	hombre	78	6,22	2,49	,28
	mujer	15	6,47	2,50	,65
P5	hombre	77	6,04	2,46	,28
	mujer	15	6,80	2,04	,53
P6	hombre	80	5,81	2,44	,27
	mujer	15	5,60	2,53	,65
P7	hombre	80	5,28	2,63	,29
	mujer	15	3,63	2,41	,62
P8	hombre	79	4,25	3,20	,36
	mujer	15	4,67	2,99	,77
P9	hombre	78	6,37	2,48	,28
	mujer	15	6,60	2,41	,62
P10	hombre	78	6,04	3,32	,38
	mujer	15	6,87	3,11	,80
P11	hombre	78	2,27	1,84	,21
	mujer	15	2,87	1,51	,39
P12	hombre	78	4,38	2,97	,34
	mujer	15	3,87	2,17	,56
P13	hombre	78	5,49	2,52	,28
	mujer	15	5,93	1,83	,47
P14	hombre	77	5,47	2,33	,27
	mujer	14	6,00	2,35	,63
P15	hombre	78	6,03	2,52	,29
	mujer	15	6,27	2,52	,65
P16	hombre	79	4,52	2,46	,28
	mujer	15	4,93	2,49	,64
P17*	hombre	79	6,52	2,47	,28
	mujer	15	6,27	2,31	,60
P18	hombre	79	6,22	2,26	,25
	mujer	15	5,33	2,02	,52
P19	hombre	78	6,81	3,05	,34
	mujer	15	6,67	1,88	,48
P20	hombre	78	7,13	2,17	,25
	mujer	15	7,20	1,97	,51

Nota: * Diferencia en la calificación significativa al 5%

Salvo las cuestiones 1, 6, 7, 12, 17, 18 y 19, las mujeres calificaron con una nota mejor que los hombres. Sin embargo, en general no existieron diferencias (estadísticamente significativas) por sexo. Se produjo únicamente una

excepción, la cuestión 17 a la que los hombres calificaron con un 6,52 (con una desviación típica de 2,26) y las mujeres con 6,27 (desviación típica 2,31).

17.- Reducir la desigualdad en renta personal es el mejor antídoto para reducir las desigualdades en salud

Con la excepción de las cuestiones 5, 6, 12, 14, 16, 19 y 20 los economistas calificaron con una nota mejor que los profesionales sanitarios.

Group Statistics

	Profesión	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
P1	Prof. sanitario	44	6,20	2,81	,42
	Economista	34	7,12	2,48	,43
P4	Prof. sanitario	45	5,98	2,49	,37
	Economista	35	6,57	2,36	,40
P5	Prof. sanitario	44	6,25	2,35	,35
	Economista	35	6,11	2,51	,42
P6	Prof. sanitario	47	6,00	2,45	,36
	Economista	35	5,49	2,24	,38
P7	Prof. sanitario	47	5,13	2,48	,36
	Economista	35	5,16	2,44	,41
P8	Prof. sanitario	46	4,41	3,28	,48
	Economista	35	4,51	3,02	,51
P9	Prof. sanitario	46	6,28	2,39	,35
	Economista	34	6,35	2,58	,44
P10	Prof. sanitario	45	6,04	3,55	,53
	Economista	35	6,46	2,86	,48
P11*	Prof. sanitario	45	1,82	1,53	,23
	Economista	35	3,23	1,68	,28
P12	Prof. sanitario	46	4,50	2,79	,41
	Economista	35	4,34	2,68	,45
P13*	Prof. sanitario	46	5,17	2,40	,35
	Economista	34	6,12	1,97	,34
P14	Prof. sanitario	45	6,02	2,51	,37
	Economista	33	5,33	1,73	,30
P15*	Prof. sanitario	45	5,51	2,43	,36
	Economista	35	6,51	2,48	,42
P16	Prof. sanitario	47	4,64	2,40	,35
	Economista	35	4,57	2,27	,38
P17	Prof. sanitario	47	6,43	2,30	,34
	Economista	34	6,74	2,21	,38
P18	Prof. sanitario	47	6,06	2,11	,31
	Economista	34	6,24	1,83	,31
P19	Prof. sanitario	46	6,96	2,91	,43
	Economista	34	6,71	2,84	,49
P20	Prof. sanitario	46	7,17	2,04	,30
	Economista	34	6,97	2,15	,37

Nota: * Preguntas en las que la diferencia es significativa al 5%

Existieron diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones entre economistas y profesionales sanitarios en las cuestiones 11, 13 y 15.

11.- *Las diferencias de utilización de servicios sanitarios públicos de atención hospitalaria son únicamente una consecuencia de diferencias en el estado de salud en la población*

13.- *Los recursos (gasto) que España dedica a la sanidad privada están en consonancia con los que corresponden con su nivel de desarrollo*

15.- *La magnitud de las listas de espera constituye un indicador de necesidad de servicios sanitarios que conviene que se considere en la definición de las políticas sanitarias*

Pregunta	Edad	Media	Desviación típica
P1*	<41 años	5,85	3,13
	41-46 años	6,52	2,62
	47-51 años	7,80	2,01
	>51 años	6,40	3,02
P4	<41 años	6,00	2,55
	41-46 años	5,71	2,71
	47-51 años	6,76	2,41
	>51 años	6,35	2,58
P5	<41 años	5,76	2,59
	41-46 años	5,71	2,29
	47-51 años	6,71	2,42
	>51 años	6,28	2,67
P6	<41 años	5,43	2,09
	41-46 años	4,92	2,23
	47-51 años	6,41	2,72
	>51 años	6,40	2,50
P7	<41 años	4,67	2,15
	41-46 años	4,04	1,99
	47-51 años	5,97	3,00
	>51 años	5,70	3,13
P8	<41 años	4,48	2,66
	41-46 años	3,71	2,94
	47-51 años	4,24	3,54
	>51 años	4,85	3,59
P9	<41 años	6,45	2,16
	41-46 años	6,50	2,77
	47-51 años	5,88	2,37
	>51 años	6,35	2,80

Pregunta	Edad	Media	Desviación típica
P10	<41 años	6,95	2,11
	41-46 años	7,50	2,59
	47-51 años	5,35	3,26
	>51 años	5,60	3,87
P11	<41 años	2,67	1,65
	41-46 años	2,67	1,69
	47-51 años	1,59	1,00
	>51 años	2,80	2,09
P12	<41 años	4,52	2,44
	41-46 años	4,91	3,06
	47-51 años	3,76	3,13
	>51 años	4,10	2,83
P13	<41 años	5,57	2,01
	41-46 años	5,79	2,47
	47-51 años	5,24	2,61
	>51 años	5,68	2,36
P14*	<41 años	5,50	1,98
	41-46 años	5,42	2,28
	47-51 años	5,00	2,65
	>51 años	6,75	2,27
P15	<41 años	5,95	2,60
	41-46 años	5,57	2,15
	47-51 años	6,29	3,00
	>51 años	6,75	2,22
P16	<41 años	4,48	2,25
	41-46 años	4,64	2,66
	47-51 años	4,82	2,21
	>51 años	3,85	2,35

Pregunta	Edad	Media	Desviación típica
P17	<41 años	6,10	2,59
	41-46 años	5,88	2,59
	47-51 años	7,12	1,41
	>51 años	7,30	2,39
P18	<41 años	6,29	2,12
	41-46 años	5,29	2,12
	47-51 años	6,47	1,91
	>51 años	7,10	1,97
P19	<41 años	6,35	2,85
	41-46 años	6,42	2,78
	47-51 años	7,35	3,12
	>51 años	6,90	2,95
P20*	<41 años	6,48	1,86
	41-46 años	6,50	2,25
	47-51 años	7,47	2,21
	>51 años	7,85	2,28

Nota: En negrita la calificación media más alta y la desviación típica más alta

* Preguntas en las que la calificación media fue estadísticamente diferente al 5% entre al menos dos grupos de edad.

Los menores de 41 años valoran con una mayor nota que los encuestados entre 41 y 46 años, en 12 de las 20 cuestiones, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Los menores de 41 años califican con menor nota (de forma estadísticamente significativa) que los encuestados de 47 a 51 años la cuestión 1.

1.- La provisión de los servicios socio-sanitarios (financiación y prestación) debe realizarse desde el sector público

Y con mejor nota las cuestiones 10 y 11 (esta última en ambos casos suspenso)

10.- Debe introducirse de una vez por todas alguna forma de copago en el medicamento de los pensionistas

11.- Las diferencias de utilización de servicios sanitarios públicos de atención hospitalaria son únicamente una consecuencia de diferencias en el estado de salud en la población

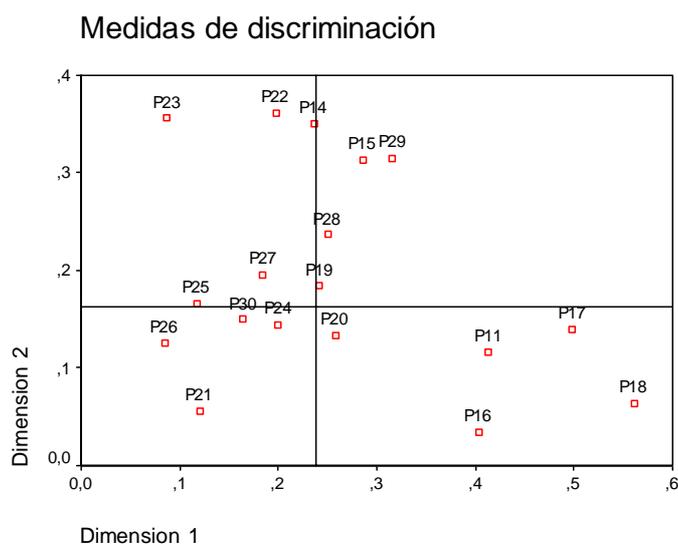
Sólo en la cuestión 14 y en la 20 (menor nota en ambos casos) los menores de 41 años difieren (de forma estadísticamente significativa) de las calificaciones de los mayores de 51 años.

14.- En caso de incrementos futuros del gasto sanitario, la mejora salarial de los médicos debiera de ser prioritaria.

20.- La pobreza más que la desigualdad en renta importa para una política de salud

Análisis de Correspondencias Múltiples

Retuvimos los dos ejes factoriales, o dimensiones, con mayor inercia (el primer eje retuvo el 57,30% de la varianza total).



Las cuestiones 8, 7, 1, 6, 5 y 19 fueron las que presentaron mayores varianzas o medidas de discriminación sobre el primer eje factorial (dimensión 1), con valores que oscilaron entre 0,285 y 0,561, con una contribución total del 51,8% de la varianza.

Las variables que más contribuyen a la formación del primer eje factorial fueron la cuestión 8, la 7, la 1 y la 6, las cuales agrupan el 40,6% de las contribuciones absolutas al primer eje.

8- Las decisiones en materia de provisión sanitaria (financiación y asistencia) se deberían establecer como si el sector privado no existiera

7- La asistencia sanitaria en una comarca o área de salud debe ser encargada a un único proveedor que actúe coordinadamente aún a riesgo de que los servicios pierdan competitividad

1.- La provisión de los servicios socio-sanitarios (financiación y prestación) debe realizarse desde el sector público

6.- La competencia horizontal entre proveedores debe substituirse por una mayor integración de niveles aún a riesgo de pérdida de capacidad de elección del usuario

La 5 (6,2%) y la 19 (5,0%) contribuyen en mucha menor medida.

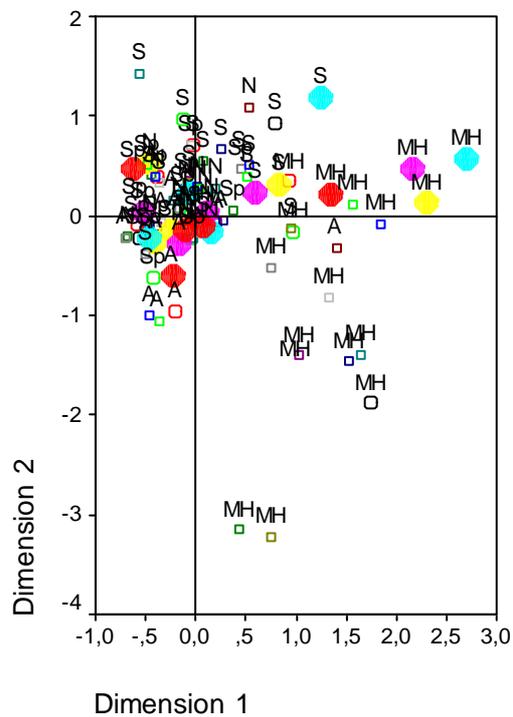
5.- La asistencia sanitaria debe subministrarse desde las CC.AA. aun a riesgo de que resulte diversa la combinación entre prestaciones cubiertas y el esfuerzo de la propia CA. en su financiación

19.- Es tiempo ya de abolir MUFACE

	Media	Desv.típica	Mediana	Q1 (25%)	Q3 (75%)
P8	4,320	3,187	3,00	2,00	7,00
P7	5,046	2,620	5,00	3,00	7,00
P1	6,574	2,788	7,00	5,0	9,00
P6	5,806	2,423	6,00	4,00	8,00

P5	6,211	2,401	7,00	5,00	8,00
P19	6,802	2,871	7,00	5,00	9,75

Plano factorial de las modalidades de las distintas variables



Por tanto, hay cierta consistencia entre las cuestiones 8, 7, 1, y 6; en el sentido que hay encuestados que presentan unas calificaciones altas en todas ellas (los que presentan coordenadas positivas mayores en el primer eje factorial) y otros que tienen, también en todas esas cuestiones, unas puntuaciones malas o regulares (los que tienen coordenadas negativas en el eje). Por tanto, este eje

ordena los encuestados según proporcionaron de menor a mayor calificación en las seis cuestiones antes citadas (provisión).

Las varianzas o medidas de discriminación sobre el segundo eje factorial (dimensión 2) fueron más bajas que sobre el anterior. Señalaremos las cuestiones 12, 13, 4, 19, 5, 18, 17 y 9 si bien sus valores oscilaron ahora entre 0,184 y 0,361; con una contribución total igual al 66,0%.

Las variables que más contribuyen a la formación de la dimensión 2 fueron la cuestión 12, la 13, la 4, la 19 y la 5, las cuales agrupan el 48,1% de las contribuciones absolutas de este eje

12.- Los recursos (gasto) que España dedica a la sanidad pública están en consonancia con los que corresponden con su nivel de desarrollo

13.- Los recursos (gasto) que España dedica a la sanidad privada están en consonancia con los que corresponden con su nivel de desarrollo

4.- La asistencia sanitaria debe suministrarse desde las CC.AA. aun a riesgo de que resulte diversa la combinación entre prestaciones cubiertas y la capacidad de la propia CA. en su financiación

19.- Es tiempo ya de abolir MUFACE

5.- La asistencia sanitaria debe subministrarse desde las CC.AA. aun a riesgo de que resulte diversa la combinación entre prestaciones cubiertas y el esfuerzo de la propia CA. en su financiación

La cuestión 18 (6,9%), la 17 (5,7%) y la 9 (5,3%), acabaron de definir este eje.

18.- Reducir las desigualdades de renta entre CC.AA. es el mejor antídoto para reducir las desigualdades territoriales en salud

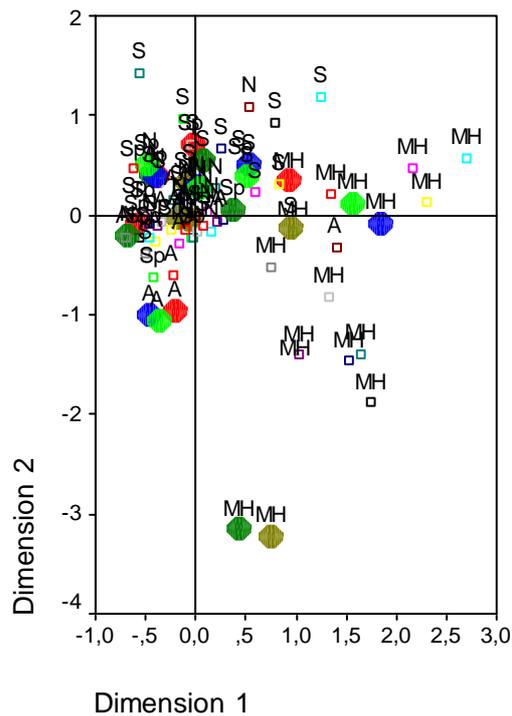
17.- Reducir la desigualdad en renta personal es el mejor antídoto para reducir las desigualdades en salud

9- Las diferencias en la calidad de las prestaciones debería de preocupar más que las diferencias territoriales en el catálogo de prestaciones

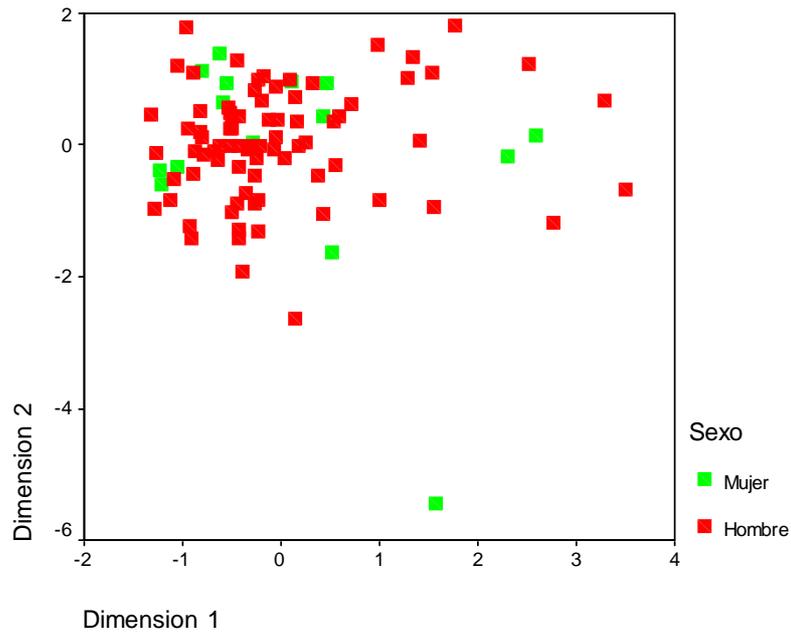
	Media	Desv.típica	Mediana	Q1 (25%)	Q3 (75%)
P12	4,333	2,849	4,00	2,00	7,00
P13	5,500	2,402	6,00	4,00	7,00
P4	6,260	2,451	7,00	5,00	8,00
P19	6,802	2,871	7,00	5,00	9,75
P5	6,211	2,401	7,00	5,00	8,00
P18	6,031	2,224	6,00	5,00	8,00
P17	6,464	2,437	7,00	5,00	8,00

P9	6,448	2,475	7,00	5,00	8,00
-----------	-------	-------	------	------	------

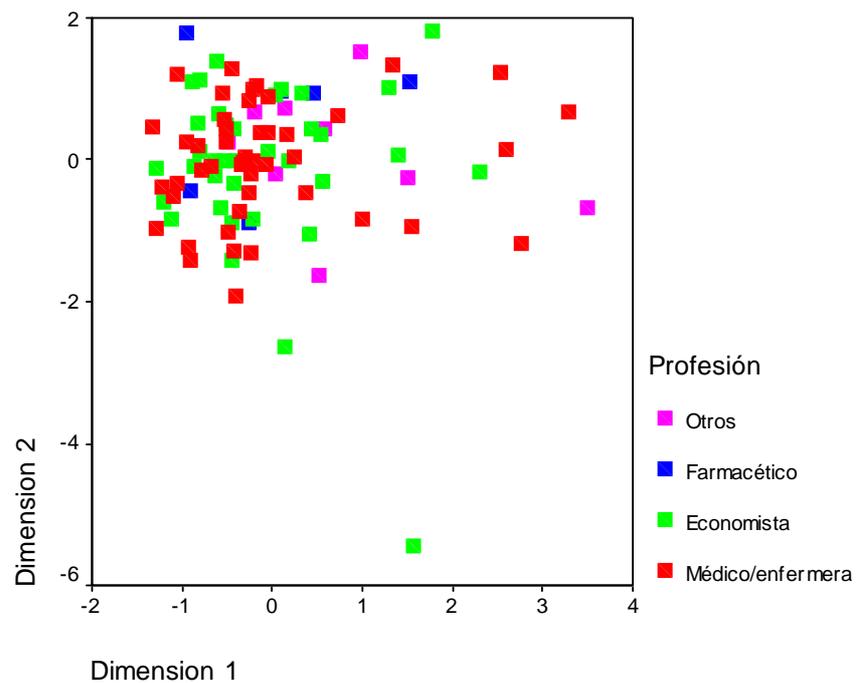
Plano factorial de las modalidades de las distintas variables



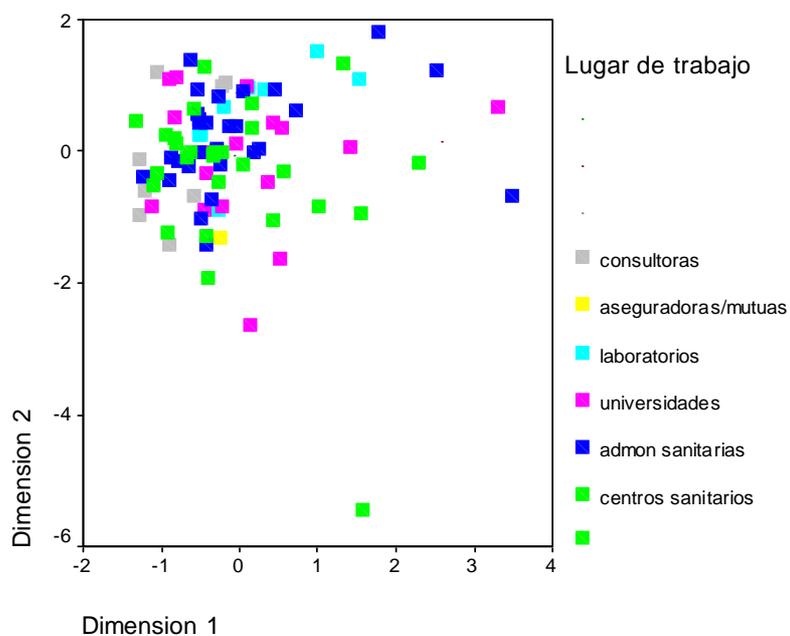
La interpretación de el segundo eje factorial resulta más complicada. Parece, sin embargo, que en general los encuestados con unas calificaciones muy altas en las cuestiones 12, 13, 4, 19 y 5 presentan coordenadas negativas en este eje, mientras que las otras calificaciones se sitúan, en torno al valor cero del eje.



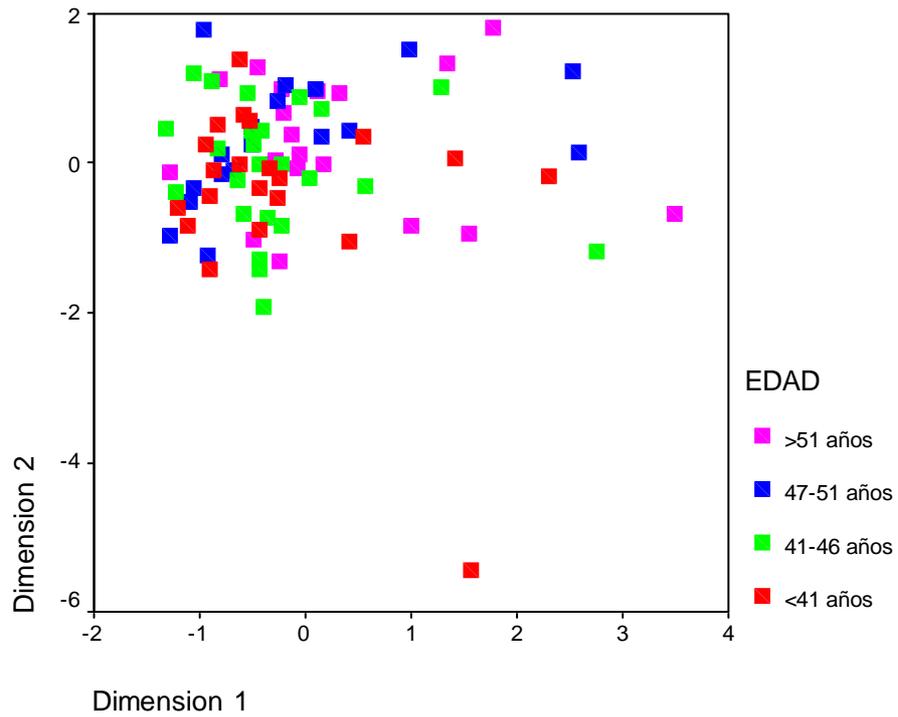
Respecto a las calificaciones, los hombres presentaron una conducta más homogénea que las mujeres. Así, calificaron de forma consistentemente alta las cuestiones antes señaladas.



No parece existir una consistencia determinada en las respuestas según la profesión del encuestado.



Como era de esperar, la discriminación de las calificaciones de las cuestiones por el lugar de trabajo reprodujo la que se obtuvo por la profesión.



Nótese que los encuestados de mayor edad (> 51 años) son los que calificaron de forma más consistente con notas altas las cuestiones arriba mencionadas.

Preguntas abiertas

En su opinión, ¿cuáles son las prestaciones sanitarias de nuevo cuño que deberían entrar en el paquete cubierto públicamente (máximo 5)?

Primera opción

Odontológicas	31 respuestas
Relacionadas con la dependencia	8 respuestas
Las que mejoren la efectividad y la eficiencia	5 respuestas
Atención mental	3 respuestas
Reproductiva y salud sexual	3 respuestas
Anti-tabaquismo	2 respuestas
Ninguna	2 respuestas
Cambio de sexo	1 respuesta
Oncología (cribado y cirugía reparadora)	1 respuesta
PET	1 respuesta
Ortoprotésico y rehabilitación	1 respuesta
Telemedicina	1 respuesta
Terapias biológicas y consejo genético	1 respuesta
Tratamiento Hepatitis C	1 respuesta
Financiación 100% farmacia población activa nivel de renta bajo	1 respuesta
Mejora general en todos los ámbitos/Toda AP	1 respuesta

Segunda opción

Relacionadas con la dependencia	6 respuestas
Atención mental	5 respuestas
Odontológicas	4 respuestas
Oftalmología (cirugía y lentes)	3 respuestas
Ortoprotésico y rehabilitación	2 respuestas
Terapias biológicas y consejo genético	2 respuestas
Aneurismas aórticos	1 respuesta
Atención farmacéutica	1 respuesta
Cambio de sexo	1 respuesta
Cirugía estética (por accidente o deformación)	1 respuesta
Oncología (cribado y cirugía reparadora)	1 respuesta
Anti-tabaquismo	1 respuesta
Educación sanitaria de la infancia	1 respuesta
Las que mejoran la efectividad y la eficiencia	1 respuesta
Terapia médica	1 respuesta

Tercera opción

Odontológicas	5 respuestas
Atención mental	3 respuestas
Relacionadas con la dependencia	3 respuestas
Reproductiva y salud sexual	2 respuestas
Terapias biológicas y consejo genético	1 respuesta
Enfermedades crónicas	1 respuesta

Oftalmología (cirugía y lentes)	1 respuesta
PET	1 respuesta
Podología	1 respuesta
Segunda opinión médica	1 respuesta
Mejora general en todos los ámbitos/Toda AP	1 respuesta
Tratamiento específico anorexia/bulimia	1 respuesta

Cuarta opción

Relacionadas con la dependencia	3 respuestas
Reproductiva y salud sexual	1 respuesta
Oftalmología (cirugía y lentes)	1 respuesta
Oncología (cribado y cirugía reparadora)	1 respuesta
Atención farmacéutica	1 respuesta
Obesidad	1 respuesta
Enfermedades raras	1 respuesta
Odontológicas	1 respuesta
Disfunción eréctil	1 respuesta

Quinta opción

Relacionadas con la dependencia	3 respuestas
Enfermos terminales	1 respuesta
Oftalmología (cirugía y lentes)	1 respuesta
Obesidad	1 respuesta
Cambio de sexo	1 respuesta

Hotelería	1 respuesta
Oncología (cribado y cirugía reparadora)	1 respuesta

Todas las opciones juntas

Odontológicas	41 respuestas
Relacionadas con la dependencia	23 respuestas
Atención mental	11 respuestas
Las que mejoren la efectividad y la eficiencia	6 respuestas
Reproductiva y salud sexual	6 respuestas
Oftalmología (cirugía y lentes)	6 respuestas
Oncología (cribado y cirugía reparadora)	4 respuestas
Anti-tabaquismo	3 respuestas
Cambio de sexo	3 respuestas
Ortoprotésico y rehabilitación	3 respuestas
Terapias biológicas y consejo genético	4 respuestas
PET	2 respuestas
Atención farmacéutica	2 respuestas
Mejora general en todos los ámbitos/Toda AP	2 respuestas
Obesidad	2 respuestas
Ninguna	2 respuestas

En su opinión, ¿cuáles son los servicios o prestaciones existentes que deberían excluirse del paquete de prestaciones cubiertas públicamente (máximo 5)?

Primera opción

Tratamientos y medicamentos no eficaces o no efectivos	11 respuestas
Copagos a todos los pensionistas - farmacia	10 respuestas
Cambio de sexo	3 respuestas
Cirugía estética	3 respuestas
Ninguno	3 respuestas
Excesos en el transporte sanitario	1 respuesta
Estancias hospitalarias	1 respuesta
Fecundación in vitro	1 respuesta
Prestaciones complementarias	1 respuesta
Prestaciones con sustitutos más baratos	1 respuesta
Prestaciones incontroladas a inmigrantes	1 respuesta

Segunda opción

Tratamientos y medicamentos no eficaces o no efectivos	4 respuestas
Acceso gratuito a urgencias	2 respuestas
Algunas prótesis en tercera edad	1 respuesta
Alimentación en hospitales	1 respuesta
Cambio de sexo	1 respuesta
Fecundación in vitro	1 respuesta

Excesos en el transporte sanitario	1 respuesta
Obesidad mórbida	1 respuesta
Prestaciones con sustitutos más baratos	1 respuesta

Tercera opción

Tratamientos y medicamentos no eficaces o no efectivos	2 respuestas
Copagos a todos los pensionistas – farmacia	1 respuesta
Anticoncepción	1 respuesta
Fecundación in vitro	1 respuesta

Cuarta opción

Tratamientos psicológicos	1 respuesta
---------------------------	-------------

Quinta opción

Rehabilitación foniátrica	1 respuesta
---------------------------	-------------

Todas las opciones juntas

Tratamientos y medicamentos no eficaces o no efectivos	17 respuestas
Copagos a todos los pensionistas – farmacia	11 respuestas
Cambio de sexo	4 respuestas
Cirugía estética	3 respuestas
Ninguno	3 respuestas
Fecundación in vitro	3 respuestas
Prestaciones con sustitutos más baratos	2 respuestas

Excesos en el transporte sanitario

2 respuestas