
Cartera de servicios ofertados y equidad de prestaciones en el Sistema Nacional de Salud

Lluís Bohigas Santasusagna

*Dirección General de Planificación y Evaluación.
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

Mi primer contacto con la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue durante la elaboración de la Ley de cohesión y calidad, después he ido siguiendo los decretos que han desarrollado la Ley. En la Ley quisiera señalar dos aportaciones que me parecen relevantes; en primer lugar la diferencia conceptual entre catálogo de prestaciones y cartera de servicios, y en segundo lugar el concepto de garantías al ciudadano. La Ley crea el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios para diferenciar lo que es un derecho del ciudadano, el catálogo, de lo que es una función organizativa del servicio sanitario, la cartera. Estos dos conceptos permiten por una parte dar un mismo derecho a todos los ciudadanos del estado legislando un mismo catálogo de

prestaciones, pero por otra parte se respeta la autonomía de las Comunidades Autónomas (CCAA) que pueden tener carteras de servicios diferentes. Pero incluso en el tema de la cartera la Ley prescribe que habrá al menos una cartera básica única elaborada por el Ministerio y acordada en el Consejo Interterritorial. El segundo concepto importante es el de las garantías al ciudadano, las prestaciones no son nada sin un conjunto de garantías que el ciudadano pueda exigir a las administraciones. La Ley determina que las garantías al ciudadano son seis: accesibilidad, movilidad, tiempo para dar la prestación, información al usuario, seguridad y calidad.

A continuación presento el enfoque que la Ley de cohesión y calidad dio al tema de las prestaciones, que de hecho

ocupa una parte muy importante de la misma, nada menos que 29 artículos de los 79 que tiene la Ley, y los decretos que la han desarrollado.

Normativa

La primera experiencia de coordinación de prestaciones en el SNS fue el Real Decreto de 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS. Este Decreto definió un mínimo de prestaciones comunes para todo el Sistema que las CCAA podían superar “con su propio dinero”. La diferencia entre el dinero propio y el otro se hacía cuando las CCAA recibían dos tipos de ingresos, los que provenían de los impuestos y los que provenían de la Seguridad Social. Los primeros eran “propios”, en el sentido de que podían dedicarlos en lo que quisieran, mientras que los de la Seguridad Social tenían que dedicarlos a la sanidad. Esta diferencia desapareció en la Ley de financiación de 2001, ya que las CCAA reciben dinero procedente de impuestos y pueden dedicarlos a lo que quieran. El Decreto establecía unas prestaciones que estaban explícitamente excluidas de la cartera, y entre ellas estaba la del cam-

bio de sexo. La CA de Andalucía hizo bandera al incluir esta prestación en su propio catálogo.

La Ley de cohesión y calidad define un catálogo de prestaciones a las que tienen derecho todos los ciudadanos independientemente de su residencia. La forma que adopta la Ley para obligar en todas las CCAA a tener un único catálogo, pero a la vez a mantener su autonomía, es diferenciar entre catálogo de prestaciones y cartera de servicios. El catálogo es un derecho del ciudadano, mientras que la cartera es una fórmula de organizar los servicios. El catálogo lo fija la Ley de cohesión y calidad y es común para todos los ciudadanos. La Ley prevé que el gobierno hará una cartera por Decreto, previa consulta al Consejo Interterritorial. El Decreto de cartera de servicios se aprobó el 15 de septiembre de 2006, Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

En el debate sobre la elaboración de la Ley de cohesión y calidad se valoró la posibilidad de que cada CA hiciera su propio Decreto de cartera de servicios de acuerdo con el catálogo de la Ley. Esta posibilidad era

bastante lógica dentro del modelo de coordinación en que el Estado hace las leyes y las CCAA los reglamentos. Sin embargo, al final se prefirió hacer un Decreto único para todo el SNS para fomentar la homogeneidad en la cartera de servicios del SNS.

En el Decreto actual no hay prestaciones excluidas, pero las CCAA pueden ofrecer carteras complementarias a la cartera común. La cartera de servicios del Decreto también es mínima para las Mutualidades de funcionarios.

Nuevas prestaciones

El Decreto de cartera de servicios crea en el artículo 9 la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación. Esta Comisión forma parte del Consejo Interterritorial y es la que canalizará la incorporación de nuevas prestaciones.

El Decreto desarrolla un procedimiento para la incorporación de nuevas prestaciones que se basa en la evaluación de las tecnologías médicas. El Instituto Carlos III creó una Agencia de Evaluación de tecnologías y también lo hicieron varias CCAA. Dentro del Consejo Interterritorial se creó una Comisión para

coordinar estas agencias. La Agencia del Carlos III actuaba como organismo coordinador de las otras agencias y hacía de intermediaria entre el Consejo Interterritorial y las agencias autonómicas.

Garantías

La Ley de cohesión y calidad establece que las prestaciones se ofrecerán a los ciudadanos con unas determinadas garantías, que la Ley establece en las siguientes: accesibilidad, movilidad, tiempo para dar la prestación, información al usuario, seguridad y calidad. A continuación se revisará la normativa elaborada para coordinar estas seis garantías.

Movilidad de los pacientes

La Ley dice que los ciudadanos tienen derecho al catálogo de prestaciones con “independencia del lugar del territorio nacional donde se encuentran en cada momento”. Si un servicio autonómico de salud no dispone de una prestación, el Decreto de cartera dice que se tendrán que coordinar con otro servicio de salud para canalizar a los pacientes de forma adecuada. Por otro lado, si un ciudadano

de una CA tiene una necesidad de salud mientras está viajando por otra CA, ésta tiene la obligación de proporcionarle atención. En los dos casos la CA que atiende al paciente tendrá que hacer un gasto para un ciudadano que no forma parte de su CA y por el que no recibe financiación. Para compensar a las CCAA que den asistencia, la Ley de financiación de las CCAA creó el Fondo de Cohesión. Este Fondo fue regulado por el Real Decreto 1247/2002 y posteriormente se ha vuelto a regular por el Real Decreto 1207/2006 de 20 de octubre.

El Decreto del Fondo de Cohesión cubre económicamente la atención prestada por una CA a pacientes de otras CCAA, pero solamente cuando son derivados de forma programada entre CCAA, bien sea por convenios entre CCAA o bien para ser atendidos en centros de referencia. Quedan implícitamente excluidos los pacientes que son atendidos de urgencia en una CA diferente de la suya y también la posibilidad de que un ciudadano escoja la CA donde ser atendido. También se financia con este Fondo a los pacientes de otros países con los que hay convenio, que son fundamentalmente los de la Unión Europea, por lo tanto quedan tam-

bién implícitamente excluidos los inmigrantes de los países pobres.

El Decreto de 2002 tenía un anexo con las tarifas de los DRG que estaban financiados, por tanto sólo se financiaba atención hospitalaria y en régimen de internamiento. En el Decreto de 2006 hay un anexo que mejora las tarifas de los DRG e incluye un segundo anexo con tarifas para procedimientos ambulatorios. El valor económico del Fondo fue de 55 millones de euros el año 2002 y se mantuvo en el mismo nivel los años siguientes. En la II Conferencia de presidentes de 2005 se acordó aumentar el valor del Fondo hasta 90 millones. La mayoría de CCAA criticaron el Fondo de 2002 por tener un volumen económico bajo y por no cubrir ni la farmacia ni la atención primaria. Este segundo Decreto ha aumentado el volumen económico pero no ha resuelto los otros problemas. Algunas CCAA han recurrido este Decreto.

Tiempo para dar la prestación

Otra garantía que la Ley da a los ciudadanos es un tiempo máximo para acceder a la asistencia. El tema de listas de espera fue un tema estrella de la

séptima legislatura (2000-2004). El Consejo Interterritorial creó una Comisión sobre listas de espera, que después de un año de trabajo elaboró un informe. Una de las conclusiones de este informe es que las CCAA contaban de forma diferente las listas de espera y, por tanto, según el criterio de una CA un paciente estaba en espera, pero según el criterio de otra no lo estaba. Con el fin de homogeneizar las estadísticas sobre las esperas de los pacientes se aprobó el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el SNS. Este Decreto establece criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de lista de espera. Para garantizar que los ciudadanos puedan tener información sobre las listas, el Decreto establece que el Ministerio publicará semestralmente los datos de las listas de espera.

El Decreto deja abierto el establecimiento de “criterios de priorización” de las listas por parte del Consejo Interterritorial, pero hasta hoy no se ha hecho en ninguna ocasión. Algunas CCAA han establecido garantías de tiempo máximo de espe-

ra, y en caso de que no se cumplan sus ciudadanos tienen derechos diferentes, en algunas CCAA sólo pueden protestar, mientras que en otras hay una compensación en caso de no cumplir el objetivo, normalmente en forma de atención en otro centro. La CA de Castilla-La Mancha ofrece tratamiento gratuito en un centro privado. En el tiempo de funcionamiento de este programa hasta final de 2006 han atendido 6.841 pacientes con un coste de 1,7 millones de euros. La CA de Madrid ofreció una garantía política que en caso de no alcanzar un determinado tiempo máximo de espera su presidenta dimitiría.

Información al paciente

La garantía de dar información al paciente se cumple de acuerdo con la Ley de cohesión con el cumplimiento de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Uno de los temas que desarrolla la Ley es el de las instrucciones previas, es decir, las voluntades del paciente sobre su tratamiento cuando no tenga capacidad para expresarlas. Estas

voluntades son recogidas en registros autonómicos. El 2 de febrero de 2007 el Consejo de Ministros aprobó un decreto para regular el registro nacional de instrucciones previas: Real Decreto por el que se regula el Registro Nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Este registro nacional estará adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo y recoge la información de que un paciente tiene unas instrucciones previas en una determinada CA.

Seguridad

La garantía de seguridad se ha enfocado de dos maneras: a) autorización de centros y servicios sanitarios y b) la alianza para la seguridad.

La competencia de autorizar la creación de un nuevo centro sanitario está transferida a las CCAA. La Ley de cohesión establece que mediante Real Decreto se establecerán los mínimos para autorizar un nuevo centro. El tema de las autorizaciones era bastante complejo, y se decidió hacer primero un decreto para homologar una terminología similar entre los centros de las diferentes CCAA y para establecer un procedimiento homogéneo.

Éste es el objetivo del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En este Decreto se crea un registro nacional de centros sanitarios con los centros autorizados por las CCAA.

La alianza por la seguridad consiste en una acción voluntaria entre las CCAA financiada por el Ministerio para fomentar actitudes en los profesionales sanitarios que eviten los problemas de seguridad en los centros sanitarios. La financiación del programa los años 2006 y 2007 es de 14,8 millones de euros, de los que 10,6 millones son aportados por el Ministerio y los otros 4,2 por las CCAA. El Ministerio firma un convenio con cada CA en función de los proyectos presentados y en el marco del Plan de Calidad.

Calidad y centros de referencia

La última garantía de las prestaciones para los ciudadanos es la de calidad. La Ley da mucha importancia al tema de la calidad y de hecho la Ley se denomina de cohesión y calidad.

La Ley de cohesión y calidad establece la creación de la infraestruc-

tura de la calidad que se compone de una serie de elementos básicos para establecer programas de mejora de la misma. La infraestructura está constituida por: a) normas de calidad y seguridad, b) indicadores, c) guías de práctica clínica, d) registro de buenas prácticas y e) registro de acontecimientos adversos. Para elaborar y mantener esta infraestructura la Ley crea la Agencia de Calidad del SNS.

La misma Ley crea el Observatorio del SNS con el fin de facilitar un análisis permanente del SNS en materia de organización, provisión de servicios, gestión sanitaria y resultados. El Observatorio publicó el informe sobre el SNS del año 2004, y posteriormente incorporó el tema de la atención a la mujer.

Una acción para la creación de la infraestructura de la calidad fue el programa GuiaSalud. Este programa fue iniciado por la CA de Aragón, y consistía en una evaluación de las guías de práctica clínica. Una vez evaluadas estas guías se colgaban en una página web y estaban accesibles a todos los profesionales sanitarios del SNS. El Consejo Interterritorial dio apoyo a esta iniciativa y el Ministerio financió su mantenimiento. La eva-

luación de las Guías se ha encargado en las Agencias de evaluación de tecnologías.

La Segunda Conferencia de presidentes acordó incrementar el presupuesto sanitario del año 2006 en 50 millones de euros, con una partida dedicada a elaborar un Plan de Calidad. Este Plan se consultó con el Consejo Interterritorial y su propósito es “incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria en todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia, al tiempo que ofrecer herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las Comunidades Autónomas en su objetivo de mejorar la calidad”.

El Plan se estructura en 6 áreas de actuación:

1. Protección, promoción de la salud y prevención.
2. Fomento de la equidad.
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud.
4. Fomento de la excelencia clínica.
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos.
6. Incremento de la transparencia.

Estas áreas se concretan en 12 estrategias, 40 objetivos y 197 proyectos de acción, en la versión de abril de 2007.

El examen del contenido del Plan de Calidad muestra que se trata de un plan mucho más amplio que la mejora de la calidad de la manera que lo había determinado la Ley de cohesión y calidad. En la práctica se trata de un Plan de coordinación del SNS que cubre todo el espectro de actividades de los servicios sanitarios. La metodología consiste en un amplio abanico de medidas para mejorar la coordinación y se concreta en “proponer líneas de trabajo de adhesión voluntaria”. Algunas de las propuestas de este Plan consisten en elaborar un estudio respecto al tema de coordinación, mientras que otras implican una financiación a las CCAA mediante el establecimiento de convenios.

La designación y la acreditación de centros de referencia para todo el SNS se desarrolla en el Real Decreto 1302/2006 de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros y servicios y unidades de referencia del SNS.

En este Decreto se crea un procedimiento, se establecen unos criterios y se crea un Comité dentro del Consejo Interterritorial para designar los centros de referencia. La acreditación de los centros la hará el Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial. El Fondo de Cohesión contempla la financiación de pacientes derivados entre CCAA para ser atendidos en centros de referencia.

Conclusión

Desde que se aprobó la Ley de cohesión y calidad, y sólo en el ámbito de prestaciones, se han aprobado siete decretos, un Plan de Calidad, varias estrategias nacionales, una Conferencia de presidentes estuvo prácticamente dedicada a sanidad, se ha creado una alianza para la seguridad y hay varias comisiones del Consejo Interterritorial dedicadas a ello. Parece, por tanto, que ¡no falta material coordinativo! Lo que hace falta es que se cumplan las leyes, y en este país estamos acostumbrados a hacer muchas leyes que se cumplen poco.