



DOCUMENTO INVESTIGACIÓN ESYEC 03/2010.

***CARTERA COMÚN DE SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS Y
UNIDADES DE REFERENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD***

José María Abellán Perpiñán
Fernando Ignacio Sánchez Martínez





Diagnóstico

1.- Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, regulaba de forma genérica las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud estableció el catálogo de prestaciones, que añadía a las contenidas en el RD 63/1995 las prestaciones de salud pública, además de definir las prestaciones de atención sociosanitaria en el ámbito estrictamente sanitario.

El **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización** aclara, precisa y sistematiza, más que amplía, la oferta de servicios sanitarios a los ciudadanos por parte del SNS. Se trata, como se ha dicho en más de una ocasión, de una “foto fija” de lo que las diferentes CC.AA. estaban ofreciendo en el momento de su aprobación. En relación con la cartera de servicios de 1995, la nueva cartera de servicios comunes (CSC) incorpora ciertos servicios de atención primaria (como la atención familiar y comunitaria, servicios específicos a la adolescencia o la atención a la salud mental) y de atención especializada (como la atención paliativa a enfermos terminales, la radiocirugía, la anestesia epidural o el tratamiento de la obesidad mórbida), así como determinados productos ortoprotésicos (sillas de ruedas de aluminio). El nuevo catálogo incluye así mismo una cartera específica de atención de urgencias.

Con anterioridad a la publicación del mencionado real decreto, el único estudio disponible en el que se comparaba el grado de cobertura de las diferentes carteras de servicios sanitarios en el ámbito europeo (proyecto “HealthBASKET”¹), situaba a España dentro del grupo de países con catálogos explícitos de prestaciones sanitarias. Éste era el caso también de Italia y Polonia. En contraposición a este grupo, se identificaron otros estados que definían las prestaciones de forma implícita, utilizando diferentes sistemas para agrupar los servicios (p.ej. GRD en el caso de asistencia hospitalaria), respondiendo por lo general a un propósito remunerativo (p.ej. limitar el gasto por paciente en la asistencia primaria). Ejemplos de esta segunda categoría serían Inglaterra, Alemania y Holanda. Parece pues que el RD 1030/2006 vendría a fortalecer esta cualidad del catálogo de prestaciones español. Por el contrario, una debilidad de este catálogo sería su escasa proyección pública, tal y como se desprende del último Barómetro Sanitario de 2007², el cual revela el hecho de que los ciudadanos no se consideran suficientemente informados acerca del contenido de la cartera de servicios del sistema público de salud. A la pregunta de cómo valora la información que da la Administración sanitaria sobre los servicios que presta, la puntuación media es

¹ Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries. *Eur J Health Econ* 2005 [Suppl 1] 6:2-10.

² <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>.



4,86 en un intervalo de 0 (“no facilita ninguna información”) a 10 (“facilita mucha información”).

El RD 1030/2006 habilita, en su artículo 11, a las CC.AA. para que, en el ámbito de sus competencias, puedan aprobar sus respectivas carteras de servicios complementarias incorporando a la CSC aquellos otros servicios que consideren pertinentes, siempre y cuando las técnicas, tecnologías o procedimientos cumplan los requisitos establecidos con carácter general para su inclusión en la cartera de servicios del SNS (art. 5) y se financien a partir de recursos adicionales de las propias comunidades. En todo caso, el Consejo Interterritorial del SNS será informado y podrá emitir recomendaciones sobre el establecimiento de prestaciones complementarias, según lo establecido en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS.

Dado que el RD 1030/2006 no realiza incorporaciones significativas a la CSC, las diferencias que se derivan de la existencia de servicios complementarios en las CC.AA. son muy similares a las que se registraban antes de la aprobación del citado Real Decreto y que se detectaron en la primera fase del citado proyecto HealthBASKET³. Tales diferencias se concentran en las áreas de salud bucodental y atención sociosanitaria, existiendo también algunas prestaciones complementarias en el ámbito de farmacia y productos ortoprotésicos en ciertas comunidades.

El RD 1030/2006 regula, así mismo, el procedimiento de actualización de la CSC, cuyo desarrollo tiene lugar mediante la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, del Ministerio de Sanidad y Consumo. El objeto de dicho procedimiento es decidir acerca de la inclusión, exclusión o modificación de las condiciones de uso de técnicas, tecnologías o procedimientos. La iniciativa se atribuye al Ministerio de Sanidad y a las administraciones sanitarias de las CC.AA., siendo el organismo evaluador la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores propuestos por las CC.AA. Por lo que se refiere a los elementos que han de ser valorados en las propuestas de actualización, el real decreto alude al coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de la técnica, tecnología o procedimiento, sugiriendo como procedimientos de evaluación los siguientes: informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros.

El real decreto hace referencia a la necesidad de conocer el coste de la modificación o incorporación propuesta y, en tal sentido, el artículo 6, apartado 10, de la Orden ministerial menciona la necesidad de valorar el impacto económico positivo o negativo que pueda suponer para el SNS. Así mismo se prevé una serie de trámites necesarios en aquellos casos en los que la incorporación de una nueva técnica, tecnología o procedimiento implique un incremento en el gasto con implicaciones presupuestarias significativas.

No consta, sin embargo, una mención expresa a los métodos de evaluación económica como criterio rutinario o habitual (que no único) de evaluación de las propuestas de modificación. Sólo en el artículo 6, apartado 6, letra g de la Orden ministerial se puede ver una alusión más o menos explícita a las técnicas de evaluación económica cuando,

³ Puig-Junoy J, Planas-Miret I, Tur-Prats A. *Spanish Health Care Benefits Report*. Health Basket Project. VI European Research Framework Project. 2005. (disponible en http://www.ehma.org/_fileupload/File/Projects/Benefit_Report_Spain.pdf).



al enumerar los criterios que la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación puede utilizar para priorizar entre las diferentes propuestas para ser sometidas a evaluación, se alude al hecho de que la técnica, tecnología o procedimiento en cuestión requiera menos recursos o tenga menor coste frente a otras alternativas con similares resultados y calidad (minimización de costes).

2.- Centros, Unidades y Servicios de Referencia

La regulación de los centros de referencia forma parte del conjunto de medidas destinadas a garantizar el acceso a las prestaciones en términos de seguridad, accesibilidad, calidad, movilidad y tiempo. 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, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, crea el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud, constituido por representantes de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, y dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al cual elevará sus propuestas. El mismo real decreto recoge las líneas generales del procedimiento para la designación y acreditación de CSUR. La atención en un servicio de referencia se financiará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria previsto en el artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

El 18 de julio de 2007 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó la propuesta, aprobada por el Comité de Designación de CSUR, de las primeras 22 patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud y de los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia. En diciembre de 2007 se añaden a esta primera lista el trasplante de córnea infantil y la atención a la transexualidad. En junio de 2008 se incorporan otras 7 patologías y procedimientos en las áreas de trasplantes y traumatología y ortopedia, lo que eleva a 31 las patologías, tecnologías o procedimientos seleccionados hasta el momento por las Comunidades Autónomas, en el seno del Consejo Interterritorial, para su atención en centros de referencia.

Según la Ley 16/2003, el Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará aquellos servicios de referencia, que queden establecidos como tales, atendiendo a los criterios de calidad que para cada servicio establezca, y los reevaluará periódicamente. El 18 de junio de 2008 se acordaron las primeras ocho designaciones de centros de referencia en la historia del SNS y en noviembre de 2008 se han añadido otras treinta y dos. De las cuarenta unidades de referencia designadas hasta la fecha, un 70% se localizan en las comunidades de Madrid y Cataluña. Pese al escaso tiempo transcurrido desde el inicio de esta experiencia, cabe valorarla positivamente, tanto desde la óptica de la equidad territorial (igual acceso a los servicios con independencia de la comunidad de residencia), como desde el punto de vista de la eficiencia en la asignación de los recursos sanitarios (aprovechamiento de las economías de escala).



Medidas que deberían implementarse en el SNS

1.- Sobre el contenido de la cartera

a) Pese a que el RD1030/2006 incorpora ciertos servicios que no estaban presentes en la regulación anterior, aún hay determinadas prestaciones, como es el caso de los tratamientos contra la adicción a la nicotina, la asistencia bucodental a personas mayores o la cirugía para el cambio de sexo, cuya inclusión en la cartera es demandada de forma recurrente por distintos colectivos de pacientes y profesionales sanitarios.

b) El RD 1030/2006 no contempla las prestaciones de atención socio-sanitaria, de manera que el único contenido del RD 63/1995 que no es objeto de derogación por el RD 1030 es justamente la Disposición Adicional Cuarta, que regula de manera vaga este ámbito de prestación, apelando a la “coordinación de las administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales”. Pese a que la Ley 16/2003 concreta las prestaciones de esta naturaleza referidas al ámbito estrictamente sanitario, la situación actual es que la asistencia sociosanitaria en las diferentes comunidades autónomas depende en gran medida del tipo de programas de cuidados de larga duración disponible en cada territorio. Para evitar la actual indefinición, debería tener lugar el desarrollo de la cartera de servicios comunes en este ámbito con igual nivel de detalle y precisión que el alcanzado en el resto de ámbitos de prestación.

c) A pesar de que la asistencia bucodental infantil es objeto de mención en la CSC, concretándose en las “medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes”, su desarrollo efectivo resulta singular en comparación con el resto de servicios incluidos en el catálogo. El Plan de Salud Bucodental impulsado por el Ministerio, destinado a la población comprendida entre los 7 y los 15 años, ha supuesto *de facto* una ampliación de la CSC en este ámbito asistencial, si bien se ha optado por un mecanismo de financiación específico, al margen de los instrumentos de financiación de los servicios prestados por las CC.AA. El Ministerio otorga subvenciones directas a las CC.AA. (RD 111/2008) para cofinanciar al 50% el coste de una relación detallada de prestaciones. Sería deseable que los servicios incluidos en esta “cartera ampliada” recibieran el mismo tratamiento que el resto de los que componen la CSC, sustituyéndose las subvenciones específicas por financiación ordinaria que cubra el 100% del coste de las prestaciones.

d) Existen tantos calendarios de vacunación como servicios regionales de salud, cuando no parece que existan criterios epidemiológicos que justifiquen las diferencias. Las discrepancias en los calendarios afectan tanto a las patologías frente a las que tiene lugar la inmunización como a las edades en las que se administran las vacunas, lo que genera confusión y desigualdad en el acceso. Debería estudiarse la oportunidad de consensuar un calendario de vacunación homogéneo y su incorporación al CSC.



2.- Sobre la garantía de igualdad de acceso a los servicios sanitarios

La igualdad de acceso a los servicios, en el caso de determinadas patologías, técnicas o procedimientos que requieran de una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos se pretende garantizar mediante los CSUR. Si bien más arriba se avanzó una valoración positiva de esta iniciativa, dos son las medidas concretas sobre las que se debería trabajar. En primer lugar, deberían revisarse los criterios para la selección de CSUR y, en particular, la utilización del número de casos atendidos como criterio para designar centros de referencia. El uso de este criterio supone, de hecho, una “barrera de entrada” para los servicios, unidades o centros que, no obstante su acreditado cumplimiento de los criterios de calidad exigidos en cada caso, atiendan a un menor volumen de población protegida. El hecho de que un 70% de los CSUR designados hasta la fecha radiquen en las comunidades de Madrid y Barcelona parece confirmar este elemento de discriminación territorial.

Por lo que respecta a las desigualdades territoriales que pudieran derivarse de la existencia de carteras de servicios complementarias dispares entre CC.AA., conviene señalar, en primer lugar, que el análisis del grado de convergencia entre las carteras de servicios de las CC.AA. es tarea compleja. Si, por ejemplo, se analiza la oferta de servicios de atención primaria, a partir de los datos registrados por el Sistema de Información del SNS⁴, se observan notables discrepancias entre comunidades. Sin embargo, la forma en que se elabora dicha oferta por parte de las CC.AA. no es homogénea, en la medida en que depende del enfoque que cada comunidad da a la cartera de servicios (instrumento de gestión, herramienta ligada al proceso de acreditación, instrumento organizativo), lo que puede hacer que buena parte de las diferencias no sean sino aparentes.

Pese a todo, y sin menoscabo de la potestad que la legislación concede a las administraciones autonómicas para configurar su oferta de asistencia sanitaria, los servicios regionales de salud harían bien en optar por la vía cooperativa en lugar de la competitiva a la hora de configurar sus carteras de servicios complementarias. Una importante razón para ello es la opinión expresada por los ciudadanos en la última oleada del Barómetro Sanitario⁵. Si bien es cierto que, a la vista de los datos del barómetro, la mayoría de los ciudadanos (35,9%) percibe que los servicios sanitarios prestados en su Comunidad Autónoma son iguales que los de otras Comunidades, los usuarios de la sanidad pública se manifiestan de manera abrumadora a favor de una mayor homogeneización de las carteras de servicios. Así, ante la pregunta “¿Piensa usted que deberían ponerse de acuerdo las CC.AA. a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos?” un 85,8% responde afirmativamente y sólo un 4% contesta que no. De hecho, únicamente en tres comunidades (País Vasco, Cataluña y Galicia) el porcentaje de respuestas negativas a dicha pregunta supera el 5%, lo que no es óbice para que, incluso en las tres comunidades citadas, más de las tres cuartas partes de la población encuestada se declare partidaria de la acción concertada entre comunidades a la hora de incorporar nuevas prestaciones.

⁴ <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>.

⁵ <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>.



3.- Sobre los criterios de actualización de la CSC

El procedimiento de evaluación para la ampliación de la CSC debería, en todo caso, incluir la evaluación económica de la técnica, tecnología o procedimiento objeto de la propuesta y, en particular, la utilización de una metodología cuyos resultados puedan orientar la toma de decisiones, como el análisis coste-utilidad⁶. La conveniencia de incorporar este criterio a los ya existentes como elemento de juicio adicional para actualizar la cartera se sustenta, en primer lugar, en el hecho de que muchos países avanzados ya recogen la evidencia sobre la relación coste-efectividad de las tecnologías sanitarias que aspiren a ser incluidas en la lista financiable por el sistema sanitario público como una condición necesaria (aunque no necesariamente suficiente) para su aceptación⁷. Un caso paradigmático en Europa es el de Inglaterra y Gales, países en los que la introducción de nuevas tecnologías (en particular prestaciones farmacéuticas) es tutelada por el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), sirviéndose de la evaluación económica como una suerte de “cuarta” garantía adicional a las tradicionales de seguridad, calidad y eficacia⁸. La tendencia a utilizar esta cuarta garantía en el continente europeo es creciente, como demuestran los casos de Finlandia, Países Bajos, Suecia y Alemania⁹. En la medida que sistemas sanitarios muy diferentes entre sí (unos con catálogos explícitos de prestaciones, otros sólo con listas negativas, unos articulados como SNS, otros como Sistemas de Seguridad Social) coinciden en el reconocimiento de la importancia de la evaluación económica como criterio de decisión, podemos anticipar que su generalización al estado español es factible. En este sentido, podemos tomar como ejemplo el caso de un estado muy descentralizado, como es el canadiense, en el que la evaluación de las solicitudes de inclusión de nuevas medicinas en las listas positivas de los diferentes programas provinciales de cobertura sanitaria se sustancia a nivel central, recayendo sobre los gobiernos de esas provincias y territorios la responsabilidad de tomar la decisión final acerca de la inclusión de dichas medicinas en sus catálogos¹⁰. Esta propuesta es congruente con la orientación de la planificación sanitaria de las CC.AA. reflejadas en sus planes de salud, algunos de los cuales comienzan a tomar en consideración la evaluación económica como un criterio de priorización de sus intervenciones sanitarias¹¹.

Como corolario de la introducción del criterio de coste-efectividad al procedimiento de evaluación, se seguiría la necesidad de investigar acerca de cuál sería el umbral o rango

⁶ Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE. Evaluación económica de tecnologías sanitarias: ¿valen lo que cuestan? *Cuadernos Económicos de ICE*, 2008; 75: 189-208.

⁷ Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries. *Eur J Health Econ*, 2005 [Suppl 1]; 6:2-10.

⁸ Freemantle N. Does the UK National Health Service need a fourth hurdle for pharmaceutical reimbursement to encourage the more efficient prescribing of pharmaceuticals? *Health Policy*, 1999; 46: 255-265.

⁹ Del Llano J, Pinto JL, Abellán JM. *Eficiencia y Medicamentos: Revisión de las Guías de Evaluación Económica. La Cuarta Garantía*. 2008. Sanofi-Aventis: Barcelona.

¹⁰ Pinto JL, Abellán JM. Farmacoeconomía: el gran reto de la sanidad pública. *Humanitas*, 2008; nº 32: 11-21.

¹¹ Sánchez, FI, Abellán, JM, Martínez, JE. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. *Gaceta Sanitaria*, 2008; 22, 126-136.



de umbrales que servirían al SNS como norma de referencia respecto de la cual concluir si una nueva tecnología es coste-aceptable. En todo caso, esta laguna en el conocimiento sería consecuencia de la deseable utilización, con carácter ordinario, de los estudios de evaluación económica como soporte para informar las decisiones acerca de la actualización de la CSC.