

DERIVACIONES DE PACIENTES ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Fundación Fernando Pombo

Resumen: Este estudio analiza la normativa aplicable a la derivación de pacientes entre distintas Comunidades Autónomas así como el sistema de financiación de las prestaciones dadas a pacientes en una Comunidad Autónoma distinta a la de su lugar de residencia.

Palabras clave. Comunidades autónomas: derivación de pacientes, financiación de prestaciones sanitarias.

Title: Derivation of patients between self-governing communities

Abstract: This paper analyses the applicable rules for the derivation of patients between the different territories of self-governing communities as well as the financing system of the benefits obtained by a patient in a territory of a self-governing community different from his place of residence.

Key words: self-governing communities; derivation of patients, financing of sanitary benefits.

SUMARIO: 1. Objeto. 2. Normativa aplicable. 3. Introducción. 4. Principios aplicables a la asistencia en los Centros, Servicios y Unidades de Referencia ("CSUR") del SNS. 5. Procedimiento de derivación de pacientes para ser atendidos en un Centro, Servicio o Unidad de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR). 5.1. *Solicitud de asistencia a un CSUR.* 5.2. *Aceptación de la solicitud por la Comunidad Autónoma/CSUR solicitado.*

1. Objeto

La presente nota tiene por objeto analizar la normativa aplicable a la derivación de pacientes entre distintas Comunidades Autónomas así como el sistema de financiación de las prestaciones dada a pacientes en una Comunidad Autónoma distinta de su lugar de residencia.

2. Normativa aplicable

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud ("Ley 16/2003").
- 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 ("RD 1302/2006").
- Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre ("RD 1207/2006") regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria y la Orden SSI/2687/2012, de 17 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006.

3. Introducción

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, tiene por objeto garantizar la equidad en el acceso a una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización que requieren concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros.

Dicha norma establece asimismo las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros¹, servicios y unidades² de referencia del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un enfoque de planificación de conjunto.

¹ Centro de referencia es el centro sanitario que dedica fundamentalmente su actividad a la atención de las siguientes patologías o grupos de patologías:

- a. Enfermedades que requieren para su adecuada atención técnicas, tecnologías y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, de elevado nivel de especialización, para los que es esencial la experiencia en su utilización, que sólo es posible alcanzar y mantener a través de ciertos volúmenes de actividad.
- b. Enfermedades que requieren alta tecnología para su prevención, diagnóstico o tratamiento y para las que, atendiendo a su relación coste-efectividad y a los recursos disponibles, se precise la concentración de un número mínimo de casos.
- c. Enfermedades raras que, por su baja prevalencia, precisan de concentración de los casos para su adecuada atención, lo cual no implica atención continua del paciente en el centro, servicio o unidad de referencia, sino que este podría actuar como apoyo para confirmación diagnóstica, definición de las estrategias terapéuticas y de seguimiento y como consultor para las unidades clínicas que habitualmente atienden a estos pacientes.

² Servicio o unidad de referencia es el servicio o unidad de un centro o servicio sanitario que se dedica a la realización de una técnica, tecnología o procedimiento o a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías señaladas en los apartados a), b) y c) anteriores, aunque además ese servicio o unidad atienda otras patologías

A estos efectos, se crea un Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, (en adelante "Comité de Designación") que cuenta, entre otras, con las siguientes funciones:

- Estudiar las necesidades y proponer las patologías o las técnicas, tecnologías y procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que es necesario designar centros, servicios o unidades de referencia, su adecuado número y su ubicación estratégica.
- Proponer los criterios para la designación y la acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.
- Proponer el procedimiento de derivación de los usuarios a los centros, servicios y unidades de referencia.

Por su parte el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre ("RD 1207/2006") regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria ("FCS") y establece los criterios y procedimientos para la adecuada gestión y distribución del Fondo de cohesión sanitaria en relación con la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

El Fondo de cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Fondo de cohesión sanitaria realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Estas políticas se desarrollarán mediante planes integrales de salud, que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio, tales como patologías crónicas, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar.

Entre las actividades objeto de compensación por el FCS se encuentran:

- La asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas:

Se compensará con cargo al FCS la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una Comunidad Autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual para ser atendidos por procesos que impliquen ingreso hospitalario³, o para procedimientos de carácter ambulatorio⁴, siempre que la atención haya sido solicitada por la

³ Referidos en el Anexo I del RD 1027/2006

⁴ Referidos en el Anexo II del RD 1027/2006

Comunidad Autónoma de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados.

Se excluye de la compensación por el FCS, la atención urgente que se solicita por el propio paciente de forma espontánea durante un desplazamiento a una Comunidad Autónoma distinta a la suya de residencia. Esta atención estará garantizada, en todo caso, por los dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud y por el Fondo de garantía asistencial.

- La asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud:

El FCS compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁵.

Las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos aplicados o atendidos por los centros, servicios, y unidades de referencia objeto de compensación con cargo al FCS así como los costes financiados en cada caso son los que se recogen en el Anexo III del RD 1027/2006.

La derivación de los pacientes debe hacerse mediante solicitud expresa de la Comunidad Autónoma de origen, y en coordinación con la Comunidad Autónoma de recepción.

4. Principios aplicables a la asistencia en los Centros, Servicios y Unidades de Referencia ("CSUR") del SNS

De acuerdo con la información facilitada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁶ los principios que rigen la asistencia en los CSUR son, entre otros, los siguientes:

- Los pacientes que hubieran de ser derivados para ser atendidos por una de las patologías o a los que hubiera que realizarles alguno de los procedimientos acordados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que figuran como anexo III del RD 1207/2006⁷, serán remitidos, por la Comunidad Autónoma correspondiente a un CSUR del Sistema Nacional de Salud.

⁵ En el caso de las comunidades autónomas de Canarias y las Illes Balears, la compensación incluirá también la atención a los procesos de los pacientes desplazados desde otras islas de su territorio diferentes a aquella en la que se ubique el centro, servicio o unidad de referencia designado.

⁶ <http://www.msps.es/profesionales/CentrosDeReferencia/DerivacionPacientesCSUR.htm>

⁷ En este sentido, sería interesante comprobar si la atención a enfermedades poco frecuentes se contiene en este Anexo. No se contiene en términos generales porque no hay una dedición en la Ley de Enfermedad poco frecuente, pero sería necesario comprobar con FEDER si el contenido del anexo es suficiente o no.

- El CSUR, una vez designado, se compromete a atender a todos los pacientes de otras CCAA cuando éstas soliciten la asistencia a través del SIFCO⁸ y sólo en casos excepcionales debidamente justificados podrá rechazar una solicitud.
- La atención en los CSUR a los pacientes derivados de otras Comunidades se hará en las mismas condiciones y con idénticas garantías que a los ciudadanos residentes en la Comunidad donde se ubique el CSUR (Artículo 2.4 del Real Decreto 1302/2006).
- Para la atención en un CSUR el paciente deberá ser remitido por la Comunidad Autónoma en la que está siendo atendido el paciente. Todos los trámites del proceso de derivación de un paciente a un CSUR se realizarán a través del SIFCO.
- Cuando por circunstancias excepcionales el CSUR no pueda atender a/los paciente/s (por ejemplo, por problemas graves en las instalaciones, incendio...), se deberá poner inmediatamente en conocimiento del/los Centros que le solicitaron la asistencia y comunicarlo al Comité de Designación de CSUR a través de la Comunidad Autónoma correspondiente, señalando el tiempo previsible en que durará la incidencia.

5. Procedimiento de derivación de pacientes para ser atendidos en un Centro, Servicio o Unidad de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR)

Tal y como ya se ha señalado el Comité de Designación tiene entre sus funciones la de proponer el procedimiento de derivación de los usuarios a los CSUR.

El proceso de derivación y prestación de la asistencia será registrado y validado mediante el Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria ("SIFCO") desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las Comunidades Autónomas.

No obstante, con el fin de facilitar la atención de los pacientes que requieran ser atendidos en un CSUR, es necesario concretar diferentes aspectos relacionados con la derivación de los pacientes.

Por todo ello, el Comité de Designación ha acordado un procedimiento de derivación que está publicado en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁹ y que se resume a continuación:

La derivación de los pacientes para la atención en un CSUR comprende las siguientes etapas:

5.1. Solicitud de asistencia a un CSUR

⁸ Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria

⁹ <http://www.msps.es/profesionales/CentrosDeReferencia/DerivacionPacientesCSUR.htm>

La solicitud se dirigirá solamente a un CSUR y no a varios centros a la vez. En el caso de que por circunstancias excepcionales debidamente justificadas no fuera admitida la solicitud por el centro solicitado, éste lo comunicará a la comunidad que remite el paciente y ésta reiniciará el proceso de solicitud a un segundo centro.

La solicitud de asistencia contendrá los datos correspondientes a:

- Datos del paciente
- Datos de identificación del Centro solicitante
- Datos del CSUR al que se le solicita la asistencia
- Informe clínico del paciente que deberá incluir inexcusablemente un breve resumen de la historia clínica del paciente relacionada con el motivo de la derivación, recogiendo la razón clínica por la que se solicita la derivación del paciente así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados relacionados con el motivo de la derivación.
- Asistencia solicitada: Se deberá incluir el Diagnóstico principal por el que se deriva al paciente y la patología, técnica, tecnología o procedimiento para el que se solicita la asistencia al CSUR que deberá estar entre los acordados por el CISNS e incluido en el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

5.2. *Aceptación de la solicitud por la Comunidad Autónoma/CSUR solicitado*

Con el fin de demorar al mínimo la atención a los pacientes y garantizar la continuidad de la asistencia, el CSUR deberá realizar la aceptación y citación del paciente en el plazo máximo de 15 días desde que recibió la solicitud de asistencia.

Una vez recibida la propuesta de asistencia, el CSUR deberá aceptar la misma y realizar la citación del paciente. En el caso de que, por causas excepcionales, no se aceptara la asistencia se deberán justificar expresamente los motivos de la denegación.