

Derivaciones de Pacientes a otras Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid

Juan Manuel Ramos López¹, Miguel Cuchí Alfaro², María Luisa Calero Jiménez³

¹Médico de Admisión y Documentación. Servicio de Admisión del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid (España); ²Médico de Admisión y Documentación. Subdirección Gerencia de Sistemas de la Información y Gestión de pacientes del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid (España); ³Responsable Administrativo de Unidad de Canalizaciones del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid (España).

Resumen / Abstract

Introducción. Para promover la salud, como dicta la Ley General de Sanidad, la Constitución Española reconoce los mecanismos de libertad de empresa. La Ley de Cohesión y Calidad del SNS cita la colaboración entre organismos públicos y privados, permitiendo estar al corriente en innovación tecnológica, originando las canalizaciones. El otro porcentaje de éstas es debido al ejercicio de los derechos del paciente de la Ley de Autonomía del Paciente.

Material y Métodos. Se analizaron las solicitudes de los Especialistas y de los Pacientes en el Área Sanitaria 4 desde 2007 hasta 2010. Los datos fueron obtenidos del sistema de gestión de pacientes, estudiándose el origen de la propuesta, destino, prestaciones solicitadas y sus denegaciones.

Resultados: Se tramitaron 9936 solicitudes, pertenecientes al 1,68% de la población a la que se da cobertura. El 30,92% del total las tramitaron los pacientes ejerciendo su derecho. Los facultativos tramitaron el 68,3%. El 89,2% canalizadas a Hospitales públicos y el 10,8% a Centro privados disminuyendo en el tiempo. La prueba más demandada fue la Tomografía de Emisión de Positrones con un 16,03 % del total de las solicitudes.

Discusión. Las altas tasas de innovación en sanidad, hace imposible la renovación de la cartera de servicios. La agrupación de las peticiones de los Facultativos Especialistas hacia pocos Centros ayuda en el cumplimiento de objetivos coste-efectividad, siendo necesaria la concertación y regímenes sustitutorios con entidades privadas. Las peticiones del paciente, están motivadas por el derecho a la segunda opinión y es a centros públicos del sistema sanitario.

Palabras clave. Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud; Especialización, organización y administración; Gestión de la Información; Gestión en Salud; Organizaciones de Gestión de Servicios; Políticas y Cooperación en Ciencia, Tecnología e Innovación.

Introduction. To promote health, as say the General Health Law, the Spanish Constitution recognizes the freedom of mechanisms for choose business. The Law on Cohesion and Quality of SNS allows collaboration between public and private, and stay on technological innovation, making the requests. The other percentage of this is made by the exercise of the rights of the patient from the Law of Patient Autonomy.

Material and Methods: The scope of the study was done by requests of specialists and patients in the Health Care District 4 from 2007–2010. Te data were obtained from the patient management system, studying the origin of the proposal, destination, services requested and refusals.

Results. 9936 applications were processed, belonging to 1.68% of the population to which it covers. The 30.92% of the total processed of the right patients. Medical specialists processed 68.3%. 89.2% sent to public hospitals and 10.8% at the private Center declining over time. The technique more ordered was Positron Emission Tomography with 16.03% of total requests.

Discussion. The high rates of innovation in health, makes it impossible to renew the service portfolio. The grouping of the requests, of medical specialists, in few centers help in the implementation of cost-effectiveness making necessary consultation and replacement services with private entities. The requests of the patient are motivated by the right to a second opinion and were sent it to public center in the health system.

Keyword. Health Sciences, Technology and Innovation Management; Specialization, organization and administration; Information Management; Health Management; Management Service Organizations; Policies and Cooperation in Science, Technology and Innovation.

Introducción

Proveer una asistencia sanitaria universal en las prestaciones orientadas a la promoción de la salud es uno de los ejes en cual gira nuestra Ley General de Sanidad (1) y es un derecho reconocido en nuestra Constitución en el artículo 43.

Para llevar a cabo estos objetivos la Constitución Española en su artículo 38 reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario, previéndose el establecimiento de conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos de acuerdo con los requerimientos y regulación pertinentes (2). Así mismo, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (3) hace referencia a la colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados.

Pero todo esto tiene un elevado coste, muchas veces difícil de justificar. La actual crisis económica está pro-

duciendo una creciente concienciación sobre el problema económico asociado con estas derivaciones y conciertos. No obstante hay pocas investigaciones que evalúen las intervenciones para mejorar el mecanismo de derivación y su necesidad real para el diagnóstico del paciente.

Para entender el mecanismo de derivación clasificaremos la vinculación de las entidades privadas al Sistema de Salud (4).

- Régimen sustitutorio: Las entidades privadas reciben el mismo tratamiento que las entidades públicas. La Administración Pública es el garante de la prestación sanitaria
- Concierto: La Administración Pública fija los requisitos y las condiciones mínimas básicas. Es un mecanismo de cooperación du-

rante un tiempo preciso y para procedimientos específicos en función de las necesidades sanitarias.

Este tipo de gestiones permite adaptarse a los procesos de renovación tecnológica de forma ágil y por otro lado permite una mayor capacidad de respuesta ante la inclusión de nuevos procesos de las carteras de servicios (2). También se utiliza esta fórmula para la gestión de demoras y la realización de complejas pruebas diagnósticas.

El objetivo de equidad, accesibilidad, calidad y universalidad de la asistencia sanitaria, obligan a que el sistema de gestión de la Salud sea público lleve a cabo las prestaciones por centros privados financiados con fondo público. En aras de la  eficacia puede adoptarse las opciones organizativas que se consideren más adecuadas, tanto regidas por el derecho público como por el privado (5).

La modalidad de gestión indirecta mediante el concierto, se utiliza frecuentemente como medio subsidiario a utilizar cuando la Administración carece de medios propios para garantizar la efectividad de las prestaciones.

Este tipo de gestión indirecta está reflejado en el artículo 251.1 de la Ley de Contratación del Sector Público (6) donde se apoya la colaboración de los particulares en el ejercicio de sus derechos constitucionales (7). El requisito es que sean susceptibles de explotación por particulares y no vulneren la autoridad de los servicios públicos.

La Ley General de Sanidad en sus artículos 67 y 90, prevén la disposición de centros privados o servicios en centros privados mediante convenios o conciertos

respectivamente. Con el Real Decreto 29/2000 se corrobora la condición de servicio público de las prestaciones, con independencia que se preste en régimen de derecho público o de derecho privado (5).

Por último en materia de legislación los Reales Decretos de la Ley 10/1996 y 15/1997 se habilitan las nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud para aquellos supuestos no cubiertos en la Ley General de Sanidad.

La LEY 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. (8) permite la creación de las denominadas "agencias sanitarias" que, en teoría, pretendían ser un mecanismo para distribuir los pacientes entre los distintos recursos, públicos y

privados, pensadas para la derivación sistemática de pacientes hacia el sector privado (9).

Un punto pendiente de evaluar en la mayoría de las derivaciones es la eficacia de la realización dicha prueba en la calidad del diagnóstico y su repercusión en el tratamiento a

implantar. Es cierto que por rentabilidad no todos los centros deben tener la misma equipación, creándose así, los centros de referencia capaces de garantizar la accesibilidad y equidad de la Sanidad española, publicados en la circular interna del Mapa de referencias del año 2007.

Otras veces, la petición de estas pruebas especiales son fruto de la innovación o tendencias de las sociedades científicas a la prescripción de determinadas pruebas. Para evaluar la indicación de dichas peticiones existen estudios de investigación de los años de vida ajustados por calidad (AVAC). Estos sistemas de medida permiten tomar la decisión explícita y racional del presupuesto que se puede o quiere invertir por un

El objetivo de equidad, accesibilidad, calidad y universalidad de la asistencia sanitaria obligan a que el sistema de gestión de la salud sea público, lleve a cabo las prestaciones por centros financiados con fondo público



incremento en el AVAC (10).

Pero no todas las derivaciones o canalizaciones son por prescripción facultativa. Desde la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad de la Sanidad 16/2003 (3), se ha observado un incremento en las peticiones hacia otros centros, debido al ejercicio del derecho a la segunda opinión médica, reflejado en el artículo 4 de dicha Ley. Este derecho se desarrolló de manera pionera en la Comunidad Autónoma de Andalucía, tras la aprobación de la anterior ley citada (11).

Aunque es un derecho legalmente reconocido, tenemos que recordar el alto coste económico y burocrá-

tico que conlleva la gestión de dichas peticiones. En Estados Unidos, uno de cada cinco pacientes solicita una segunda opinión suponiendo en el año 2006 un coste económico de 3.2 billones de dólares (12). Además, en la

Comunidad Andaluza el

ejercicio de este derecho demostró que era coincidente con el primer diagnóstico y tratamiento en el 97% de los casos.

Con este artículo se pretende entender las necesidades básicas de nuestro centro y realizar un estudio observacional descriptivo de las peticiones de pruebas diagnósticas o terapéuticas solicitadas desde nuestro Área hacia otros centros de nuestra Comunidad de Madrid.

Material y Métodos

El ámbito del estudio es el Área 4 en la cual existen 21 Centros de Atención Primaria, que cubren a una población de 592.576 habitantes según el censo de padrón continuo de 2008. Apoyados por 1 hospital de

referencia (Hospital Ramón y Cajal) y dos centros de Atención Especializada.

Los datos se obtuvieron del sistema de información de HP-HIS Gestión de Pacientes cuya base de datos está en Informix. La información se registró previamente en la pantalla de "Pruebas Especiales" dentro del módulo de prestaciones y consultas externas de dicho aplicativo. Todos los datos recogidos para este estudio han sido recogidos por la misma Unidad administrativa, adoptando los mismos criterios establecidos en reuniones consensuadas pertinentes. El estudio tuvo una duración de 4 años, desde el 2007 hasta agosto del 2010. Este último año se hizo una ponderación (12/8 veces) para poder extrapolar los resultados al total anual, una vez comprobado el comportamiento similar en los primeros semestres de cada año.

Con el fin de no penalizar con consultas SQL contra dicho sistema y dado que no es necesaria la continua consulta a dicha base de datos, se optó por utilizar una descarga programada de estos datos en formato a fichero de texto separando los campos mediante el carácter "|" (pipe). Estos tipos de fichero son fácilmente generables desde la base de datos de Informix e importables a otros sistemas ofimáticos como Access o SPSS.

Se evaluó la procedencia de las peticiones en función de la localización del centro peticionario: Centro de especialidades periféricas o Ambulatorios, Centro Hospitalario, o bien desde Atención Primaria (para aquellas prestaciones accesibles).

Por otro lado se desglosó la información en función del interesado en la petición de la prueba especial: Por parte del paciente, por parte del Facultativo especialista, o bien por parte del Facultativo de Atención Primaria.

Y por último se detalló la combinación de las dos cla-

 **El derecho a la segunda opinión médica se desarrolló de manera pionera en la Comunidad Autónoma Andaluza**



sificaciones anteriores, es decir, dentro del Hospital se reflejaron las solicitudes provenientes de los pacientes y las pruebas solicitadas por el facultativo. Dicha distinción se comprobó también en los Centros de Especialidades Periféricas.

Las carteras de servicios a las que puede acceder cada interesado son distintas por lo que no procede la comparación entre los distintos interesados, pero sí su reflejo en la globalidad con el fin de evaluar los costes y carga que supone cada categoría.

Se registraron aquellas peticiones que fueron rechazadas, agrupadas por peticionario. Otras medidas que ser reflejaron, fueron la naturaleza privada o pública de los centros a los cuales se derivaban las pruebas, y la fecha de la petición para realizar un estudio longitudinal en el tiempo.

La cartera de servicios solicitados se agrupó por el código que permitía el sistema de gestión de pacientes HP-HIS. Esta clasificación aunque es bastante inespecífica nos permite realizar agrupaciones estimativas de las carencias de nuestra Área.

Para su análisis estadístico descriptivo se realizó con el software SPSS ver. 15 para Windows adoptando un nivel de significación del 5% en los intervalos de confianza. Al tratarse del total de la población y no de una porción muestral, no fue preciso realizar los contrastes de hipótesis mediante pruebas de Chi-cuadrado.

Resultados

En total en el periodo de 4 años desde el 2007 hasta el 2010 se tramitaron 9936 solicitudes de pruebas especiales, lo que supone un 1,68% de la población a la que se da cobertura. Se enviaron fuera de nuestra Área Sanitaria una media de 206,41 solicitudes mensuales (desviación estándar 40,91).

El 0,9% (86 peticiones) procedía de Atención Primaria. El 30,9% (3065 peticiones) las realizó directamente

el paciente a través de los mecanismo instaurados en el Servicio de Atención al Paciente. Y la mayoría, el 68,3% (6784 peticiones) se realizaron por orden de un Facultativo Especialista de Área.

Estudiando las peticiones de pruebas especiales agrupadas por localización de la emisión (aunque la tramitación se realice centralizada) se observa que en nuestro caso es el Centro Hospitalario quien más peticiones realiza, el 85,9% (8532 peticiones). Seguido de los Ambulatorios con un 13,3% (1318 propuestas) y por último Atención Primaria con sólo el 0,9% (86 peticiones).

Respecto a la distribución de envíos, el 89,2% (8858 pruebas) se derivó a centros públicos de nuestra Comunidad donde se realizaba técnicas o pruebas que no existían en nuestro Centro. El resto, el 10,8% (1076 peticiones) se enviaron a centros privados por no existir dichas prestaciones en la cartera de servicios de la Comunidad de Madrid.

El número de peticiones de pacientes por año ha sido constante en el tiempo siendo en los 3 últimos años un 25,8%, 26,9%, y 25,7% respectivamente, al igual que la población censada en nuestra Área Sanitaria.

El número de las derivaciones de los Facultativos Especialistas hacia centros de carácter público o privado ha variado en estos últimos años. Así pues en el año 2007 se enviaba un 32,8% (263 casos) y en el año 2010 se enviaron solamente un 9,7 % (78 casos) del total de peticiones enviadas en el periodo a centros privados.

Del total de solicitudes el 8,9 % (884 solicitudes) fueron rechazadas. De todas estas, el 62,9% (557 peticiones) predecían de solicitudes del paciente y el 34,7%

 El Centro Hospitalario es quien más peticiones realiza, seguido de los ambulatorios y, por último, de Atención Primaria 

(307 peticiones) las realizaron los facultativos especialistas de área. Respecto a su evolución en los cuatro años del estudio, se han incrementado levemente el número de peticiones rechazadas pasando de un 22,4% (198 solicitudes rechazadas) en el año 2007 a 27,6% (244 peticiones denegadas) en el año 2010.

La prestación más demandada fue la Tomografía de emisión de positrones (PET) con un 16,03% (1456 peticiones registradas) del total de las solicitudes. Atendiendo a la Orden 629/2009, de 31 de agosto, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid, simplemente esta prueba supone un coste de 1.878.240 euros en el periodo de los 4 años (1290 euros por cada PET corporal).

Discusión

Una de las problemáticas actuales para evaluar la necesidad de implantación o de prescripción de una prueba especial carente en nuestro centro es un sistema de información capaz de evaluar el coste – efectividad de esa prestación. Las altas tasas de innovación e el sistema sanitario hacen imposible la reevaluación periódica de la cartera de servicios con este fin (10).

De los resultados observados podemos concluir que la mayoría de las pruebas tramitadas son fruto de esta innovación en medicina y la aglutinación de la realización de éstas en pocos centros, con el fin de rentabilizar los aparatos. Además, y por otro lado lógico, son los facultativos especialistas quienes prescriben estas pruebas innovadoras, puesto que los pacientes no tienen criterio ni potestad para dicha prescripción.

El Public Health Functions Steering Committee

(PHFSC) de Estados Unidos definió los diez servicios esenciales de salud pública, que están guiando los esfuerzos organizativos de gestión en Europa y por extrapolación en las Comunidad Autónomas. Una de estas recomendaciones es fomentar las colaboraciones y alianzas para generar salud. (13).ç

Aunque el amplio sistema sanitario de la Comunidad de Madrid tiene una amplia cartera de servicios, aún así es imprescindible la derivación a centros privados, donde su capacidad de especialización o adquisición de tecnología innovadora sanitaria es superior.

El periodo de estudios, a pesar de ser 4 años, no es suficiente para renovación tecnológica en la administración. Se refleja una evolución descendente del estado de las solicitudes a los centros privados, tal vez producto de una mayor concienciación de los costes en plena crisis económica.

No ha sido objeto de este trabajo, pero sería positivo estudiar estadísticamente los motivos de rechazos de las solicitudes. Las tres causas más frecuentes fueron denegaciones por saturación, por falta de documentación y por existir la prestación en su área. La falta de documentación, su solución pasa por una fase de educación donde se adjunte la información clínica necesaria a la solicitud.

La denegación por tener la prestación en nuestro Área está causada por dos motivos. Uno el desconocimiento de la totalidad de prestaciones o cartera de servicios detallada de nuestra Comunidad y el otro, proveniente de las peticiones de los pacientes donde no se especifica claramente el concepto de segunda opinión, para poder ejercer sus derechos.

Como conclusión podemos decir que la Sanidad de la

La mayoría de las pruebas tramitadas son fruto de esta innovación en medicina y la aglutinación de la realización de éstas en pocos centros, con el fin de rentabilizar los aparatos

Comunidad de Madrid no realiza por si misma las prestaciones necesarias para hacer efectivos los derechos fundamentales, sino que su función es activar a las fuerzas sociales privadas para que colaboren en la realización de tareas públicas en el marco de la legislación Comunitaria y Estatal, garantizando así, el derecho constitucional de la Salud (5).

La Gestión de la Salud Pública, cuyo fin es asegurar la equidad, mejorar la cohesión y la calidad, se convierte en una gestión sanitaria reguladora, no prestadora de la totalidad de servicios, enmarcados legalmente en la nueva ley de Contratos del Sector Público.

Por otro lado las Leyes de Ordenación Sanitaria de las Comunidades de Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid entre otras, son las que establecen las líneas fundamentales de la organización y destacan el derecho del paciente a una segunda opinión médica (9). Ejercicio que como ha quedado demostrado en este estudio ejercen los pacientes en nuestra Comunidad Autónoma y en nuestra Área Sanitaria de influencia.

Este conocimiento de los derechos de los pacientes, plasmados en la ley de Autonomía del Paciente, produce un incremento en el número de peticiones que conlleva a la evolución natural de la libre elección de Especialista como se implantó en su día en la Comunidad Andaluza y en breves en nuestra Comunidad.

Bibliografía

- (1) Ley 14/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad. 1986 de 29 de abril(BOE 102):15207-24.
- (2) Madera Núñez V. La sanidad privada en el Sistema Nacional de Salud. Perspectivas de futuro. Rev Adm Sanit 2007;5(2):231-6.
- (3) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado 2003 de 29 de mayo(BOE 128):20567-88.
- (4) Dominguez Martín M. Formas de gestión de la sanidad pública en España. 1º Edición ed. (Las Rozas) Madrid: La Ley; 2006.
- (5) Menendez Rexach A. La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. Rev Adm Sanit 2008;6(2):269-96.
- (6) Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público. 2007 de 30 de octubre(BOE 261):44336-436.
- (7) Tolivar Alas L. Derechos de los pacientes y usuarios ante la gestión privada de servicios sanitarios. Derecho y salud 2007;15(1):43-62.
- (8) Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. 2001 de 21 de diciembre(BOCM 306):8-39.
- (9) Sánchez Bayle M, Palomo L. Informe sobre la situación de salud y de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Rev Adm Sanit 2007;5(1):147-73.
- (10) Oliva J. Comentario. Sobre reglas de decisión, coste-efectividad e impacto presupuestario: allegro ma non troppo. Gac.Sanit. 2008;22(06):591-3.
- (11) Martínez-Ramos C. Nuevos retos del Sistema Sanitario. REDUCA. Serie Medicina 2009;1(1):19-39.
- (12) Gómez Jiménez ML. La incidencia de los derechos de los pacientes en la e-health: el auge del derecho a la Segunda Opinión Médica. RevistaeSalud.com 2007;3(11).
- (13) Villalbí JR, Carreras F, Martín-Moreno JM, Hernández-Aguado I. La cartera de Servicios de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud: la aportación de la Administración General del Estado The Public Health Services Portfolio in the National Health System: the Contribution of the Central Government of Spain. Rev.Esp.Salud Publica 2010;84(3):247-54.

