



Servicios de Referencia y las Transferencias Sanitarias

J. González-Cotrruelo y M. Arias

Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

Se nos anuncia el final del INSALUD al término de la Legislatura actual, con lo que para entonces todas las Comunidades Autónomas tendrán transferidas las competencias en asistencia sanitaria. Una vez completado el fraccionamiento del sistema, para adaptarse a la España de las autonomías, se creará un nuevo escenario en el que habrá que abordar los problemas desde la colaboración y el consenso, y uno de ellos son los *Servicios de referencia*.

Desde sus comienzos, con el Instituto Nacional de Previsión y posteriormente con el actual Sistema Nacional de Salud (SNS), ha habido prestaciones sanitarias que eran recibidas en hospitales fuera del entorno geográfico del paciente. En este sentido, un ejemplo cercano a los nefrólogos es el que, a comienzo de los setenta, las escasas unidades de hemodiálisis existentes en el país acogían a pacientes de muy diversas áreas geográficas. Afortunadamente la implantación de esta tecnología fue rápida en todo el territorio y terminó con los desplazamientos; sin embargo, otro tipo de prestaciones, bien terapéuticas, como el trasplante renal o la inmunoadsorción, o diagnósticas, como la biopsia renal no fueron puestas en marcha al mismo tiempo que las unidades de hemodiálisis porque no se consideraron prioritarias.

Cuando un médico especialista indicaba una prestación que no podía dar, escogía, entre aquellos hospitales que en su cartera de servicios estuviera, la prestación deseada y remitía al paciente al que consideraba oportuno. Esto dio origen a flujos de pacientes de similar patología hacia el mismo hospital por lo que se acuñó, en el argot sanitario, el término de *referencia*. La referencia inicialmente no tuvo soporte administrativo y se estableció a partir de las relaciones entre el médico responsable de los pacientes y el Servicio que le proveía de aquellas prestaciones que creía indicadas. Dado que no había una homogeneidad en el desarrollo de los Servicios

de un hospital, se podía dar la situación que recibiera pacientes de referencia para determinadas prestaciones y a su vez tuviera que referirlos fuera para otras.

La referencia, dentro de un sistema sanitario de gestión centralizada como era el español, antes que se iniciaran las transferencias, fue el primer paso hacia la competitividad entre hospitales de alto nivel. La referencia estaba basada en términos de prestigio y calidad. La proximidad geográfica era ponderada, pero puestos a desplazarse adquiría más peso la calidad de la asistencia que la distancia geográfica. Un hospital que tenía servicios de referencia, tenía mejores estándares que los que no los tenían. Quizás, habrá quien alegue que la posibilidad de dar esos servicios de referencia estaba basada en la disponibilidad de medios y no en la preparación, iniciativa y actitud de las personas que los ponían en marcha, pero esto no explicaría por qué dentro de un hospital había Servicios que recibían pacientes de referencia y otros no.

El desarrollo tecnológico y científico en sanidad es muy rápido, la implantación de nuevas tecnologías no puede ser simultánea en todos los hospitales y dependerá de la iniciativa de grupos de trabajo que por su calidad estarán en vanguardia. Hacia ellos se deben dirigir los pacientes que quieran recibir determinadas atenciones sanitarias antes que se generalicen y parece deseable que esta referencia no se condicione ni geográfica ni políticamente y, sólo se fundamente en la calidad.

Actualmente, casi todos los responsables políticos en gestión sanitaria defienden la posibilidad de la libre elección del hospital por los ciudadanos, puesto que posibilita la competitividad entre hospitales, generadora de todo tipo de virtudes. Lo que no queda claro es el ámbito de la elección que promueven, si es dentro de la ciudad, del territorio autónomo o del estado. De momento los Servicios de Salud que han regulado la libre elección, como el andaluz, lo han hecho dentro de su ámbito, como no podía ser de otra manera ya que no tienen competencias para todo el Estado.

La Ley General de Sanidad del 86 contempla la posibilidad de acreditar servicios de referencia por

Correspondencia: Dr. Julio González-Cotrruelo
Servicio de Nefrología
Hospital Marqués de Valdecilla
Avda. Valdecilla, s/n.
39008 Santander

su calidad y excelencia, a los que puedan acudir todos los usuarios del SNS. También y aunque no está regulada, se asume por parte del usuario el derecho a una segunda opinión y a ello no hay una oposición explícita por parte de las autoridades sanitarias. Quedaría por dilucidar, si se llega a regular, si ésta se tendrá que efectuar dentro del propio Servicio de Salud o podrá obtenerse en cualquier centro del territorio nacional.

Parece fundamental, y la Ley General de Sanidad lo establece, el mantener en el SNS la *equidad*. La competencia entre proveedores de servicios, aunque estén afincados en diversas áreas de Salud puede garantizar dicha equidad, porque, en un sistema abierto, todos los ciudadanos pueden tener acceso a prestaciones de similar calidad. Esto permitiría obtener un mejor rendimiento de los recursos ya que eliminaría la ineficiencia que puede generar el que un Servicio de la comunidad se subvencione para determinadas prestaciones, simplemente por el hecho

de estar ubicado en la misma, aunque dé un servicio de mala calidad.

La ya citada Ley General de Sanidad contempla la necesidad de una coordinación general sanitaria y deja en manos del Estado su ejercicio. Hoy día se habla de la posibilidad de desarrollo de una ley de coordinación que regule las relaciones entre todos los Servicios de Salud y en la que se debería abordar los servicios de referencia.

La descentralización debe llevar a una mejor gestión de los recursos por la proximidad de los servicios a los usuarios pero también debe fomentar la competitividad y evitar la subvención sobre la base de criterios de regionalismos o nacionalismos. Los *servicios de referencia* deben ser impulsados porque sin duda tendrán una repercusión favorable sobre la eficiencia y equidad del SNS, y por ello se deben arbitrar fórmulas de compensación por las prestaciones que puedan dar, ya que si no sería una hiporesía el defenderlos.

N	O T I C I A S
E	<div style="background-color: black; color: white; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN IV CONGRESO IBEROAMERICANO DE NEFROLOGÍA VIII CONGRESO CENTROAMERICANO Y DEL CARIBE DE NEFROLOGÍA </div> <p>Estos tres encuentros se realizarán en el Centro de Convenciones del Hotel Herradura, San José, Costa Rica en las fechas del 14 al 17 de abril 2002.</p> <p>Serán auspiciados por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, Asociación Centroamericana y del Caribe de Nefrología e Hipertensión, la Asociación Costarricense de Nefrología y las Sociedades Española y Portuguesa de Nefrología.</p> <p>El programa científico constará de 6 temas principales que estarán presentes los 4 días del congreso: insuficiencia renal crónica, insuficiencia renal aguda, desórdenes de líquidos y electrolitos, diálisis y trasplante, hipertensión y glomerulopatías.</p> <p>Además el programa contará con sesiones plenarias, 12 simposios, curso de educación médica continuada y conferencias clínico patológicas.</p> <p>Para mayor información por favor contactar con:</p> <p style="text-align: right;">Secretaría del Congreso CCM Congresos y Convenciones Teléfonos: (506) 283-9712/234-9848 Apartado Postal: 884-2150, Moravia, Costa Rica E-mail: congreso@racsa.co.cr. Página web: www.ccmer.com/congresos/nefrología</p>
F	
R	
O	
L	
O	
G	
I	
A	