



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL.....	3
2. DEMOGRAFÍA.....	5
3. ECONOMÍA.....	16
4. MEDIOS DE TRANSPORTE.....	18
5. SANIDAD.....	19
II. CONSIDERACIONES GENERALES.....	29
1. LISTAS DE ESPERA.....	29
2. ORIGEN MULTIFACTORIAL.....	31
III. ANALISIS DE SITUACIÓN.....	36
IV. MARCO NORMATIVO.....	48
V. JUSTIFICACION DEL PLAN.....	60
VI. OBJETIVOS.....	71
VII. DESPLIEGUE DEL PLAN Y LINEAS DE ACTUACIÓN.....	87
VIII. PRESUPUESTO Y FINANCIACIÓN DEL PLAN.....	166
IX. CRONOGRAMA.....	168
X. EVALUACIÓN.....	169

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

I. INTRODUCCIÓN:

La Comunidad de Madrid es una comunidad autónoma de España situada en el centro de la península ibérica y, dentro de esta, en el centro de la Meseta Central, tiene una superficie de 8021,80 km². Sus límites describen un triángulo equilátero aproximado, en el que su base está en la linde con la provincia de Toledo, al sur, y su vértice superior en el puerto de Somosierra, al norte. El término municipal de Aranjuez rompe esta forma triangular, a modo de apéndice que se adentra en la provincia de Toledo. Fuera de ese triángulo, rodeada por las provincias de Ávila y Segovia, se encuentra la Dehesa de la Cepeda, que pertenece al municipio madrileño de Santa María de la Alameda. La región está situada en el centro de la Meseta Central, en la parte septentrional de la Submeseta Sur, entre el Sistema Central (al norte y noroeste) y el río Tajo (al sur y sureste). Limita al norte y al oeste con Castilla y León (provincias de Segovia y Ávila) y al este y al sur con Castilla-La Mancha (provincias de Toledo, Guadalajara y Cuenca).

La Comunidad de Madrid es uniprovincial, por lo que no existe diputación. Su capital, Madrid, es también la capital de España. Su población es de 6.495.551¹ habitantes (1/1/2013, INE2013), con una población de Tarjeta Sanitaria Individual de 6.414.211 (1/1/2015), la cual se concentra mayoritariamente en el área metropolitana de Madrid.



Esta comunidad, que forma parte de la región histórica de Castilla (reconocida además como castellana oficialmente en sus estatutos de autonomía), posee una posición central en la red de medios de transportes de España. Tiene la segunda economía⁵ del país tras Cataluña, y tras un crecimiento continuado durante la última década, acercándose a Cataluña, llegó a ser la primera economía española en PIB en 2009. En 2013 el PIB de Madrid² representa el 18,3 % del PIB de España situándose en segundo lugar tras el 18,8 % de Cataluña.

1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL:

A diferencia de otras comunidades autónomas, la Comunidad de Madrid carece de una comarcalización que tenga relevancia administrativa. No obstante, algunas instituciones autonómicas han delimitado diferentes áreas a partir de criterios de homogeneidad geográfica y sociodemográfica, que toman su nombre de los puntos cardinales y de los principales ríos de la región. Su validez se limita a promociones turísticas o a divisiones agrícolas.

¹ Fuente: INE, cifras de población y censos demográficos.

² Fuente: INE Economía.

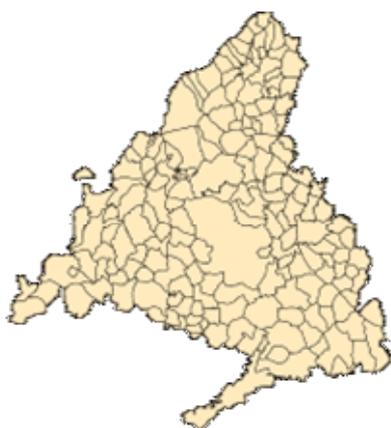
Ni siquiera se encuentra definida legalmente el área metropolitana de Madrid, a pesar de su importancia social, demográfica y económica y las necesidades que, en términos de infraestructuras, urbanismo o transportes, comparten los municipios situados bajo la zona de influencia de la capital.

La clasificación que ha conseguido un mayor nivel de implantación, elaborada por la Dirección General de Turismo, establece ocho grandes comarcas y deja al margen al área metropolitana de Madrid: Sierra Norte, Sierra Oeste, Comarca de Las Vegas, Cuenca del Guadarrama, Cuenca Alta del Manzanares, Cuenca del Medio Jarama, Cuenca del Henares y Comarca Sur

Popularmente, los madrileños clasifican su región a partir de las áreas de influencia de las seis autovías radiales que surcan la provincia. La que se articula alrededor de la A-2 recibe el nombre oficioso del Corredor del Henares.

La ausencia de una comarcalización administrativa es consecuencia de la conformación del área metropolitana de Madrid a lo largo del siglo veinte y, especialmente, en su segunda mitad. La progresiva implantación de esta nueva realidad desdibujó el perfil de las comarcas históricas madrileñas, que se relacionan a continuación: Valle del Lozoya, Guadarrama, Somosierra, Valle del Alberche y La Sagra (compartidas con Toledo), El Real de Manzanares, Lomo de Casarrubios, Comarca de Alcalá, (con dos subcomarcas: Alcarria de Alcalá y La Campiña, compartida con Guadalajara), Alcarria de Chinchón y Cuesta de las Encomiendas.

MUNICIPIOS:



Mapa municipal de la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid se organiza territorialmente en 179 municipios y en 801 localidades y entidades menores de población. Posee el 2,2 % de los municipios totales que integran el territorio español (8.110). Es la vigésimotercera³ provincia española en número de ayuntamientos y se sitúa ligeramente por encima de la media, cifrada en 165 municipios por provincia (Burgos cuenta con el mayor número de términos municipales con 371, y Las Palmas es la provincia que tiene menos con 34 ayuntamientos).

Existen veinte partidos judiciales, cuyas cabezas corresponden a los siguientes municipios (el histórico partido judicial de San Martín de Valdeiglesias perdió esta consideración en el año 1985): Alcalá de Henares, Alcobendas, Alcorcón, Aranjuez, Arganda del Rey, Collado Villalba, Colmenar Viejo, Coslada, Fuenlabrada, Getafe, Leganés, Madrid, Majadahonda, Móstoles, Navalcarnero, Parla, San Lorenzo de El Escorial, Torrejón de Ardoz, Torrelaguna, Valdemoro y Valdaracete.

La superficie media de los municipios madrileños es de 44,8km², un promedio bajo el que se esconden grandes oscilaciones. El más extenso de todos ellos es Madrid, ayuntamiento que anexionó, entre 1948 y 1954, los municipios limítrofes de Chamartín de la Rosa, Fuencarral,

³ Fuente: INE, datos geográficos.

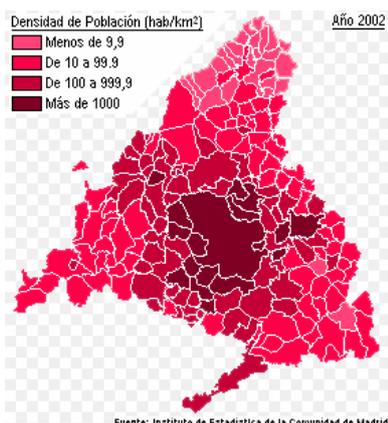
Barajas, El Pardo, Hortaleza, Canillas, Canillejas, Vicálvaro, Vallecas, Villaverde, Carabanchel Alto, Carabanchel Bajo y Aravaca, convertidos hoy en distritos o barrios.

Los cinco términos municipales más grandes son Madrid, con 605,8km²; Aranjuez, con 189,1km²; Colmenar Viejo, con 182,6km²; Rascafría, con 150,3km²; y Manzanares el Real, con 128,4km². Los de menor superficie superficie son Casarrubuelos, con 5,3km²; La Serna del Monte, con 5,4km²; Pelayos de la Presa, con 7,6km²; Madarcos, con 8,5km²; y Torrejón de la Calzada, con 9,0 km².

2. DEMOGRAFÍA:

Número de Habitantes: Madrid es la provincia más poblada de España, con 6.495.551 habitantes, a 1 de enero de 2013 (INE⁴). Por autonomías, esta comunidad uniprovincial es la tercera de mayor población del país, por detrás de Andalucía (en sus ocho provincias residen más 8,4 millones de personas) y de Cataluña (con 7,5 millones en cuatro provincias).

Densidad de población:



La densidad de población de la región es de 809 hab/km² (INE2011), muy superior a la del conjunto español (93,51 hab/km²). Sin embargo, este indicador esconde enormes oscilaciones, conforme se considere la zona central de la provincia o los límites de la misma. Mientras que el municipio de Madrid arroja una densidad de 5.374,88 hab/km², en la comarca de la Sierra Norte se reduce a menos de 9,9 hab/km².

Según la última actualización de la población del INE a 1 de enero de 2013, la población de la Comunidad de Madrid (CM) era de 6.495.551 habitantes, lo que representó el 13,78% de la población del conjunto nacional. La región cuenta con una extensión territorial de 8.021 kilómetros cuadrados, siendo su densidad de población de 5.374,88 habitantes por kilómetro cuadrado, superior a la media de España, que es de 93,14 habitantes por kilómetro cuadrado.

Características demográficas de España y Comunidad de Madrid.

Características demográficas	España	CM
Superficie en kilómetros.	505.988	8.021
Superficie %.	100%	1,59%
Población (habitantes)	47.129.783	6.495.551
Población %.	100%	13,78%
Densidad de población. (hab/km ²)	93,14	5.374,88

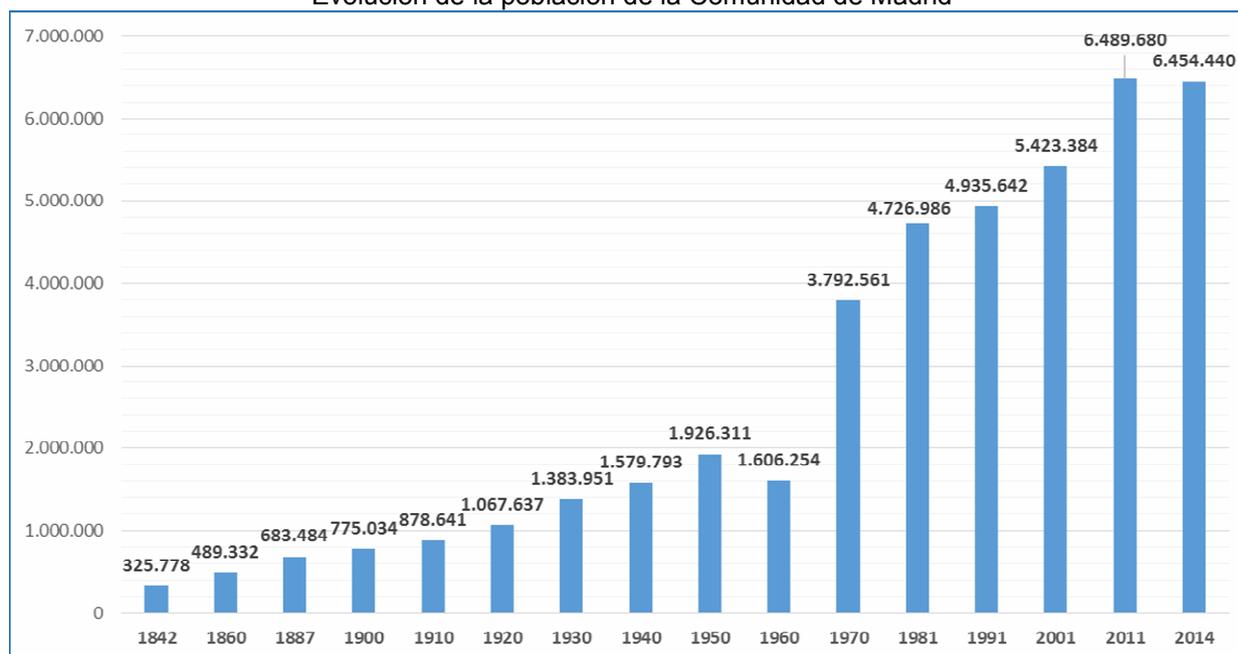
Densidad de la población por comunidades.

⁴ Instituto Nacional de Estadística



La gran mayoría de la población de la comunidad autónoma se concentra en la capital y en sus alrededores, que conforman el área metropolitana más importante de España, donde reside aproximadamente el 90%⁵ de los habitantes de la Comunidad de Madrid. A medida que aumenta la distancia de la capital, más se reducen las cifras demográficas, principalmente en lo que respecta al norte y al suroeste de la región.

Evolución de la población de la Comunidad de Madrid



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

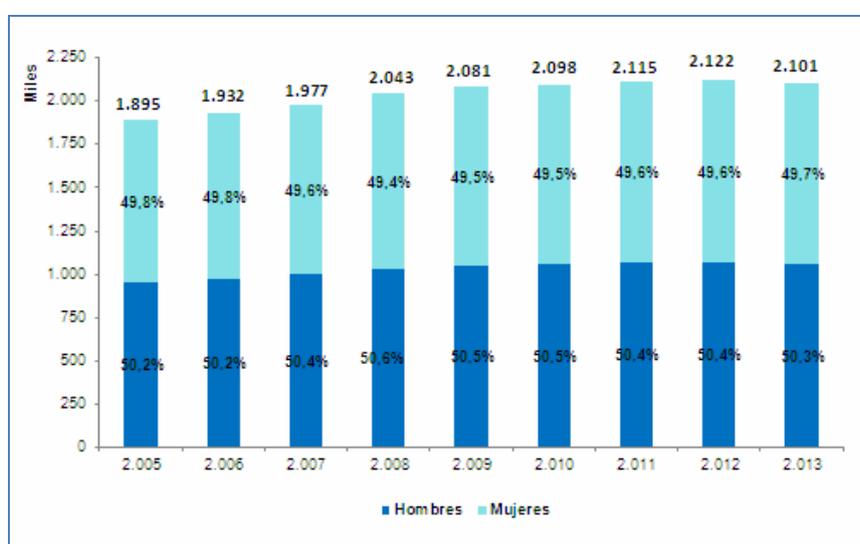
La evolución de la población en la Comunidad de Madrid desde el año 2005 hasta el año 2014 y su estructura por sexos, según datos el padrón municipal de habitantes viene representada en la siguiente tabla.

⁵ Fuente: Instituto Nacional de Estadística: Demografía

Evolución de la población en la Comunidad de Madrid. Periodo 2005-2013

Periodo	Población total	Hombres	Mujeres
2.005	5.964.143	2.887.718	3.076.425
2.006	6.008.183	2.908.654	3.099.529
2.007	6.081.689	2.943.778	3.137.911
2.008	6.271.638	3.040.658	3.230.980
2.009	6.386.932	3.094.874	3.292.058
2.010	6.458.684	3.124.438	3.334.346
2.011	6.489.680	3.132.844	3.356.836
2.012	6.489.560.	3.130.241	3.368.319
2.013	6.495.551	3.123.724	3.371.827
2.014	6.454.440	3.099.641	3.354.799

Evolución de la población en la Comunidad de Madrid. Porcentajes por sexo



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En el gráfico se observa la evolución seguida por la población de la Comunidad de Madrid desde el año 2005 hasta el 2013. El porcentaje entre hombres y mujeres se mantiene muy similar en cada uno de los años del período estudiado.

Composición por sexo y edad: La población madrileña presenta un perfil de edad preferentemente joven-adulto: el 46,7% de los habitantes de la región tiene entre 16 y 44 años (INE2006). A cierta distancia aparece el grupo de edad de 45 a 64 años, que supone el 23,5%. Muy alejados se sitúan los niños y adolescentes (hasta 15 años), con un 15,3%, y los mayores de 65 años, con un 14,5%.

Comparativamente con los datos nacionales, la región de Madrid muestra un componente joven-adulto más elevado. El 62,0% de los madrileños tiene menos de 45 años, cifra superior a la del total español, con un 59,6%.

También hay diferencias por sexo. En la Comunidad de Madrid habitan más mujeres que en el conjunto de España, en términos relativos. Su perfil femenino se cifra en 2006 en un 51,6%, un

punto más que en el total español (un 50,6%). El 48,4% restante corresponde a la población masculina, frente al 49,4% de todo el país.

Año	0-15	16-44	45-64	>65
2006	922.899	2.804.409	1.410.798	870.077

Año	Comunidad Madrid		España	
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
2006	48,41	51,59	49,43	50,57

El crecimiento natural o crecimiento vegetativo se define como la diferencia entre los nacimientos y las defunciones que tienen lugar en un territorio. En el cuadro se recogen las cifras de nacimientos, defunciones y matrimonios registrados en la Comunidad de Madrid desde el año 2001 hasta el año 2013. Se observa como el saldo vegetativo se sitúa cercano al 6,26%.

Crecimiento natural de la población y matrimonios de la CM⁶.

Año	Matrimonios	Nacimientos	Defunciones	Saldo
2001	29.854	59.724	38.558	21.166
2002	30.021	63.156	39.281	23.875
2003	29.735	67.046	41.429	25.617
2004	30.205	69.027	40.293	28.734
2005	28.387	69.367	40.842	28.525
2006	27.684	71.912	39.882	32.030
2007	28.000	74.837	41.393	33.444
2008	26.583	78.792	41.270	37.522
2009	24.505	75.957	41.268	34.689
2010	24.603	73.878	40.828	33.050
2011	24.306	72.023	41.614	30.409
2012	24.526	69.374	42.799	26.575
2013	23.878	65.343	42.393	22.950

Natalidad y mortalidad: La tasa de **natalidad** de la región madrileña (nacidos por cada 1.000 habitantes) es de 11,80 puntos (INE2005), cifra tímidamente superior a la del conjunto español (10,75 puntos). En lo que respecta a la **mortalidad**, las diferencias con los datos nacionales son algo más acusadas. La tasa de mortalidad correspondiente a la comunidad autónoma (6,95) es inferior en dos puntos a la de toda España (8,93).

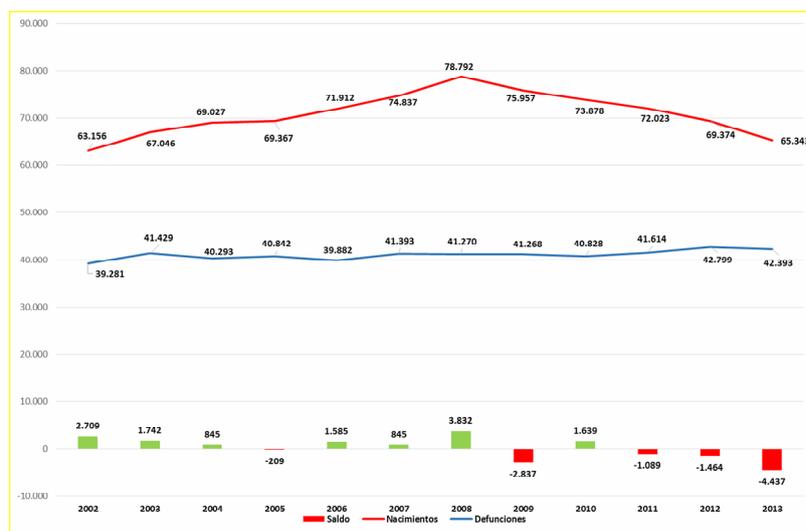
En la evolución del número de nacimientos de la región en el periodo analizado es posible diferenciar dos fases. La primera fase de 2001 a 2008, el número de nacimientos fue aumentando de manera progresiva con un crecimiento interanual del 4,05%, siendo el crecimiento total de esta fase de un 31,93%. La segunda fase de 2008 a 2013 en el que el número de nacimientos ha disminuido con un decrecimiento medio interanual del 3,67%, siendo la disminución total de esta fase de un 13,97%. En el año 2013 el total de nacimientos por sexo fue de un 51,39% varones y un 48,61% mujeres.

⁶ Fuente: INE, movimientos naturales de la población.

La mortalidad se ha mantenido, prácticamente, constante en todo el periodo analizado. En el año 2012, hubo un aumento de la mortalidad del 2,85% con respecto al año anterior, cifra que disminuye en un 0,95% en el siguiente año. En el año 2013 el total de defunciones por sexo fue de un 49,63% varones y un 50,37% mujeres.

El crecimiento natural⁷ del periodo analizado se puede dividir en dos fases, la primera fase corresponde a los años 2001-2008 en el que el número de nacimientos crece, y se logra superar el número de fallecimientos que también crece, por lo que el saldo de crecimiento natural es positivo, siendo el mayor valor el correspondiente a 3.832 en el año 2008, en el que los nacimientos alcanzan su pico más elevado y los fallecimientos se han mantenido constantes.. La segunda fase corresponde a los años 2009-2013, en donde el saldo de crecimiento natural de la población es positivo en todos los años.

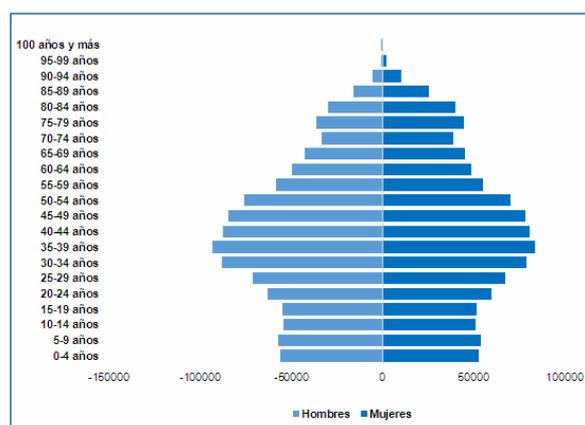
Crecimiento natural de la población en la CM.



Estructura poblacional: Pirámide de población:

El estado de envejecimiento o rejuvenecimiento de un territorio viene reflejado en la forma que adopta su pirámide de población. A partir de la explotación de los datos del Padrón municipal de habitantes por sexo y edad para el año 2013, se ha construido la pirámide poblacional de la Comunidad de Madrid, que viene representada en el gráfico siguiente.

Pirámide poblacional de la Comunidad de Madrid.



⁷ Fuente: Padrón Municipal

El gráfico muestra un apreciable ensanchamiento en su parte central, lo que muestra el predominio de los grupos de edad entre 25 y 49 años en la población de la comunidad. Un aspecto a destacar de gráfico es el hecho de presentar simetría con un poco de ensanche en la izquierda en los grupos de edad de 25 a 49 años y un poco ensanchada a la derecha en los grupos de 50 a 100 años. Esta simetría se debe a que en el primer grupo de edad el número de hombres es un poco mayor al de mujeres, mientras que en el segundo grupo de edad, se da lo contrario, el número de mujeres es un poco mayor que el de hombres.

El grupo de población con edades inferiores a 15 años es de 1.014.510 personas. El grupo más numeroso es el que comprende las edades de entre 15 y 64 años con una población de 4.458.018 personas, mientras que la población mayor de 65 años fue de 1.023.023 personas.

En correspondencia con lo indicado anteriormente, la proporción de mujeres sobre el total supera a la proporción de hombres a partir de los 41 años.

En el siguiente cuadro se presenta la estructura poblacional desagregada por grupos de edad y sexo en la Comunidad de Madrid, según datos de la explotación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2013.

Población de la CM por sexo y grupos de edad

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	TOTAL
0-4	185.590	175.784	361.374
5-9	178.092	169.393	347.485
10-14	156.561	149.090	305.651
15-19	147.548	141.211	288.759
20-24	165.644	167.694	333.338
25-29	209.642	220.568	430.210
30-34	275.750	280.411	556.161
35-39	310.496	308.629	619.125
40-44	281.690	283.693	565.383
45-49	250.966	262.237	513.203
50-54	212.942	231.437	444.379
55-59	174.396	199.227	373.623
60-64	154.318	179.519	333.837
65-69	134.261	160.627	294.888
70-74	95.677	119.049	214.726
75-79	85.121	119.804	204.925
80-84	61.531	100.257	161.788
85-89	31.073	64.639	95.712
90-94	10.188	29.297	39.485
95-99	1.975	7.963	9.938
100 y más	263	1.298	1.561
TOTAL	3.123.724	3.371.827	6.495.551

Fuente: Padrón Municipal

SALDO MIGRATORIO:

Una vez analizado el movimiento natural de la población de la región, se pasa a estudiar el comportamiento de las migraciones, tanto las que tienen lugar dentro del territorio nacional (migraciones interiores), como las procedentes del extranjero (inmigración exterior).

Desde comienzos de los años ochenta, el particular comportamiento de los saldos migratorios interiores regionales ha llevado a calificar al nuevo modelo de migraciones interiores en España de compensado o equilibrado. La creciente preferencia de la población por las distancias cortas y por itinerarios migratorios más diversos, que no siempre responden a motivaciones

estrictamente económicas, ha conducido a una situación, en la cual los saldos migratorios interiores de las regiones españolas presentan valores extremadamente bajos.

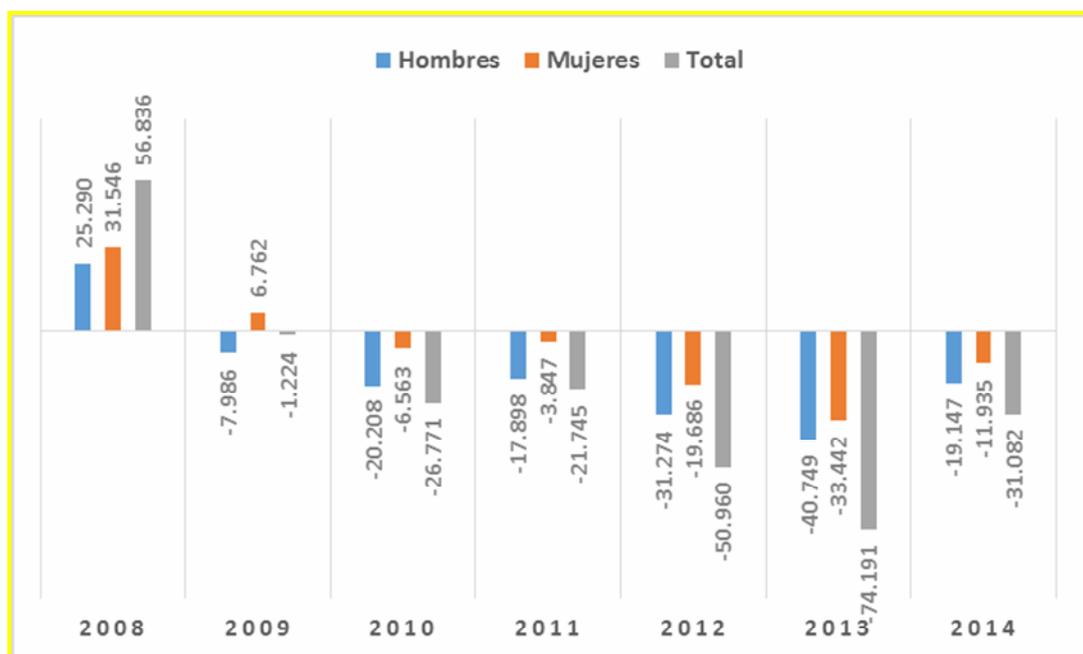
En cuanto a la inmigración extranjera, la magnitud de esta clase de entradas a España ha sido alta en los últimos 10 años, paralelamente a las distintas reformas de la Ley de Extranjería. La Estadística de Variaciones Residenciales, que publica anualmente el INE, es la fuente de datos de la que se ha extraído la información relativa a migraciones interiores y exteriores que se muestra en este apartado.

Esta estadística define una migración interior como aquel cambio de municipio de residencia que tiene por destino un municipio distinto al de origen perteneciente al territorio español, y que es comunicado en el Padrón municipal. Por otro lado, esta fuente define como migración exterior cualquier movimiento desde un país extranjero a España o desde España hacia un país extranjero y que es comunicada en el padrón municipal de habitante.

Migraciones externas.

En la Comunidad de Madrid el resultado total de las inmigraciones y emigraciones hacia el extranjero o saldo migratorio⁸ total ha sido negativo en los últimos años. En el año 2012 el saldo total fue de -50.960 personas, el saldo de los hombres fue de -31.274 y el de las mujeres de -19.686. En el año 2013 el saldo total fue de -74.191 personas, el saldo de los hombres fue de -40.749 y el de las mujeres de -33.442. En el año 2014 también se tuvo un saldo total negativo, no obstante se producido una notable disminución, siendo de tan solo -31.082 personas, el saldo de los hombres fue de -19.147 y el de las mujeres de -11.935.

Saldo de las migraciones extranjeras en la CM.



Fuente: Padrón Municipal

⁸ Se incluyen tanto las originadas por población Española como por población extranjera.

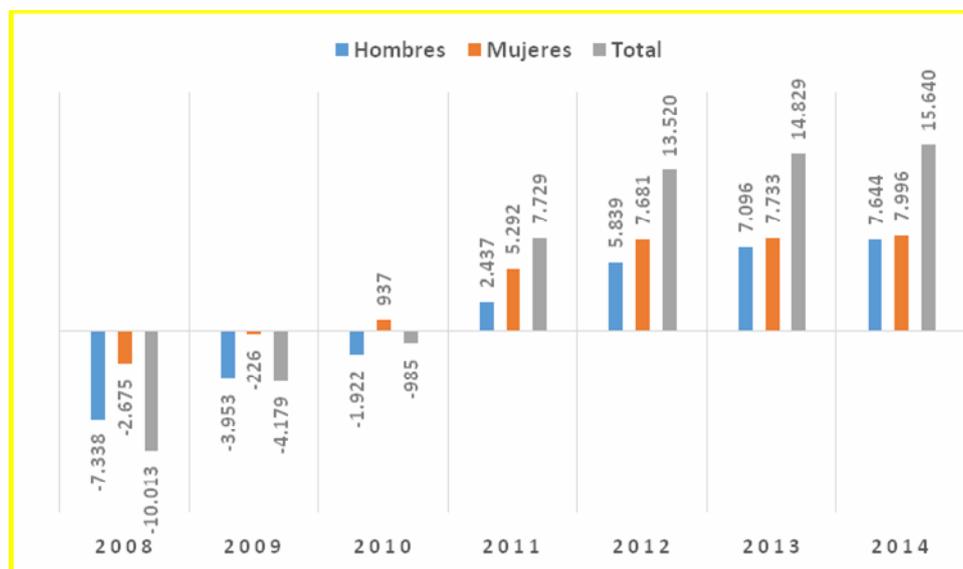
El detalle de las inmigraciones y emigraciones, tanto de población española como de población extranjera se detalla en la siguiente tabla.

Flujos migratorios externos en la CM

Migraciones externas						
CM	Inmigraciones			Emigraciones		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2009	73.235	33.461	39.774	74.458	41.447	33.011
2010	60.653	27.869	32.784	87.424	48.077	39.347
2011	67.150	30.492	36.658	88.895	48.390	40.505
2012	56.103	25.952	30.151	107.064	57.227	49.837
2013	51.677	24.221	27.456	125.868	64.970	60.898
2014	59.831	28.102	31.729	90.913	47.249	43.664

Migraciones internas: El saldo migratorio⁹ para los años del 2009 al 2010 ha sido negativo para la Comunidad de Madrid, mientras que en el año 2011 se ha invertido teniendo un saldo positivo, y duplicando el balance en el año 2012 y manteniéndose hasta el año 2014.

Saldo de la migraciones internas en la CM.



Fuente: Padrón Municipal

La reducción del saldo migratorio en la Comunidad de Madrid fue del 76,43% para el bienio 2009/2010 y pasando a ser positiva desde el bienio 2010/2011 al bienio 2013/2014, teniendo un incremento en el periodo del 102,35%. El detalle de las inmigraciones y emigraciones internas diferenciadas por sexo, se detalla en la siguiente tabla.

⁹ Diferencias entre la inmigración y la emigración

Flujos migratorios internos en CM.

Migraciones interiores	2011			2012			2013			2014		
	Inmigraciones	Emigraciones	Saldo	Inmigraciones	Emigraciones	Saldo	Inmigraciones	Emigraciones	Saldo	Inmigraciones	Emigraciones	Saldo
CM												
Total	75.499	67.770	7.729	75.917	62.397	13.520	74.036	59.207	14.829	73.050	57.410	15.640
Varones	38.207	35.770	2.437	38.292	32.453	5.839	37.435	30.339	7.096	36.999	29.355	7.644
Mujeres	37.292	32.000	5.292	37.625	29.944	7.681	36.601	28.868	7.733	36.051	28.055	7.996

La primera explosión demográfica: En la segunda mitad del siglo XX, se produjo una explosión demográfica, al compás de los flujos migratorios entre las diferentes regiones españolas. La ciudad de Madrid dejó de ser el único destino receptor, en beneficio de los municipios limítrofes, y empezó a configurarse la actual área metropolitana. En 1950 había 1.926.311 habitantes en toda la provincia y en 1981 se contaban 4.726.986. En la década de los noventa, el *boom* migratorio se detuvo y la población madrileña se estabilizó, si bien con una cierta tendencia alcista.

La segunda explosión demográfica: A finales de los noventa, resurgió el fenómeno de la inmigración, esta vez de procedencia internacional, y continuó en los primeros años del siglo XXI. En 1996 había 5.022.289 habitantes en toda la comunidad y en 2005 la cifra se elevaba a 5.921.066. En la última actualización del padrón, a 1 de enero de 2007, se contabilizan 6.081.689 habitantes. En los momentos actuales, el peso relativo de la ciudad de Madrid en el conjunto de la provincia se sitúa alrededor del 50%, veinticinco puntos porcentuales menos que en el siglo XIX.

En el periodo 1981-2005, el crecimiento demográfico de la región fue del 26,17%, frente al 16,87% de la media nacional. No todas las comarcas madrileñas participaron en los mismos términos de este aumento de población. Algunas, incluso, se vieron afectadas por un proceso de despoblamiento, caso de la llamada Sierra Norte (en el vértice septentrional de la provincia), conocida popularmente como la Sierra pobre, con pueblos de pocas decenas de habitantes. En los últimos años, el turismo rural parece haber favorecido cierto repunte demográfico de esta comarca.



Evolución demográfica de la Comunidad de Madrid entre 1991 y 2007, por series cronológicas anuales. NOTA: Las cifras anteriores a 1996 están referidas a 1 de mayo y las demás a 1 de enero (por esta razón, no figura 1997). Fuente: INE.

Madrid se ha convertido desde los años cincuenta y sesenta en un polo industrial de primera magnitud, que ha atraído a un número muy importante de inmigrantes, procedentes de las regiones menos desarrolladas del país, como también (desde principios de los años noventa) de otros países. Según el censo del INE del año 2005, la comunidad autónoma cuenta con un 13,09% de extranjeros, cinco puntos por encima de la media española (8,47%).

Un 53,00% de los no nacionales son iberoamericanos, un 18,36% de la Europa no comunitaria, un 9,27% de África del Norte, un 9,21% de la Unión Europea, un 3,59% del África subsahariana, un 3,36% de Asia del Este y un 1,03% de Filipinas. Por nacionalidades, las más importantes son la ecuatoriana (un 22,23% sobre el total de extranjeros), la rumana (12,35%), la colombiana (9,30%), la marroquí (8,91%) y la peruana (5,03%).

La capital concentra el 58,5% de la población inmigrante que reside en la región. Le siguen Alcalá de Henares (con un 3,7%), Móstoles (un 2,5%), Fuenlabrada (un 2,3%), Leganés (un 2,2%), Getafe (un 2,1%), Torrejón de Ardoz (un 2,1%), Alcobendas (un 1,7%) y Coslada (un 1,3%).²⁹ En términos relativos, pueblos como Fresnedillas de la Oliva, Gargantilla del Lozoya y Pinilla de Buitrago, Lozoya, Olmeda de las Fuentes, Pelayos de la Presa o Zarzalejo presentan proporciones de inmigrantes entre el 20% y el 33%.

Indicadores básicos de salud:

A continuación se presenta para la Comunidad de Madrid, una tabla con los 5 indicadores demográficos¹⁰ más significativos para el presente estudio:

Indicadores demográficos en la CM

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dependencia %	40,74	41,56	42,64	43,71	44,65	45,7	47,08
Longevidad %	14,28	14,54	14,98	15,35	15,71	16,21	16,59
Maternidad %	20,00	20,68	21,3	21,65	21,79	21,71	21,39
Tendencia %	113	112	111	110	108	104	99
Reemplazo	15,59	15,22	14,76	14,36	14,1	13,91	13,89

En el año 2014, el **indicador de dependencia** en la Comunidad de Madrid fue del 47,08%, frente al 40,74% obtenido en el año 2008. Si se observa la evolución de este indicador, se aprecia un leve aumento en la tendencia, siendo este aumento de un 15,56% entre el año 2008 y el año 2014. El resultado de este indicador pone en evidencia dos fenómenos, la disminución de los nacimientos y el aumento de la población mayor de 65 años.

El **indicador de longevidad** en la Comunidad de Madrid fue del 16,59% en el año 2014, frente al 14,28% obtenido en el año 2008. Este indicador se ha ido incrementando anualmente en un 2,53% de media, siendo el crecimiento total en todo el periodo de un 2,31%, esto nos dice que en el grupo poblacional de mayores de 65 años, el subgrupo de mayores de 74 años supone más del 8,31% de dicho grupo. Este indicador confirma el fenómeno planteado con el indicador de dependencia, ya que la población mayor de 65 años se va incrementando anualmente un 2,74% y dentro de este grupo poblacional, el subgrupo de personas mayores de 74 años se ha ido incrementando anualmente un 2,23% de media, un 14,11% en el total del periodo.

¹⁰Fuente: Elaboración propia con datos del INE. Padrón Municipal de 1 de enero 2008 a 1 de enero de 2013

El **indicador de maternidad** en la Comunidad de Madrid fue del 21,39% en el año 2014, frente al 20,00% obtenido en el año 2008. Este indicador se ha ido incrementando anualmente en un 1,14% de media, siendo el crecimiento total en todo el periodo de un 1,39%, aunque este indicador se ha incrementado desde el año 2008, nos confirma dos fenómenos, el primero referente a la disminución de los nacimientos y el segundo referente a la baja natalidad, ya que desde el año 2008 hasta el año 2014 se tendría aproximadamente que por cada mujer en edad fértil hay 4,7 niños entre los 0 y 4 años.

El **indicador de tendencia** en la Comunidad de Madrid fue del 99% en el año 2014, frente al 113% obtenido en el año 2008. Este indicador se ha ido producido una disminución anual en un 2,17%.

El **indicador de reemplazo** en la Comunidad de Madrid fue del 13,89% en el año 2014, frente al 15,59% obtenido en el año 2008. Este indicador ha ido disminuyendo anualmente en un 1,90% de media, siendo el decrecimiento total en todo el periodo de un 10,90%. Este indicador vuelve a incidir en los fenómenos referentes al envejecimiento de la población y a la disminución de la natalidad que se ha venido experimentando en los últimos 20 o 30 años.

Municipios más poblados

De acuerdo al padrón municipal del INE¹¹ los 20 municipios más poblados de la Comunidad en 2012 fueron:

Nº	Municipio	Población	Nº	Municipio	Población
1	Madrid	3.207.247	11	Las Rozas de Madrid	91.806
2	Móstoles	206.451	12	Coslada	91.425
3	Alcalá de Henares	204.823	13	Pozuelo de Alarcón	84.474
4	Fuenlabrada	197.520	14	San Sebastián de los Reyes	82.090
5	Leganés	186.995	15	Rivas-Vaciamadrid	78.133
6	Getafe	172.526	16	Valdemoro	71.758
7	Alcorcón	169.773	17	Majadahonda	70.386
8	Parla	125.634	18	Collado Villalba	62.684
9	Torrejón de Ardoz	123.761	19	Aranjuez	57.728
10	Alcobendas	112.196	20	Arganda del Rey	55.981

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Además de su realidad metropolitana, la Comunidad de Madrid ofrece el fuerte contraste de zonas despobladas, con un marcado carácter rural. Prueba de ello son las cifras demográficas de La Hiruela (51), Madarcos (55), Robregordo (60), La Acebeda (67) y Somosierra (82), los cinco municipios menos poblados de la región. La provincia de Madrid es la cuarta en la que existe un mayor porcentaje de habitantes concentrados en su capital (50,17 %, frente al 31,96 % del conjunto de España).

Esperanza de vida: Según datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, referidos al año 2005, la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid se sitúa en 81,87 años. Para las mujeres es de 84,98 años y para los hombres de 78,43. Este indicador no ha dejado de crecer año tras año, desde su control estadístico, iniciado en 1986 por el citado organismo.

¹¹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística: Demografía y Población

3. ECONOMÍA:

Madrid es la comunidad autónoma de mayor renta por habitante con 31.004€ per cápita, por delante del País Vasco (29.683€), de la comunidad de Navarra (28.124€) y de la comunidad autónoma de Cataluña (€26.996).

La región ocupa el puesto 25º en la clasificación de las regiones europeas más prósperas en 2010 y la posición 50º en la lista de ciudades-región más competitivas del mundo en el año 2007, elaborada a partir del indicador del PIB por habitante. En esta clasificación, encabezada por San Francisco (Estados Unidos), figuran por delante de Madrid diecisiete metrópolis europeas, entre ellas Dublín (Irlanda), Milán (Italia), Lyon (Francia) y Roma (Italia), además de Londres (Reino Unido) o París (Francia). La región madrileña se coloca por delante de Barcelona (en el lugar 58º) y de Valencia (en el 64º), las otras dos grandes áreas metropolitanas españolas que aparecen en el estudio.¹

En el Informe *Plataforma de seguimiento de la Estrategia de Lisboa*, promovido por la Unión Europea en 2007, se señala que los puntos fuertes de la economía madrileña son su escaso desempleo, su gasto en investigación, su desarrollo relativamente elevado y sus servicios de alto valor añadido. Entre sus puntos débiles aparecen la falta de conexiones de banda ancha (nuevas tecnologías de la información y la comunicación) y su tasa de actividad relativamente baja entre las mujeres. En este estudio, se destaca a la Comunidad de Madrid como una región-municipio preferentemente asentada en el sector de los servicios.

Renta disponible bruta municipal per cápita:

Municipios con mayor renta per cápita.
Año 2004 - Euros

- 1.- Pozuelo de Alarcón: 22.846
- 2.- Las Rozas de Madrid: 20.631
- 3.- Majadahonda: 20.353
- 4.- Boadilla del Monte: 19.901
- 5.- Torrelotones: 19.753



Renta per cápita de los municipios madrileños en 2004 (fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid).

Al igual que ocurre con los datos demográficos, la renta disponible bruta municipal per cápita presenta enormes oscilaciones entre las distintas localidades de la provincia. Pero, a diferencia de las cifras poblacionales (que iban a la baja cuanto más aumentaba la distancia con el área metropolitana), se configura ahora un mapa completamente distinto: las áreas de mayor renta per cápita se sitúan preferentemente en el municipio de Madrid y en su corona metropolitana norte, noroeste y nordeste, con extensiones hacia la Sierra de Guadarrama, hasta el límite con la provincia de Segovia.

Estas zonas presentan un fuerte componente residencial y, en determinados puntos, integran urbanizaciones consideradas de lujo. Pozuelo de Alarcón, Las Rozas de Madrid, Majadahonda, Boadilla del Monte, Villaviciosa de Odón y Torrelotones, que se ubican en el arco oeste del área metropolitana, repiten año tras año como los municipios de mayor renta per cápita de la Comunidad de Madrid. En 2004, en concreto, alcanzaron cifras que iban desde los 22.846 euros de Pozuelo hasta los 19.753 de Torrelotones.

En el otro extremo, con menos de 8.500 euros, figuran los tres vértices del triángulo que dibuja la provincia, tal y como puede observarse en el mapa adjunto. En 2004, los municipios de menor renta per cápita fueron Madarcos (7.375), Valdaracete (7.746), Somosierra (7.819), Prádena del Rincón (7.941) y Brea de Tajo (7.985 euros).³⁹ Madarcos es también el pueblo menos poblado de la región (45 habitantes) y uno de los términos municipales de menor superficie (8,5 km²).

Crecimiento económico:



La economía se encuentra en fase expansiva desde 1993, con porcentajes de crecimiento entre el 3% y el 4% año tras año. En 2005, lideró el crecimiento económico del país con un 4%, seis décimas más que la media nacional y, en 2006, prácticamente se repitieron las mismas cifras (un 3,9%, un punto por encima del promedio europeo) —datos del INE¹².

El incremento tanto del consumo privado como de la inversión en vivienda y en bienes de equipo se encuentra en la base de esta secuencia de crecimiento. Especialmente relevantes son los datos relativos a la vivienda: en 2006 se construyeron alrededor de 127.000 viviendas, de las cuales 58.000 se concluyeron en el citado año. Expertos y políticos destacan, además, el fenómeno de la inmigración como uno de los principales motores de esta tendencia alcista de la economía madrileña.

Producto Interior Bruto:

La Comunidad de Madrid es la primera comunidad autónoma en el ranking nacional de contribución al Producto Interior Bruto (PIB) estatal, con un 18,71% en 2008. Recién constituida la autonomía, el crecimiento del PIB regional se situó en una media del 4,6% frente al 4,7% nacional, con el sector de la construcción como uno de los más pujantes.

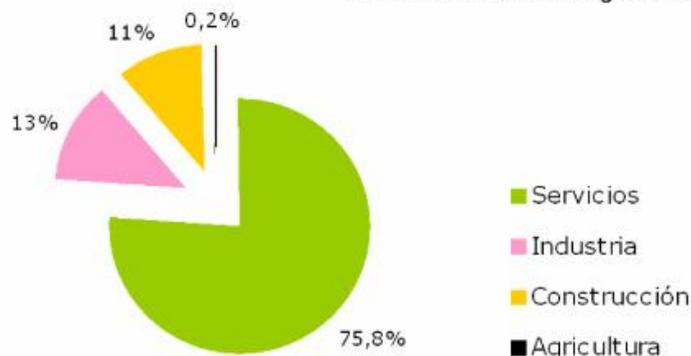
A lo largo del siglo XXI, el PIB¹³ regional evoluciona igualmente en magnitudes muy similares a las del conjunto estatal. En 2005 se localizan las máximas desviaciones: en este año Madrid se despegaba en casi un punto del porcentaje nacional (un 4,3% sobre un 3,5%, respectivamente). Pero en 2006 ambos datos se equipararon en un 3,9%, como puede apreciarse en el gráfico adjunto. La construcción se destaca, también en estos años, como uno de los sectores de mayor empuje, tanto en la comunidad autónoma como en el país.

¹² Fuente: Instituto Nacional de Estadística: Economía

¹³ Producto Interior Bruto

Estructura sectorial del PIB en la Comunidad de Madrid, 2006

Fuente: Contabilidad Regional de España



El PIB madrileño se distribuye sectorialmente de la siguiente forma: un 75,8% corresponde a los servicios, un 13% a la industria, un 11% a la construcción y un 0,2% a la agricultura (fuente: Contabilidad Regional de España, 2006).

Población activa: La población activa de la Comunidad de Madrid es de 3.320.300 personas, de las cuales 2.688.500 están ocupadas y 631.800 paradas (datos correspondientes al segundo trimestre de 2014, según la Encuesta de Población Activa).

En términos relativos, la tasa de paro se sitúa en el segundo semestre de 2014 en el 19% de la población activa. La tasa de actividad se cifra en un 52,74%¹⁴.

4. MEDIOS DE TRANSPORTE:

La Comunidad de Madrid es el centro de la red de comunicaciones españolas, dada la estructura radial de las carreteras del Estado, que tiene su origen en el siglo XVIII. Aunque, en los últimos tiempos, la articulación radial de las carreteras españolas se ha ido desdibujando mediante la apertura de ejes transversales, Madrid sigue siendo paso obligado en las comunicaciones interprovinciales por carretera.

Extremo que se subraya aún más en el transporte por tren, que todavía mantiene la configuración radial diseñada en el siglo XIX, y en los desplazamientos por avión, con el Aeropuerto de Madrid-Barajas como punto de referencia de todos los aeropuertos españoles para las conexiones internacionales.

A esto se añaden los desplazamientos internos de los propios madrileños, que también tienen su epicentro en la ciudad de Madrid, como punto de destino y salida preferente. Estos resultan especialmente intensos en el área metropolitana, en la que residen aproximadamente 5,3 millones de habitantes, en una superficie de apenas 1.900 km².

¹⁴ Fuente: Instituto Nacional de Estadística: Economía

Todo ello da lugar a una estructura de comunicaciones de gran complejidad, en cuya articulación resultan igualmente decisivas las actuaciones del Ministerio de Fomento (que gestiona las carreteras radiales y de circunvalación —excepto la Calle 30, antes M-30, y la M-45—, el transporte por tren y el Aeropuerto de Madrid-Barajas), de la Comunidad de Madrid (responsable de las carreteras regionales, del Metro y de los autobuses interurbanos) y de los distintos municipios metropolitanos, con especial mención al Ayuntamiento de Madrid (del que dependen la Calle 30 y el servicio de autobuses urbanos de la capital).

A partir de la creación del Consorcio Regional de Transportes de Madrid en 1985, las citadas administraciones se coordinan en el establecimiento de servicios y tarifas en los medios de transporte público de toda la región. Entre sus iniciativas más destacadas, figura la creación del Abono Transportes y de los billetes combinados.

5. SANIDAD:

La Comunidad de Madrid dispone de una red de hospitales públicos (algunos de ellos de gestión privada) repartidos por la capital y otros municipios de la región, aparte de los centros privados, que también se encuentran distribuidos por diferentes localidades.

Se zonifican en 11 grandes áreas, si bien el gobierno regional contempla su ampliación a 15. Estas se articulan alrededor de otros tantos hospitales de cabecera, en las que se integran un total de 35 grandes centros hospitalarios.

A lo largo de la legislatura de Gobierno 2003-2007 de la Comunidad de Madrid, se construyeron ocho nuevos hospitales públicos que se sumaron a la red existente, en sendos municipios de la región. Así, el Hospital del Henares se construyó en Coslada; el Hospital Infanta Cristina, en Parla; el Hospital Infanta Elena, en Valdemoro; el Hospital del Tajo, en Aranjuez; el Hospital Infanta Leonor, en Madrid; el Hospital del Sureste, en Arganda del Rey; el Hospital Infanta Sofía, en San Sebastián de los Reyes; y el Hospital Universitario Puerta de Hierro, en Majadahonda. Está previsto que durante el ejercicio 2016 las empresas públicas: Hospital del Henares, Hospital Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital Infanta Leonor, Hospital del Sureste, Hospital Infanta Sofía, pasarán a ser centros de gestión directa.

De cara a las elecciones autonómicas de mayo de 2007, los dos principales partidos políticos de la Comunidad, el Partido Popular y el PSOE, coincidieron en sus programas electorales en la promesa de la construcción de cuatro nuevos hospitales en Collado Villalba, Móstoles, Torrejón de Ardoz y el distrito madrileño de Carabanchel. Seguidamente se presentan los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid ordenados por su ubicación en áreas y municipios.

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

Área de salud	Hospital	Ubicación
1	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Madrid (Retiro)
	Hospital Infanta Leonor	Madrid (Villa de Vallecas)
	Instituto Provincial de Oftalmología	Madrid (Chamberí)
	Instituto Provincial de Rehabilitación	Madrid (Salamanca)
	Hospital Virgen de la Torre	Madrid (Villa de Vallecas)
	Hospital del Sureste	Arganda del Rey
2	Hospital Universitario de la Princesa	Madrid (Salamanca)
	Hospital Universitario Santa Cristina	Madrid (Salamanca)
	Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	Madrid (Retiro)
	Hospital del Henares	Coslada
3	Hospital Universitario Príncipe de Asturias	Alcalá de Henares
	Hospital de Torrejón	Torrejón de Ardoz
4	Hospital Universitario Ramón y Cajal	Madrid (Fuencarral-El Pardo)
5	Hospital Universitario La Paz	Madrid (Fuencarral-El Pardo)
	Hospital de Cantoblanco	Madrid (Fuencarral-El Pardo)
	Hospital Carlos III	Madrid (Fuencarral-El Pardo)
	Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	Madrid (Tetuán)
	Hospital Psiquiátrico Doctor Rodríguez Lafora	Madrid (Fuencarral-El Pardo)
	Hospital Infanta Sofía	San Sebastián de los Reyes
6	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda	Majadahonda
	Hospital de El Escorial	San Lorenzo de El Escorial
	Hospital de Guadarrama	Guadarrama
	Hospital de Villalba	Collado Villalba
	Hospital de la Fuenfría	Cercedilla
7	Hospital Clínico San Carlos	Madrid (Moncloa-Aravaca)
	Hospital Fundación Jiménez Díaz	Madrid (Moncloa-Aravaca)
8	Hospital Universitario de Móstoles	Móstoles
	Hospital Rey Juan Carlos	Móstoles
	Hospital Universitario Fundación Alcorcón	Alcorcón
	Hospital Virgen de la Poveda	Villa del Prado
9	Hospital Severo Ochoa	Leganés
	Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain	Leganés
	Hospital Universitario de Fuenlabrada	Fuenlabrada
10	Hospital Universitario de Getafe	Getafe
	Hospital Infanta Cristina	Parla
11	Hospital Universitario 12 de Octubre	Madrid (Usera)
	Hospital Infanta Elena	Valdemoro
	Hospital del Tajo	Aranjuez
	Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	Madrid (Carabanchel)

A continuación presentamos el nivel asistencial, la población y la principal actividad de los hospitales año 2014:

Hospital	Nivel	Población (TSI 1/1/2015)
Hospital General Universitario Gregorio Marañón(HGUGM)	1	316.090
Instituto Provincial de Oftalmología(Adscrito HGUGM)		s/p
Instituto Provincial de Rehabilitación(Adscrito HGUGM)		s/p
Hospital Infanta Leonor(HIL)	2	293.809
Hospital Virgen de la Torre(Adscrito HIL)		s/p
Hospital del Sureste	3	174.163
Hospital Universitario de la Princesa(Comparten población)	1	315.379
Hospital Universitario Santa Cristina	4	H Apoyo
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús(Comparten población)	2	315.379
Hospital del Henares	3	169.840
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	2	241.703
Hospital de Torrejón	2	142.279
Hospital Universitario Ramón y Cajal	1	566.445
Hospital Universitario La Paz(HULP)	1	504.378
Hospital de Cantoblanco(Adscrito HULP)		s/p
Hospital Carlos III(Adscrito HULP)		s/p
Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	4	H Apoyo
Hospital Psiquiátrico Doctor Rodríguez Lafora	5	H Psiquiátrico
Hospital Infanta Sofía	2	306.841
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda	1	370.114
Hospital de El Escorial	3	107.222
Hospital de Guadarrama	5	H continuidad cuidados
Hospital de Villalba	3	113.030
Hospital de la Fuenfría	5	H continuidad cuidados
Hospital Clínico San Carlos	1	364.345
Hospital Fundación Jiménez Díaz	1	423.970
Hospital Universitario de Móstoles	2	159.712
Hospital Rey Juan Carlos	2	173.128
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	2	167.975
Hospital Virgen de la Poveda	5	H continuidad cuidados
Hospital Severo Ochoa	2	189.219
Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain	5	H Psiquiátrico
Hospital Universitario de Fuenlabrada	2	223.581
Hospital Universitario de Getafe	2	215.344
Hospital Infanta Cristina	3	158.743
Hospital Universitario 12 de Octubre	1	431.325
Hospital Infanta Elena	3	110.961
Hospital del Tajo	3	75.483
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	2	99.132
TOTAL		6.414.211

s/p: Sin población asignada, **Nivel 1:** Hospital de máxima complejidad, **Nivel 2:** Hospital de media complejidad, **Nivel 3:** Hospital de baja complejidad, **Nivel 4:** Hospital de Apoyo, **Nivel 5:** Hospital monográfico continuidad cuidados y psiquiátrico.

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

A continuación presentamos la actividad referente al ejercicio 2014

Hospital/Actividad	Camas funcionantes	Total Ingresos	Ingresos Programados	Ingresos Urgentes	Estancia Media	Índice Ocupación
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	1185	48.238	18.692	29546	7,60	84,80%
Hospital Infanta Leonor (HIL)	221	12.542	3.093	9449	5,83	90,69%
Hospital Virgen de la Torre (Adscrito HIL)	84	1.746	1.719	27	14,20	80,74%
Hospital del Sureste	127	7.504	1.531	5973	5,11	82,62%
Hospital Universitario de la Princesa	423	14.980	4.330	10650	9,09	88,34%
Hospital Universitario Santa Cristina	95	5.175	4.045	1130	4,55	68,34%
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	162	7.358	1.947	5411	5,97	74,76%
Hospital del Henares	199	10.124	2.455	7669	6,06	84,57%
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	423	17.944	5.043	12901	6,81	79,23%
Hospital de Torrejón	165	14.576	4.489	10087	4,51	104,31%
Hospital Universitario Ramón y Cajal	856	32.179	13.238	18941	7,59	78,15%
Hospital Universitario La Paz	1169	46.758	17.085	29673	7,35	80,64%
Hospital Central de la Cruz Roja	123	6.023	6.023	0	5,70	76,35%
Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora	315	1.483	738	745	71,30	92,67%
Hospital Infanta Sofía	253	13.399	3.541	9858	5,62	81,66%
Hospital Universitario Puerta de Hierro	540	25.774	6.593	19181	6,91	90,56%
Hospital de El Escorial	73	3.661	838	2823	5,23	72,11%
Hospital de Guadarrama	128	1.107	1.107	0	35,63	85,11%
Hospital de Villalba	17	787	90	697	4,40	52,70%
Hospital de la Fuenfría	193	946	946	0	57,95	80,45%
Hospital Clínico San Carlos	766	35.139	10.597	24542	6,91	86,93%
Hospital Fundación Jiménez Díaz	504	30.320	12.331	17989	5,34	87,01%
Hospital Universitario de Móstoles	296	13.292	4.024	9268	6,52	80,34%
Hospital Rey Juan Carlos	252	15.016	3.878	11138	5,21	83,91%
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	345	15.973	4.911	11062	6,16	78,20%
Hospital Virgen de la Poveda	179	915	915	0	61,73	87,24%
Hospital Severo Ochoa	355	14.237	3.247	10990	7,56	83,22%
Instituto Psiquiátrico José Germain	194	133	133	0	479,79	93,51%
Hospital Universitario de Fuenlabrada	292	15.109	3.976	11133	5,87	83,44%
Hospital Universitario de Getafe	412	18.649	5.882	12767	6,61	82,24%
Hospital Infanta Cristina	175	9.167	2.298	6869	4,80	68,84%
Hospital Universitario 12 de Octubre	1208	44.032	16.643	27389	7,24	72,38%
Hospital Infanta Elena	113	8.038	1.607	6431	4,62	88,55%
Hospital del Tajo	90	4.670	707	3963	6,25	89,15%
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	415	10.430	4.717	5713	8,21	56,72%
TOTAL	12344	507.424	173.409	334015	7,26	81,65%

Fuente: SIAE 2014

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

Hospital/Actividad	Quirófanos Programados	Quirófanos Urgentes	Total Interv. Quirúrgicas	IQPH	IQPA	IQProg	IQUrg
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	30	5	31.270	11.586	225	11.811	4.575
Hospital Infanta Leonor ^(HIL)	10	2	13.925	3.057	140	3.197	1.699
Hospital Virgen de la Torre (Adscrito HIL)	0	0	0	0	0	0	0
Hospital del Sureste	4	1	6.224	1.443	111	1.554	859
Hospital Universitario de la Princesa	12	1	15.090	5.186	83	5.269	1.490
Hospital Universitario Santa Cristina	11	0	10.236	3.157	37	3.194	84
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	5	1	5.078	2.218	26	2.244	755
Hospital del Henares	6	1	8.908	2.312	41	2.353	1.521
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	10	2	14.951	4.558	215	4.773	2.370
Hospital de Torrejón	8	1	18.129	3.294	763	4.057	1.974
Hospital Universitario Ramón y Cajal	31	6	32.327	11.253	384	11.637	3.320
Hospital Universitario La Paz	38	5	44.274	14.038	2.637	16.675	9.122
Hospital Central de la Cruz Roja	8	0	9.686	3.432	22	3.454	61
Hospital Infanta Sofía	9	2	7.588	2.900	84	2.984	1.546
Hospital Universitario Puerta de Hierro	17	2	17.818	6.704	222	6.926	2.788
Hospital de El Escorial	3	1	4.042	842	42	884	808
Hospital de Villalba	2	0	803	142	4	146	119
Hospital Clínico San Carlos	21	2	26.912	9.705	425	10.130	3.367
Hospital Fundación Jiménez Díaz	14	1	38.985	13.204	16	13.220	2.642
Hospital Universitario de Móstoles	8	2	11.090	3.596	77	3.673	1.350
Hospital Rey Juan Carlos	9	1	18.613	4.845	20	4.865	1.248
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	11	2	12.271	3.996	87	4.083	1.371
Hospital Severo Ochoa	9	2	12.510	2.943	196	3.139	1.460
Hospital Universitario de Fuenlabrada	9	2	14.919	3.084	204	3.288	1.706
Hospital Universitario de Getafe	12	2	13.120	5.169	275	5.444	2.156
Hospital Infanta Cristina	7	1	7.577	2.105	62	2.167	1.048
Hospital Universitario 12 de Octubre	31	3	28.112	13.119	291	13.410	5.708
Hospital Infanta Elena	5	1	11.951	1.823	89	1.912	1.208
Hospital del Tajo	3	1	4.261	1.227	94	1.321	637
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	16	0	6.144	3.560	20	3.580	573
TOTAL	356,86	50,15	446.814	144.498	6.892	151.390	57.565

IQPH: Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización, IQPA: Intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias, IQProg: Intervenciones quirúrgicas programadas, IQUrg: Intervenciones quirúrgicas urgentes.

Fuente: SIAE 2014

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

Hospital/Actividad	Urgencias	Urg Ingresadas	Partos	Cesárea	%Urg Ing	Urg Derivadas	%Urg Derivadas
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	229.365	29.509	5.236	988	12,87%	296	0,13%
Hospital Infanta Leonor(HIL)	114.014	8.749	2.105	453	7,67%	1.721	1,51%
Hospital Virgen de la Torre(Adscrito HIL)	0	0	0	0		0	
Hospital del Sureste	73.934	5.630	1.051	206	7,61%	139	0,19%
Hospital Universitario de la Princesa	89.690	9.711	0	0	10,83%	598	0,67%
Hospital Universitario Santa Cristina	78	37	0	0	47,44%	5	6,41%
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	66.449	3.340	0	0	5,03%	67	0,10%
Hospital del Henares	77.897	7.445	1.014	255	9,56%	193	0,25%
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	124.055	12.077	1.879	444	9,74%	652	0,53%
Hospital de Torrejón	104.524	7.260	2.449	445	6,95%	288	0,28%
Hospital Universitario Ramón y Cajal	135.799	17.381	0	0	12,80%	812	0,60%
Hospital Universitario La Paz	211.031	26.619	5.607	1.494	12,61%	1.973	0,93%
Hospital Central de la Cruz Roja	0	0	0	0		0	
Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora	906	745	0	0	82,23%	0	0,00%
Hospital Infanta Sofía	112.719	9.328	2.209	439	8,28%	520	0,46%
Hospital Universitario Puerta de Hierro	154.328	17.843	3.197	662	11,56%	874	0,57%
Hospital de El Escorial	44.458	2.730	337	91	6,14%	1.180	2,65%
Hospital de Guadarrama	69	0	0	0	0,00%	69	100,00%
Hospital de Villalba	10.146	648	47	6	6,39%	66	0,65%
Hospital de la Fuenfría	0	0	0	0		0	
Hospital Clínico San Carlos	122.656	22.570	1.868	455	18,40%	1.175	0,96%
Hospital Fundación Jiménez Díaz	129.410	17.620	1.751	387	13,62%	332	0,26%
Hospital Universitario de Móstoles	85.927	8.592	985	226	10,00%	95	0,11%
Hospital Rey Juan Carlos	110.891	9.838	1.654	278	8,87%	298	0,27%
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	94.331	10.348	1.524	301	10,97%	68	0,07%
Hospital Virgen de la Poveda	5	0	0	0	0,00%	3	60,00%
Hospital Severo Ochoa	107.430	10.532	1.382	349	9,80%	282	0,26%
Instituto Psiquiátrico José Germain	0	0	0	0		0	
Hospital Universitario de Fuenlabrada	116.174	10.619	1.976	351	9,14%	563	0,48%
Hospital Universitario de Getafe	104.132	12.523	1.813	395	12,03%	523	0,50%
Hospital Infanta Cristina	92.466	6.621	1.806	399	7,16%	63	0,07%
Hospital Universitario 12 de Octubre	230.820	25.581	4.109	1.064	11,08%	1.402	0,61%
Hospital Infanta Elena	88.812	5.878	1.323	257	6,62%	517	0,58%
Hospital del Tajo	51.843	3.165	728	129	6,10%	165	0,32%
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	54.840	5.445	489	143	9,93%	372	0,68%
TOTAL	2.939.199	308.384	46.539	10.217	10,49%	15.311	0,52%

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

Hospital/Actividad	Locales consulta	1ª Con	Con suc	Suc/Prim	HD Onco-Hema	HD Ger	HD Psiq	HD Med	HD Quir
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	0	263.368	640.597	2,43	29.559	0	2.650	26.226	0
Hospital Infanta Leonor(HIL)	0	107.950	218.879	2,03	9.149	0	7.333	13.785	5.854
Hospital Virgen de la Torre(Adscrito HIL)	0	70.344	86.306	1,23	0	0	0	297	0
Hospital del Sureste	0	72.045	127.192	1,77	1.889	0	0	4.860	4.174
Hospital Universitario de la Princesa	0	121.568	290.363	2,39	8.296	0	12.170	17.268	3.052
Hospital Universitario Santa Cristina	0	47.918	71.964	1,50	0	0	6.009	2.889	7.489
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	0	40.485	101.575	2,51	6.240	0	14.373	4.522	2.105
Hospital del Henares	0	87.901	164.131	1,87	3.029	5	0	7.943	5.216
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	0	143.292	313.043	2,18	7.850	0	4.988	2.690	3.003
Hospital de Torrejón	0	117.298	200.829	1,71	10.710	0	2.528	17.626	0
Hospital Universitario Ramón y Cajal	0	273.436	696.507	2,55	20.371	0	3.546	15.650	14.263
Hospital Universitario La Paz	0	314.741	800.679	2,54	19.691	1.508	10.399	46.942	14.042
Hospital Central de la Cruz Roja	0	58.318	53.774	0,92	0	4.741	0	6.511	5.922
Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora	0	1.255	528	0,42	0	0	0	0	0
Hospital Infanta Sofía	0	141.404	269.159	1,90	6.853	0	3.503	17.765	3.392
Hospital Universitario Puerta de Hierro	0	179.475	375.812	2,09	12.316	0	2.854	24.735	11.587
Hospital de El Escorial	0	36.886	59.697	1,62	238	0	0	758	1.599
Hospital de Guadarrama	0	583	1.199	2,06	0	702	0	0	0
Hospital de Villalba	0	25.353	8.025	0,32	38	0	0	559	0
Hospital de la Fuenfría	0	0	0		0	0	0	0	0
Hospital Clínico San Carlos	0	234.003	637.332	2,72	12.962	1.254	10.613	21.913	11.737
Hospital Fundación Jiménez Díaz	0	275.176	658.909	2,39	11.317	0	12.778	52.296	0
Hospital Universitario de Móstoles	0	98.087	260.012	2,65	4.669	0	6.993	3.385	2
Hospital Rey Juan Carlos	0	158.754	267.420	1,68	4.208	0	0	10.518	0
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	0	120.992	250.924	2,07	6.550	0	147	7.744	6.991
Hospital Virgen de la Poveda	0	0	0		0	0	0	0	0
Hospital Severo Ochoa	0	118.832	243.534	2,05	6.462	0	0	1.668	0
Instituto Psiquiátrico José Germain	0	4.256	25.963	6,10	0	0	11.811	0	0
Hospital Universitario de Fuenlabrada	0	131.149	283.655	2,16	10.153	0	0	6.245	11.203
Hospital Universitario de Getafe	0	127.086	247.255	1,95	8.127	2.453	3.447	4.287	2.653
Hospital Infanta Cristina	0	85.727	145.058	1,69	2.434	6	0	8.412	4.780
Hospital Universitario 12 de Octubre	0	243.148	702.463	2,89	21.718	0	9.268	25.082	10.103
Hospital Infanta Elena	0	90.267	163.827	1,81	3.142	0	0	13.182	0
Hospital del Tajo	0	60.644	110.822	1,83	1.548	0	0	3.913	3.455
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	0	57.596	104.632	1,82	2.327	0	0	142	0
TOTAL	0	3909337	8582065	2,20	231846	10669	125410	369813	132622

HD Onco-Hema: Hospital de día Onco-Hematológico, HD Ger: Hospital de día Geriátrico, HD Psiq: Hospital de día Psiquiátrico, HD Med: Hospital de día Médico, HD Quir: Hospital de día Quirúrgico, HD Ped: Hospital de día Pediátrico.

Fuente: SIAE 2014

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

Hospital/Recursos	TC	RM	Sala Rx conv	Sala Rx telem	ECO Rx	Mamo	Angió digital	Sala Hemod	Gamma	PET	Acel
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	4	3	19	7	0	3	3	5	3	1	4
Hospital Infanta Leonor(HIL)	1	1	5	1	4	2	2	0	0	0	0
Hospital Virgen de la Torre(Adscrito HIL)	1	0	4	2	0	2	2	0	0	0	0
Hospital del Sureste	1	1	4	1	2	1	1	0	0	0	0
Hospital Universitario de la Princesa	3	2	8	2	3	1	1	1	1	0	2
Hospital Universitario Santa Cristina	1	0	2	1	0	2	2	0	0	0	0
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	1	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0
Hospital del Henares	1	1	4	1	2	1	1	0	0	0	0
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	3	2	8	2	4	2	2	1	0	0	0
Hospital de Torrejón	2	1	2	1	3	1	1	1	0	0	0
Hospital Universitario Ramón y Cajal	4	3	13	11	8	3	3	3	4	0	2
Hospital Universitario La Paz	6	3	22	5	18	3	3	4	6	1	3
Hospital Central de la Cruz Roja	1	0	2	1	1	1	1	0	1	0	0
Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Infanta Sofía	1	2	9	1	3	1	1	0	0	0	0
Hospital Universitario Puerta de Hierro	3	3	10	2	5	2	2	2	4	1	4
Hospital de El Escorial	1	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0
Hospital de Guadarrama	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital de Villalba	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0
Hospital de la Fuenfría	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Clínico San Carlos	3	3	18	4	8	4	4	3	3	1	2
Hospital Fundación Jiménez Díaz	3	4	13	2	4	4	4	2	2	0	2
Hospital Universitario de Móstoles	2	2	8	2	2	2	2	0	0	0	0
Hospital Rey Juan Carlos	2	2	4	1	5	1	1	1	1	1	1
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	2	2	6	1	4	1	1	1	1	0	0
Hospital Virgen de la Poveda	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Severo Ochoa	2	1	7	2	2	2	2	1	0	0	0
Instituto Psiquiátrico José Germain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Universitario de Fuenlabrada	1	2	7	1	0	1	1	0	2	1	2
Hospital Universitario de Getafe	2	2	10	2	3	2	2	1	2	1	0
Hospital Infanta Cristina	1	1	4	1	2	1	1	0	0	0	0
Hospital Universitario 12 de Octubre	5	5	20	8	5	4	4	5	2	1	3
Hospital Infanta Elena	1	1	2	1	4	1	1	0	0	0	0
Hospital del Tajo	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	2	2	9	2	4	2	2	2	3	0	2
TOTAL	62	53	234	68	101	52	52	33	35	8	27

Fuente: SIAE 2014

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

Hospital/Actividad	TC	RM	Rx conv	Rx telem	ECO Rx	Mamo	Angió digital	Hemod	Gamma	PET
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	46.698	26.342	263.533	4.178	79.538	11.738	0	3.344	7.728	2.012
Hospital Infanta Leonor(HIL)	14.088	9.027	98.222	2.041	20.224	2.851	0	0	0	0
Hospital Virgen de la Torre(Adscrito HIL)	1.984	3.613	42.315	1.249	23.833	3.712	0	0	0	0
Hospital del Sureste	8.243	7.329	77.346	780	19.564	2.676	0	0	0	0
Hospital Universitario de la Princesa	22.756	12.431	114.838	453	19.277	5.170	530	1.348	2.787	0
Hospital Universitario Santa Cristina	3.230	1.126	78.188	36	8.815	4.937	0	0	17	0
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	1.913	5.771	33.237	281	8.657	0	0	0	0	15
Hospital del Henares	10.102	7.091	102.414	1.021	21.503	3.138	0	0	0	0
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	20.038	13.784	137.630	2.058	31.305	6.986	0	640	0	0
Hospital de Torrejón	12.032	9.803	55.905	638	16.265	12.636	0	1.001	0	0
Hospital Universitario Ramón y Cajal	50.055	23.303	237.179	4.655	52.728	10.708	311	4.608	9.890	0
Hospital Universitario La Paz	43.210	29.572	249.592	6.000	51.638	15.887	49	2.523	8.365	2.754
Hospital Central de la Cruz Roja	5.575	695	15.453	230	4.836	1.658	0	0	1.990	0
Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora	0	0	713		0	0	0	0	0	0
Hospital Infanta Sofía	15.479	12.614	142.289	1.605	22.717	5.739	0	0	0	0
Hospital Universitario Puerta de Hierro	32.849	23.391	199.122	1.977	38.170	13.516	2.485	3.538	6.096	3.250
Hospital de El Escorial	5.219	3.450	48.196	266	7.557	2.722	0	0	0	0
Hospital de Guadarrama	0	0	4.830		0	0	0	0	0	0
Hospital de Villalba	1.014	1.188	10.707		2.807	440	0	26	57	0
Hospital de la Fuenfría	0	0	4.841		1.205	0	0	0	0	0
Hospital Clínico San Carlos	43.777	36.623	235.169	3.160	72.101	12.053	0	3.437	3.570	4.163
Hospital Fundación Jiménez Díaz	35.737	34.721	208.123		73.703	16.743	0	1.991	2.482	0
Hospital Universitario de Móstoles	11.593	10.951	103.925	1.555	22.822	6.559	0	0	0	0
Hospital Rey Juan Carlos	16.415	18.561	127.495		33.978	3.349	0	0	1.479	1.398
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	16.153	10.461	113.011	1.157	25.492	6.099	0	1.277	3.532	0
Hospital Virgen de la Poveda	0	0	2.699		59	0	0	0	0	0
Hospital Severo Ochoa	15.713	8.380	109.283	1.889	24.983	7.981	0	745	0	0
Instituto Psiquiátrico José Germain	0	0			0	0	0	0	0	0
Hospital Universitario de Fuenlabrada	15.585	9.521	123.295	824	22.194	5.910	73	0	3.012	1.008
Hospital Universitario de Getafe	16.465	15.994	112.768	1.517	24.326	5.346	0	428	8.258	1.848
Hospital Infanta Cristina	10.238	6.818	10.470	688	13.651	3.208	0	0	0	0
Hospital Universitario 12 de Octubre	43.806	27.341	292.013	4.714	69.193	17.004	0	2.761	0	0
Hospital Infanta Elena	10.304	11.133	82.368		26.824	2.713	0	0	0	0
Hospital del Tajo	5.977	4.573	57.903	872	12.626	2.007	0	0	0	0
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	5.150	4.914	24.676	895	8.258	1.370	72	1.190	1.879	0
TOTAL	541.398	390.521	3.519.748	44.739	860.849	194.856	3.520	28.857	61.142	16.448

Fuente: SIAE 2014

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

Hospital/Actividad	Endos	Ergo	Holter	Ecocar	Hemod	Dens	EEG	EMG	Pot Evoc	Gam	PET
Hospital G. Universitario Gregorio Marañón	17.073	2.981	4.190	36.225	3.344	5.945	491		1.262	7.728	2012
Hospital Infanta Leonor(HIL)	7.766	1.540	1.489	6.275		1.970	38		328		
Hospital Virgen de la Torre(Adscrito HIL)		0	0			0	0		0		
Hospital del Sureste	4.130	530	989	2.582		1.689	0		214		
Hospital Universitario de la Princesa	6.001	1.351	2.509	5.692	1.348	2.836	146		357	2.787	
Hospital Universitario Santa Cristina	3.160	0	0			15.459	0		0	17	
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	588	0	102	1.842		0	1.279		892		
Hospital del Henares	5.215	1.332	1.413	3.215		1.992	0		30		
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	9.561	1.620	2.004	7.142	640	3.141	0		187		
Hospital de Torrejón	7.010	1.504	1.594	5.507	1.001	1.620	0		457		
Hospital Universitario Ramón y Cajal	19.146	2.881	4.695	20.653	4.608	3.196	16	9.890	628		
Hospital Universitario La Paz	14.885	1.910	1.804	23.496	2.523	8.900	437	8.365	1.173		2.754
Hospital Central de la Cruz Roja	1.381	0	693	1.913		0	0	1.990	84		
Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora		0	0			0	0		0		
Hospital Infanta Sofía	4.996	690	2.632	5.804		4.270	19		625		
Hospital Universitario Puerta de Hierro	10.550	1.970	2.102	11.136	3.538	3.128	175	6.096	428		3.250
Hospital de El Escorial	2.219	0	314	1.721		0	0		6		
Hospital de Guadarrama		0	0			0	0		0		
Hospital de Villalba	586	63	125	718	26	158	0	57	43		
Hospital de la Fuenfría		0	0			0	0		0		
Hospital Clínico San Carlos	13.159	2.795	4.185	16.164	3.437	11.898	43	3.570	248		4.163
Hospital Fundación Jiménez Díaz	18.441	1.155	3.073	15.086	1.991	7.090	1	2.482	965		
Hospital Universitario de Móstoles	5.789	1.396	1.310	3.834		0	14		45		
Hospital Rey Juan Carlos	8.351	1.560	1.749	6.690		2.045	44	1.479	393		1.398
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	5.662	1.081	0	5.405	1.277	1.331	0	3.532	479		
Hospital Virgen de la Poveda		0	0			0	0		0		
Hospital Severo Ochoa	6.148	1.508	1.531	6.637	745	0	0		186		
Instituto Psiquiátrico José Germain		0	0			0	0		0		
Hospital Universitario de Fuenlabrada	5.275	766	1.265	5.936		230	0	3.012	143		1.008
Hospital Universitario de Getafe	3.653	1.202	1.162	5.435	428	0	21	8.258	550		1.848
Hospital Infanta Cristina	4.402	1.153	1.427	4.926		1.199	1.218		331		
Hospital Universitario 12 de Octubre	14.488	2.930	2.542	20.223	2.761	9.649	11		921		
Hospital Infanta Elena	10.632	1.168	1.332	4.399		2.050	10		145		
Hospital del Tajo	2.392	528	1.154	2.737		1.200	0		98		
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"	2.835	593	922	3.434	1.190	1.381	2	1.879	222		
TOTAL	215.494	36.207	48.307	234.827	28.857	92.377	3.965	61.142	11.440		16.448

Fuente: SIAE 2014

II. CONSIDERACIONES GENERALES.

1. LISTAS DE ESPERA:

Las listas de espera quirúrgicas se definen como el conjunto de registros de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada que incluyen a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento quirúrgico diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano. No se incluirán en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

Las listas de espera diagnósticas se definen como el conjunto de registros de pacientes pendientes de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas que incluyen a todos los pacientes que en un momento dado se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa o para la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica en atención especializada, solicitadas por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.

Por tanto, las listas de espera pueden definirse como el conjunto de registros de pacientes que necesitan una determinada prestación a la que el sistema sanitario no puede dar respuesta de forma adecuada a su prescripción. La lista de espera puede ser considerada como un indicador de medida de resultados en salud de las instituciones sanitarias, al mismo tiempo que debe entenderse como una herramienta de gestión que se dota el sistema para gestionar las demoras y esperas velando por los criterios de equidad exigidos a los sistemas públicos. Equidad en el acceso permitiendo al paciente alcanzar la prestación prescrita cuando lo precisa. Equidad de utilización clasificando a los pacientes por criterios de prioridad. Habitualmente en las listas de espera quirúrgica las decisiones de los profesionales actúan como mecanismo de seguridad, pero en el caso de las listas de espera diagnósticas la información más restringida limita la capacidad de dicho dispositivo.

Permanecer en una lista de espera no es necesariamente un problema, al igual que el número de pacientes en espera no tiene en sí mismo ningún significado, ya que en muchas ocasiones su patología no les impide realizar su actividad habitual y con relativa frecuencia deciden no intervenir. Sin embargo este dato es utilizado como arma arrojadiza de forma reiterada. Los expertos recomiendan valorar más los tiempos de atención que el número de pacientes en lista, siendo el objetivo a monitorizar la demora y la espera media y máxima.

En el análisis y desarrollo de las listas de espera intervienen diversos campos como: planificación sanitaria, financiación, sistemas de remuneración e incentivos, sistemas de información y gestión, tipo y características de la morbilidad atendida, necesidades sociales, etc. En este complejo escenario se producen frecuentes contradicciones y colisión de intereses entre los diferentes actores que intervienen de forma activa en la toma de decisiones sobre las actuaciones a seguir. La lista de espera debe servir como herramienta de planificación y método de organización de los recursos y de la actividad sanitaria.

La evidencia demuestra que la existencia de listas de espera tiene una causa multifactorial y, por tanto, las estrategias centradas solamente en alguno de los factores que aisladamente influyen en su génesis y/o mantenimiento se han demostrado ineficaces.

La existencia de las listas de espera es un hecho presente en todos los servicios y sistemas de salud de financiación pública y universal. En todos ellos existen demoras en la prestación de asistencia sanitaria, sin que se pretenda alcanzar el objetivo de una lista de espera cero ya que esto supondría la existencia de recursos y profesionales en algún momento sin actividad asistencial, estando a la espera de recibir pacientes, con la consiguiente pérdida de eficiencia en la utilización de los recursos y el consiguiente incremento de los costes. Existe, por tanto, una demora técnica con tiempos de espera limitados que responde a una gestión adecuada y no supone problemas para el paciente. Lo verdaderamente importante es alcanzar un equilibrio entre la planificación y racionalización de la demanda y la gestión eficaz, efectiva y eficiente de la oferta.

La gravedad del fenómeno de las listas de espera reside en las demoras excesivas; es decir, cuando la demora para la atención sanitaria excede del tiempo socialmente aceptado, o bien cuando no se establecen criterios de prioridad de los pacientes en función de sus necesidades clínicas sociales y/o laborales. Se ha podido comprobar que una de las principales preocupaciones recogidas en las diversas encuestas de satisfacción de los ciudadanos, es la existencia de demora para obtener asistencia sanitaria y el excesivo tiempo que deben esperar en algunos procesos clínicos, para ser diagnosticados o para obtener el tratamiento indicado por los profesionales.

Por ello se deben trabajar algunas de las líneas de trabajo que deberían permitir un rediseño de las formas de actuación y abordaje de las listas de espera tales como:

- La necesidad de disponer de un sistema de información y registro de pacientes en lista de espera claro, fiable y transparente común para todos los servicios de salud. Para ello se deberá seguir el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
- La aplicación de garantías de tiempos de espera a nivel nacional para mantener niveles de equidad en el acceso, seguida de una evaluación de resultados y establecimiento de medidas comunes para la financiación. Para ello se deberá seguir el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- El desarrollo de sistemas de indicación y priorización de las prescripciones diagnósticas y/o terapéuticas que permitan una gestión adecuada y coherente basada en necesidades objetivas de los pacientes y en criterios de **gravedad** de las patologías motivo de la atención capaces de originar discapacidad o disminución de la calidad de vida, **eficacia** de la asistencia para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida y **oportunidad** de la asistencia para evitar la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma. Debiendo ser los servicios de

salud de las comunidades autónomas los que concreten en su ámbito territorial los tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable teniendo en cuenta el impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario de las prestaciones prescritas.

- Una visión integrada como marco idóneo para la incorporación sistemática de las mejores prácticas, innovación, coordinación, nuevas formas de gestión, guías clínicas de los procesos más frecuentes, participación efectiva de profesionales y ciudadanos, etc.

2. ORIGEN MULTIFACTORIAL:

Es intención del presente Plan realizar en un análisis riguroso de las listas de espera que contemple reformas organizativas y de gestión manteniendo las bases esenciales del sistema sanitario: financiación pública, cobertura universal, buena calidad, accesibilidad asegurada y equitativa, eficaz, efectivo, eficiente y que responda a las necesidades reales de los ciudadanos.

En las características y configuración de las listas de espera actúan diferentes condicionantes: los recursos humanos, la financiación, la asistencia sanitaria, la continuidad asistencial, la tecnología, la infraestructura, el sistema de información, la sociedad, los usuarios, los medios de comunicación, la complementariedad de la sanidad privada, la educación sanitaria y la participación activa de los pacientes en el proceso de autocuidado de la enfermedad.

Habitualmente se afirma, en un análisis simplista, que las listas de espera son el producto resultante de un desequilibrio entre la oferta y la demanda, un déficit de la capacidad del sistema por la insuficiencia de recursos, e incluso se suele añadir que se deben a la gestión inadecuada por falta de productividad y rendimiento de los servicios sanitarios públicos.

La OCDE¹⁵ en un informe en el año 2003 afirma que “los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes constituyen un problema de salud pública mayor en prácticamente la mitad de los países de la OCDE”.

Entre los factores que influyen en el origen del incremento de las demoras para la obtención de la prestación asistencial se encuentran:

- Factores que tienden a aumentar la demanda y que se pueden agrupar en tres apartados:
 - Relacionados con los pacientes: el envejecimiento, la epidemiología, los cambios en la morbilidad, el nivel de educación sanitaria, la corresponsabilidad en la asistencia, etc.

¹⁵ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

- Relacionados con los propios centros sanitarios: la mejora en la accesibilidad a los servicios, la implantación de nuevas tecnologías, la mayor eficacia de los medios diagnósticos y terapéuticos, etc.
- Relacionados con los profesionales: la medicina defensiva, la variabilidad clínica, la aparición de nuevos tratamientos y/o diagnósticos.
- Factores que limitan la oferta de los servicios: la dotación, el rendimiento y la productividad de los recursos estratégicos (profesionales, camas, quirófanos, locales de consultas, puestos de hospital de día, equipamiento técnico, etc.), el nivel de responsabilidad de los clínicos frente a las listas de espera y la existencia de cuellos de botella.
- Factores que posibilitan o dificultan la autorregulación global del Sistema Sanitario entre los que destacan el uso mediático de las listas de espera y la existencia o no de garantías de espera.

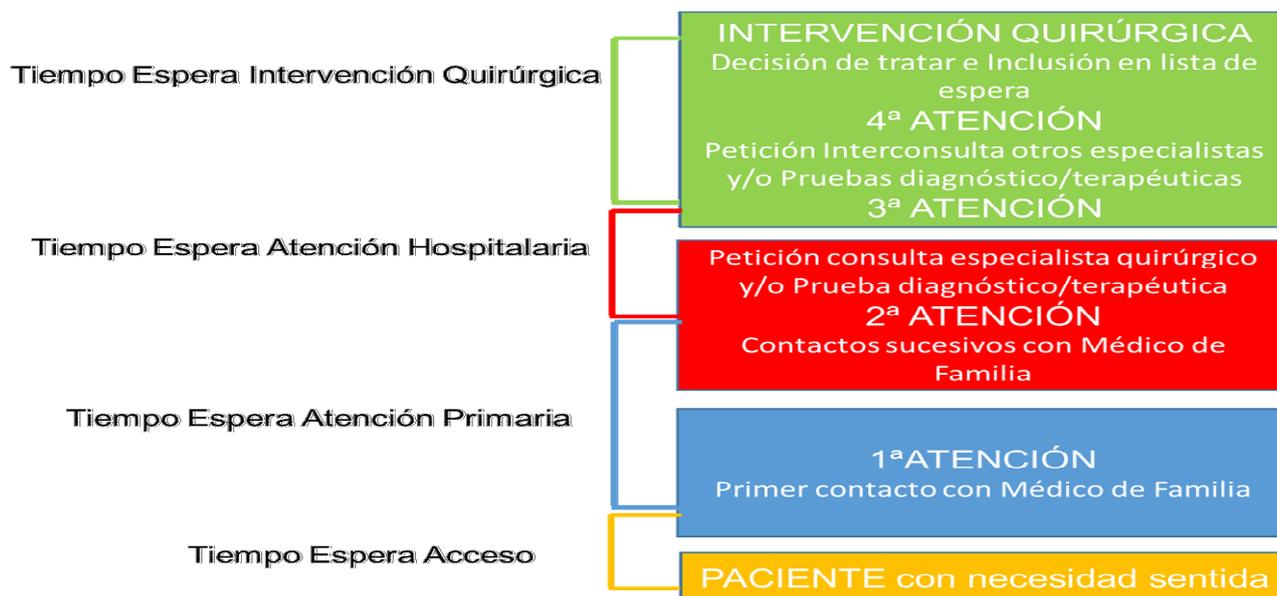
Los diferentes países de nuestro entorno ante este mismo problema han realizado diferentes acciones, no siempre con los resultados deseados. Así por ejemplo las principales iniciativas han sido: definición de tiempos de garantía, creación de registros nacionales de lista de espera, publicación de datos sobre listas de espera, planes de choque, mejora de los sistemas de información, establecimiento de un sistema de evaluación de medida de los resultados, establecimiento de un sistema de priorización explícito y objetivo a nivel nacional, utilización de la atención sanitaria de otros países, etc.

Con el objetivo de garantizar la equidad y calidad de la asistencia, la administración sanitaria tiene la obligación de fijar tiempos máximos de espera razonables para los procedimientos que ofertan en su cartera de servicios. Un elemento clave es la coordinación entre los profesionales implicados y el mantenimiento de su motivación e implicación en los objetivos del Plan. En general se considera que la garantía de tiempos demora mejora parcialmente y a corto plazo los resultados de la lista de espera, pero no garantiza realmente la equidad en el acceso si no se establecen criterios de priorización. Por otra parte, es llamativo el alto porcentaje de pacientes que, pudiendo hacer uso de su derecho de garantía, prefieren esperar para ser vistos en el sistema público.

Se debe de analizar la repercusión en los pacientes en su globalidad y en todo el proceso de atención, desde el primer contacto hasta la resolución de su situación de enfermedad.

Como ejemplo presentamos los posibles pasos a dar en el sistema sanitario para una corrección de una patología común como son las cataratas. Los pacientes de cierta edad con dificultades en la visión deben establecer un primer contacto con atención primaria que una vez visitados y realizada la petición de pruebas serán derivados a la consulta de un especialista en oftalmología, que después de la visita, las exploraciones correspondientes y las posibles interconsultas con otros especialistas llegará a la decisión de que precisa tratamiento y es en ese momento cuando se incluye en lista de espera quirúrgica; todavía tendrá que esperar un tiempo hasta que efectivamente sea intervenido quirúrgicamente.

Por tanto, en el proceso tenemos esperas para el acceso, la asistencia en atención primaria, para la atención hospitalaria en consulta de especialistas y pruebas diagnóstico/terapéuticas y para la resolución quirúrgica del problema. Un análisis integral de las listas de espera supone estudiar todos y cada uno de estos puntos.



En la literatura¹⁶ se describen los aspectos que hay que considerar en la demanda, la oferta, el proceso, los diferentes niveles y los aspectos transversales. Entre las medidas que afectan a la oferta se encuentran: refuerzo de la capacidad hospitalaria mediante el aumento de recursos humanos, físicos, materiales y tecnológicos, incremento de la productividad, financiando actividad extraordinaria, optimizando la cirugía ambulatoria, relacionando la financiación del hospital y la remuneración de los profesionales a los objetivos pactados. Las actuaciones que afectan a la demanda se refieren: elaboración de guías clínicas, desarrollo de estrategias de prevención, clasificación por prioridades de los pacientes.

También se describen otras formas de actuación como:

- Reducción del tamaño de las listas de espera mediante, aumento de la oferta asistencial, incremento de la capacidad del sistema público, revisión de la cartera de servicios, complementariedad con el sector privado y moderación o reducción de la demanda.
- Disminución de los tiempos de espera por medio de aumento de la productividad del sistema sanitario en su conjunto, mejora de la capacidad resolutoria de atención primaria, desarrollo de la continuidad asistencial, incremento de la oferta, crecimiento de la cirugía mayor ambulatoria, aumento de alternativas a la hospitalización

¹⁶ Eddy Nason y Glen Roberts. Maîtriser les files d'attente VI Amélioration du roulement des patients. Rapport de recherche de RCRPP (2009)

convencional, modificando la práctica clínica, utilización de tiempos de garantía, adopción de medidas de tipo organizativo para mejorar la eficiencia.

- Racionalización de las listas de espera a través de la mejora en los sistemas de información, utilización de sistemas de priorización, adopción de medidas políticas sobre el sistema de financiación, desarrollo normativo, implantación de sistemas de evaluación del impacto de las medidas.

En los últimos años los servicios de salud han adoptado, con mejor o peor resultado, diversas medidas entre las que destacan:

- Incrementar los recursos propios con carácter permanente, abriendo nuevos hospitales, ampliación de plantillas, número de quirófanos, camas, consultas, puestos de hospital de día, equipamiento, tecnología, etc., o temporales, con planes de choque periódicos. Las instituciones que utilizan planes extraordinarios de forma periódica en función del estado de las listas de espera fomentan su existencia, puesto que “el dinero sigue y mantiene a la lista de espera”.
- Aumento de la oferta asistencial mediante la concertación de la prestación de servicios con el sector privado complementando la oferta del sector público.
- Incentivar la productividad de los profesionales sanitarios a través de modificaciones de los sistemas de retribución a los profesionales sanitarios con la introducción de sistemas vinculados a la actividad o sistemas de incentivación económica por cumplimiento de resultados.
- Implantar unidades de cirugía ambulatoria mayor y menor, consultas de alta resolución, desarrollar la actividad en los hospitales de día, incrementar la actividad fuera de quirófano e impulsar las alternativas a la hospitalización convencional.
- Aumentar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales de primaria y hospitalaria desarrollando y haciendo efectiva la continuidad asistencial.
- Utilizar barreras sobre la demanda.
- Incorporar nuevos sistemas de información y mejorar la gestión clínica y administrativa de las listas de espera quirúrgica y diagnóstica de consultas externas y pruebas tanto a nivel particular como integral.
- Implementar criterios de priorización de las listas de espera.
- Creación de la “garantía de espera”.

Igualmente, las administraciones utilizan habitualmente procedimientos para disfrazar la realidad de las listas de espera, como:

- Fraccionar listas en cada uno de los pasos necesarios previos a la intervención para que no se refleje la espera real que soporta el paciente.
- Reiniciar el cómputo del tiempo de espera, previo cambio del paciente de una lista de espera a otra.
- No registrar la espera desde la indicación de la intervención, sino una vez pasado un cierto tiempo coincidiendo con alguno de los pasos previos a la misma, como la consulta preanestésica, la última consulta con el especialista, tras la finalización de tratamiento de prueba, etc.
- Eliminar de la lista de forma inmediata a los pacientes una vez derivados a centros concertados, en lugar de hacerlo cuando se realiza realmente la intervención indicada.
- Eliminar a los pacientes que rechazan la derivación a centros concertados que pasan a una lista oculta y no registrada como lista de espera.
- Realizar la inclusión del paciente una vez transcurrido cierto tiempo una vez realizadas reprogramaciones de consultas o pruebas diagnósticas, etc., mediante agendas sin cita, estando incluidos los pacientes en buzones.

La información facilitada en las páginas web de las comunidades autónomas tiene como objetivo mantener al paciente y a los ciudadanos informados acerca de los tiempos de demora y espera para ser atendido en una consulta externa, realizarse una prueba diagnóstica o ser sometido a una intervención quirúrgica, y en muy pocas ocasiones les resulta de utilidad.

Cuando analizamos la información que aporta el Sistema Nacional de Salud de las listas de espera de las diferentes comunidades autónomas, se observan tasas de inclusión muy diferentes y difícilmente explicables desde el punto de vista de la evidencia científica y que debe ser objeto de un profundo estudio y discusión. Esta misma situación se produce si lo analizamos por especialidad, prueba diagnóstica o procedimiento quirúrgico o terapéutico.

Los sistemas de información deben de servir para una planificación y gestión lógica y para la mejora de los tiempos de demora de las listas de espera. Cuando, los registros de las listas de espera se diseñan adecuadamente, se controlan, se auditan y se coordinan, se convierten en una herramienta de gestión muy útil. Es necesario y fundamental que se establezcan a nivel de todo el estado bases de datos homogéneas, que se definan criterios de priorización comunes, realizados a través de un consenso con los profesionales y la participación de los pacientes.

Los indicadores habitualmente utilizados para la medición de los tiempos de demora suelen ser cuantitativos: número de pacientes, tiempos medio, tiempo máximo de demora o de espera por lista, proceso, procedimiento o prueba. Esto refleja una prioridad política de los gestores, tener “buenos números” en sus diferentes listas de espera, es el criterio que se refleja en los Contratos de Gestión con los centros y en los Acuerdos de Gestión con los servicios/unidades asistenciales: cumplir con cifras fijadas de pacientes en demora. Habitualmente no se analizan los diferentes factores que influyen en la relación demanda/oferta, ni se evalúan los resultados obtenidos en términos de calidad y satisfacción del ciudadano. Igualmente, no se suele especificar la financiación destinada a la reducción de los tiempos de demora y tenemos importantes dificultades para conocer la financiación destinada directa o indirectamente a acometer las listas de espera.

En España, la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad garantizan a los ciudadanos, de manera universal y equitativa, el derecho a la asistencia sanitaria. El sistema sanitario público y sus prestaciones a los ciudadanos constituyen uno de los pilares básicos sobre los que se sustenta el Estado de Bienestar en las sociedades modernas. En este sentido, una lista de espera gestionada correctamente es garantía de accesibilidad al sistema, de equidad, regulando la entrada en el sistema y su evolución y salida posterior del mismo.

De este modo, se plantea la elaboración del Plan Integral de Listas de Espera de la Comunidad de Madrid con un abordaje integral de los problemas relativos a listas de espera excesivas, indispensable para el éxito del mismo. Un abordaje integral implica realizar un análisis de los múltiples factores que intervienen en la aparición de listas de espera y establecer un plan de actuaciones coordinadas e integradas entre sí, en el que se consiga la implicación de todos los niveles asistenciales y que debe implementar una serie de medidas estructurales y coyunturales que tengan como resultado final una mejora de las listas de espera.

III. ANALISIS DE SITUACIÓN:

Desde las transferencias sanitarias la Comunidad de Madrid dispone de un sistema de información de listas de espera de consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. Las características de los diferentes registros de listas de espera están regulados por normativas a nivel estatal y autonómico y se analizan en el apartado correspondiente.

En la actualidad, la Comunidad de Madrid posee 29 hospitales públicos que realizan actividad quirúrgica: H Infanta Leonor, H Sureste, H Gregorio Marañón, H La Princesa, H Niño Jesús, H Henares, H Torrejón, H Príncipe Asturias, H Ramón y Cajal, H La Paz, H Infanta Sofía, H Puerta de Hierro, H Villalba, H El Escorial, H Clínico San Carlos, Fundación Jiménez Díaz, H Móstoles, H Rey Juan Carlos I, H Alcorcón, H Severo Ochoa, H Fuenlabrada, H Getafe, H Infanta Cristina, H Doce Octubre, H Tajo, H Infanta Elena, H Gómez Ulla, H Santa Cristina y H Cruz Roja.

PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016-2019

HOSPITAL	IQPH	IQPA	IQUH	IQUA	Total IQ	LEQ	Demora
F.H.ALCORCÓN	3.801	7.085	1.126	100	12.112	2.352	31,10
F.JIMÉNEZ DÍAZ	12.254	27.199	2.803	50	42.306	3.460	26,63
H. 12 DE OCTUBRE	13.063	11.616	5.228	263	30.170	7.570	76,78
H. CENTRAL CRUZ ROJA	3.394	6.653	53	12	10.112	545	20,05
H. CENTRAL DE LA DEFENSA	3.852	2.229	605	43	6.729	91	16,60
H. CLÍNICO. SAN CARLOS	9.262	14.874	3.183	345	27.664	6.496	40,19
H. DE FUENLABRADA	2.976	10.048	1.472	211	14.707	1.623	29,14
H. DE LA PRINCESA	5.218	9.111	1.414	151	15.894	2.108	27,13
H. DE MOSTOLES	3.400	6.156	1.255	86	10.897	1.714	33,38
H. DE TORREJÓN	3.247	12.723	1.038	385	17.393	2.037	33,91
H. DEL HENARES	2.289	5.194	1.447	31	8.961	1.688	27,28
H. DEL NIÑO JESUS	2.073	2.173	704	18	4.968	804	29,47
H. DEL SURESTE	1.380	4.286	752	134	6.552	681	27,48
H. DEL TAJO	1.195	2.484	561	106	4.346	550	30,40
H. EL ESCORIAL	876	2.456	594	32	3.958	920	37,53
H. GENERAL VILLALBA	1.410	4.287	918	35	6.650	855	22,87
H. INFANTA CRISTINA	1.987	4.375	943	87	7.392	1.499	39,86
H. INFANTA ELENA	2.065	9.954	876	104	12.999	1.166	20,71
H. INFANTA LEONOR	3.016	9.627	1.771	125	14.539	3.416	35,31
H. INFANTA SOFÍA	2.848	3.279	1.455	78	7.660	2.943	64,48
H. LA PAZ	13.985	20.580	6.286	1.169	42.020	4.964	35,17
H. PRINCIPE DE ASTURIAS	4.458	8.633	1.947	216	15.254	4.931	36,27
H. PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA	6.549	8.299	2.553	174	17.575	3.372	29,87
H. RAMON Y CAJAL	10.776	18.733	2.979	406	32.894	7.286	58,78
H. REY JUAN CARLOS	5.004	13.966	1.286	44	20.300	1.708	22,14
H. SANTA CRISTINA	3.107	7.774	33	6	10.920	331	27,28
H. SEVERO OCHOA	3.038	8.749	1.241	187	13.215	2.767	49,51
H. UNIV. DE GETAFE	4.668	6.389	1.933	286	13.276	3.952	38,90
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	11.677	15.420	4.327	243	31.667	7.615	56,28
Total general	142.868	264.352	50.783	5.127	463.130	79.444	42,82

Fuente: LEQ Diciembre 2015

En los centros públicos de la Comunidad de Madrid la actividad esperable en TAM noviembre 2015 es de 142.868 Intervenciones Quirúrgicas Programadas con Hospitalización (IQPH), 264.352 Intervenciones Quirúrgicas Programadas Ambulantes (IQPA), 50.783 Intervenciones Quirúrgicas Urgentes con Hospitalización (IQUH), 5.127 intervenciones quirúrgicas urgentes ambulantes (IQUA), lo que supone un total de 407.220 intervenciones quirúrgicas programadas, 55.910 intervenciones quirúrgicas urgentes y por tanto un total de 463.130 intervenciones quirúrgicas. Además se realizan 783.392 procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano en salas limpias acondicionadas para realizar procedimientos y técnicas terapéuticos que con anterioridad se contabilizaban como intervenciones quirúrgicas al realizarse en un quirófano. En el registro de lista de espera quirúrgica a 30 de diciembre hay 79.444 pacientes de los cuales 37.862 se encuentran en lista de espera estructural y 41.582 en lista de espera no estructural, de los cuales 7.814 están esperando por demora médica/voluntaria y 33.768 por rechazo en centro alternativo.

Además hay centros con Pactos de Gestión para ampliar de forma programada la actividad quirúrgica en jornada de tarde los días laborables con el objetivo de mejorar la lista de espera quirúrgica son de dos características:

- I. Los firmados a fecha de hoy con hospitales que tienen Lista de Espera que supera las demoras establecidas y que son (9 hospitales y 25 servicios):
 - ✓ Hospital Universitario La Paz (Oftalmología y Radiodiagnóstico),
 - ✓ Hospital Universitario Infanta Sofía (Cirugía General y de Aparato Digestivo, Traumatología y Ortopedia, Urología),
 - ✓ Hospital Universitario La Princesa (Angiología y Cirugía Vascular),
 - ✓ Hospital Universitario Príncipe Asturias (Cirugía General y de Aparato Digestivo),
 - ✓ Hospital Universitario Niño Jesús (Cirugía Plástica y Reparadora, Traumatología y Ortopedia),
 - ✓ Hospital General Universitario de Getafe (Cirugía General y de Aparato Digestivo, Oftalmología, Traumatología y Ortopedia),
 - ✓ Hospital Universitario Doce de Octubre (Cirugía Pediátrica, Traumatología y Ortopedia, Urología, Oftalmología, Angiología y Cirugía Vascular),
 - ✓ Hospital Universitario Gregorio Marañón (Cirugía General y de Aparato Digestivo, Angiología y Cirugía Vascular), y
 - ✓ Hospital Universitario Ramón y Cajal (Angiología y Cirugía Vascular, Cirugía General y Aparato Digestivo, Traumatología y Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiodiagnóstico).

- II. Y además, actuando como hospitales públicos de apoyo en alguna de las especialidades presentes en su cartera de servicios desarrollaran actividad quirúrgica en jornada de tarde los días laborables en función de la libre elección de los pacientes pendientes en listas de espera de otros centros:
 - ✓ Hospital Universitario Infanta Sofía (Oftalmología),
 - ✓ Hospital General Universitario de Getafe, (Neurocirugía, Angiología y Cirugía Vascular),
 - ✓ Hospital Henares, (Cirugía General y Aparato Digestivo, Traumatología y Ortopedia),
 - ✓ Hospital Universitario Puerta Hierro, (Traumatología y Cirugía Ortopédica),
 - ✓ Hospital Clínico San Carlos, (Traumatología y Cirugía Ortopédica),
 - ✓ Hospital Universitario Alcorcón, (Pendiente),
 - ✓ Hospital Universitario La Princesa, (Neurocirugía, Cirugía General y Aparato Digestivo, Traumatología y Cirugía Ortopédica)
 - ✓ Hospital Santa Cristina, (Pendiente)
 - ✓ Fundación Hospital Universitario Fuenlabrada, (Traumatología y Cirugía Ortopédica),
 - ✓ Hospital Cruz Roja, (Pendiente),
 - ✓ Hospital Universitario Sureste, (Cirugía General y Aparato Digestivo, Traumatología y Cirugía Ortopédica),
 - ✓ Hospital El Escorial, (Cirugía General y Aparato Digestivo, Traumatología y Ortopedia),
 - ✓ Hospital Universitario Móstoles, (Pendiente),

- ✓ Hospital Severo Ochoa (Pendiente)
- ✓ Hospital Tajo, (Traumatología y Cirugía Ortopédica),

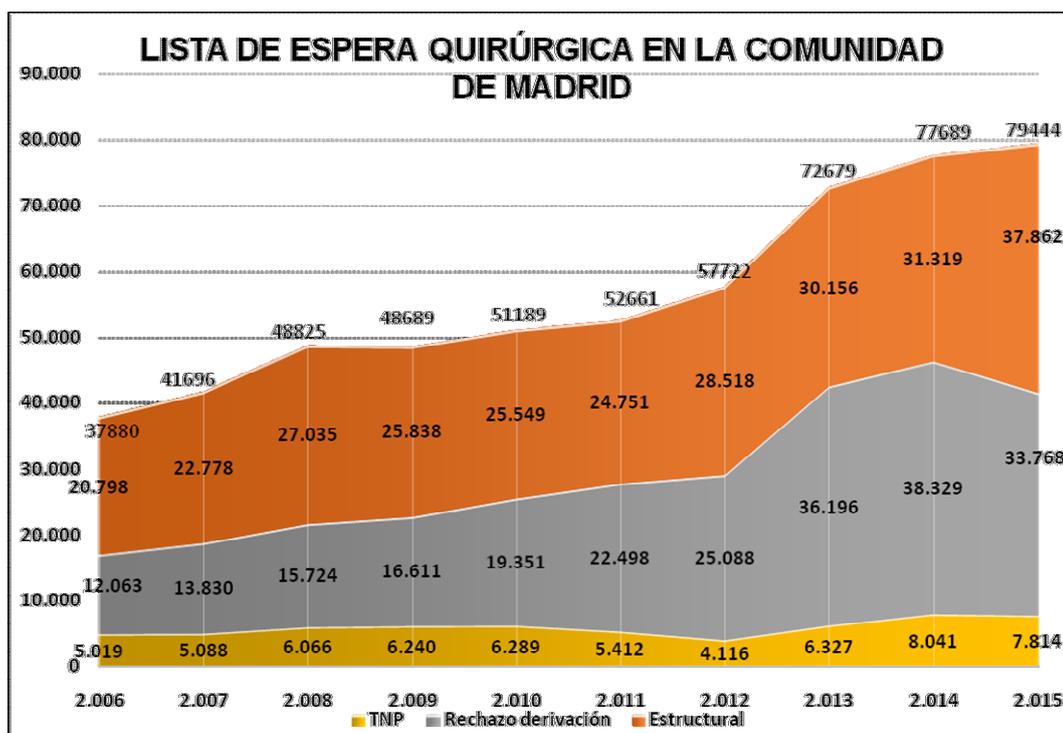
Teniendo en cuenta los hospitales de gestión directa con actividad quirúrgica (excluidos conveniados: H Gómez Ulla y FJD y los concesionados: H Rey Juan Carlos I, H Infanta Elena, H Villalba y H Torrejón), considerando tanto los que actúan sobre su propia lista de espera quirúrgica (9) como los que proceden como centros de apoyo (14) supone que el 87% (20 vs 23) de los hospitales de la Comunidad de Madrid realizarán actividad quirúrgica en jornada extraordinaria de tarde (no realizan H Infanta Leonor, H Severo Ochoa y H Infanta Cristina). Si consideramos todos los centros del Servicio Madrileño de Salud con actividad quirúrgica el 89,7% (26 vs 29) realizan actividad quirúrgica en jornada extraordinaria de tarde.

En el 2015 hay 23 hospitales/clínicas concertadas: Nuestra Señora de América, H Quirón Madrid de Pozuelo, H Sur de Leganés, H Beata María Ana, H San Rafael, H San Francisco de Asís, H San Camilo, H San José, H Madrid, H Sanchinarro, H Montepríncipe, H Torrelodones, Clínica Venerable Orden Tercera, Hospital Moncloa, Sanatorio Vallés de Alcalá de Henares, Ruber Internacional, Clínica Fuensanta, Clínica Ruber, Clínica Santa Elena, Clínica Virgen de la Paloma, Clínica Los Madroños de Brumete, Clínica La Luz, Hospital NISA de Aravaca.

El resumen de la actividad quirúrgica realizada en centros concertados durante el 2015 es: 11.433 procesos adjudicados, 10.062 enviados (88%) y 1.371 pendientes de enviar (12%). De los procesos enviados 8.511 (84,6%) han sido operados, 630 (6,3%) han sido devueltos y 921 (9,2%) se encuentran pendientes de ser intervenidos en lista de espera quirúrgica.

A continuación presentamos la evolución de la lista de espera quirúrgica en la Comunidad de Madrid

Evolución lista de espera quirúrgica 2006-2015



Fuente: LEQ 2006- 2015

Los datos demuestran la evolución de la Lista de espera quirúrgica y la influencia que ha tenido en ella aspectos como el incremento de población en TSI y la apertura de nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid.

	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Total	37.880	41.696	48.825	50.669	51.191	52.661	57.722	72.679	77.689	79.444
Estructural	20.798	22.778	27.035	25.838	25.549	24.751	28.518	30.156	31.319	37.862
Rechazo derivación	12.063	13.830	15.724	16.611	19.351	22.498	25.088	36.196	38.329	33.768
TNP	5.019	5.088	6.066	6.240	6.289	5.412	4.116	6.327	8.041	7.814

Pese a las distintas medidas puestas en marcha los resultados no han sido los esperados en varios aspectos como reflejan los datos que se recogen en este apartado.

Informe de LEQ¹⁷ por especialidades Nº pacientes y demora media en días (2007-2014). Presentamos en la Tabla siguiente la lista de espera quirúrgica estructural publicada por el Ministerio de Sanidad correspondiente a todas las comunidades y la de la Comunidad de Madrid referida a número de pacientes y demora media en días. Los indicadores a tener en cuenta son la tasa por mil habitantes en LEQ estructural <10 y en LEQ total <12, la demora media estructural <55 días y la de rechazo <110 días.

	Total LEQ	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
		Nº	DM														
C. General	SNS	76.037	71	71.264	68	72.492	65	73.057	64	87.152	71	108.508	97	105.863	94	95.908	83
	CM	4.694	27,81	5.462	28,75	5.120	26,48	4.794	26,5	4.330	24,88	5.406	33,37	5.093	30,73	5.615	29,48
Ginecología	SNS	21.771	68	20.598	66	21.305	59	21.521	56	22.566	56	25.015	70	24.492	62	21.731	58
	CM	1.725	26,08	1.693	26,77	1.722	24,84	1.614	35,53	1.563	23,01	1.821	33,63	1.791	27,98	1.602	28,26
Oftalmología	SNS	75.935	64	71.945	60	70.421	57	80.275	58	92.541	64	110.812	81	114.102	72	109.596	67
	CM	4.022	27,05	5.072	30,37	4.695	26,93	4.765	26,54	5.144	24,3	5.290	31,78	6.434	28,69	6.615	29,41
O.R.L.	SNS	29.315	70	28.972	73	30.068	69	29.544	65	32.921	68	38.831	93	37.801	92	34.615	82
	CM	1.954	31,62	2.091	31,24	1.971	31,55	1.996	31,42	1.951	28,91	2.148	36,07	2.212	32,36	2.254	31,93
Traumatología	SNS	96.651	86	93.755	88	97.187	75	100.321	72	126.688	83	166.302	122	156.017	129	137.955	111
	CM	3.565	33,72	4.679	34,99	4.253	33,95	4.254	31,65	4.447	31,55	4.816	39,11	5.359	36,1	5.662	36,64
Urología	SNS	27.736	66	27.445	68	26.699	62	28.005	59	31.789	63	39.691	86	37.665	107	34.722	65
	CM	2.027	27,15	2.294	27,76	2.309	29,18	2.245	25,38	2.199	25,25	2.575	33,57	2.960	31,54	3.104	32,66
C. Cardíaca	SNS	2.589	81	2.303	70	2.289	66	2.592	64	2.886	67	3.277	73	3.460	75	3.039	67
	CM	221	31,84	266	40,63	214	32,07	190	34,28	206	33,54	235	42,37	222	34,28	186	33,16
C. Vascular	SNS	9.450	74	9.270	70	10.118	69	11.085	67	11.085	82	16.481	112	14.338	103	13.404	96
	CM	523	24,66	424	26,95	486	25,86	496	31,17	470	31,24	679	36,71	728	33,38	876	36,04
C. Maxilofacial	SNS	4.436	82	4.763	82	5.742	85	6.056	79	6.664	82	8.296	90	7.272	94	7.457	91
	CM	444	30,63	473	31,63	357	32,58	455	29,55	317	29,99	643	35,31	543	36,59	589	34,9
C. Pediátrica	SNS	8.550	79	9.388	80	10.542	76	10.234	75	11.623	84	14.550	100	14.365	112	13.150	103
	CM	1.260	34,12	1.147	35,87	1.190	30,38	1.426	37,22	1.238	35,62	1.726	44	1.475	39,77	1.562	41,97
C. Plástica	SNS	10.072	90	10.105	95	10.673	91	12.511	88	13.786	98	15.826	124	17.099	134	14.085	131
	CM	898	30,36	971	34,17	995	37,93	1.005	36,83	990	38,5	886	38,23	1.008	35,21	854	35,17
C. Torácica	SNS	998	72	1.091	63	1.040	55	1.109	77	1.208	95	1.375	152	1.525	101	1.421	70
	CM	96	20,29	140	25,72	121	23,7	98	19,33	141	24,37	158	26,89	170	24,04	163	22,75
Neurocirugía	SNS	5.597	91	5.574	75	6.294	81	6.241	78	7.719	90	9.683	151	9.701	159	9.794	158
	CM	316	30,97	400	37,09	342	35,08	369	33,36	349	37,74	403	40,25	329	39,2	334	32,59
Dermatología	SNS	7.105	45	7.922	45	7.596	44	9.521	46	9.581	42	12.748	50	15.636	49	15.043	53
	CM	1.046	21,01	1.757	23,69	1.856	24,12	1.642	21,00	1.294	17,85	1.625	26,4	1.728	24,2	1.819	24,08
Total	SNS	376.242	74	364.395	71	372.466	67	392.072	65	459.885	73	571.395	100	559.336	98	511.923	87
	CM	22.922	28,92	27.035	30,53	25.838	29,38	25.551	28,51	24.751	27,35	28.519	34,95	30.156	31,77	31.319	31,97

Fuente: LEQ SERMAS Ministerio SNS

¹⁷ Lista de Espera Quirúrgica

Evolución tasa por 1000 habitantes

Tasa por 1000 habitantes		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
C. General	SNS	1,93	1,80	1,81	1,83	2,22	2,84	2,34	2,14
	CM	0,77	0,87	0,81	0,76	0,68	0,85	0,81	0,88
Ginecología	SNS	0,55	0,52	0,53	0,54	0,57	0,65	0,54	0,48
	CM	0,28	0,27	0,27	0,26	0,25	0,29	0,28	0,25
Oftalmología	SNS	1,93	1,81	1,76	2,01	2,36	2,90	2,52	2,44
	CM	0,66	0,81	0,74	0,75	0,81	0,83	1,02	1,04
O.R.L.	SNS	0,74	0,73	0,75	0,74	0,84	1,02	0,83	0,77
	CM	0,32	0,33	0,31	0,32	0,31	0,34	0,35	0,36
Traumatología	SNS	2,45	2,36	2,43	2,51	3,22	4,35	3,44	3,07
	CM	0,59	0,75	0,67	0,67	0,70	0,76	0,85	0,89
Urología	SNS	0,70	0,69	0,67	0,70	0,81	1,04	0,83	0,77
	CM	0,33	0,37	0,36	0,35	0,35	0,41	0,47	0,49
C. Cardíaca	SNS	0,07	0,06	0,06	0,06	0,07	0,09	0,08	0,07
	CM	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03
C. Vasculat	SNS	0,24	0,23	0,25	0,28	0,28	0,43	0,32	0,30
	CM	0,09	0,07	0,08	0,08	0,07	0,11	0,12	0,14
C. Maxilofacial	SNS	0,11	0,12	0,14	0,15	0,17	0,22	0,16	0,17
	CM	0,07	0,08	0,06	0,07	0,05	0,10	0,09	0,09
C. Pediátrica	SNS	0,22	0,24	0,26	0,26	0,30	0,38	0,32	0,29
	CM	0,21	0,18	0,19	0,23	0,20	0,27	0,23	0,25
C. Plástica	SNS	0,26	0,25	0,27	0,31	0,35	0,41	0,38	0,31
	CM	0,15	0,15	0,16	0,16	0,16	0,14	0,16	0,13
C. Torácica	SNS	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03
	CM	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03
Neurocirugía	SNS	0,14	0,14	0,16	0,16	0,20	0,25	0,21	0,22
	CM	0,05	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,05	0,05
Dermatología	SNS	0,18	0,20	0,19	0,24	0,24	0,33	0,35	0,34
	CM	0,17	0,28	0,29	0,26	0,20	0,26	0,27	0,29
Total	SNS	9,55	9,19	9,30	9,83	11,71	12,89	12,34	11,40
	CM	3,77	4,31	4,08	4,04	3,90	4,49	4,78	4,93

Fuente: LEQ SERMAS Ministerio SNS

Informe de LEQ entradas/mes, tasa ‰ habitantes, salidas por intervención quirúrgica/mes, población protegida e índice entradas/salidas. Presentamos en la Tabla siguiente la lista de espera quirúrgica publicada por el Ministerio de Sanidad correspondiente a todas las comunidades y la de la Comunidad de Madrid. Los indicadores a tener en cuenta son la tasa ‰ respecto a la LEQ estructural <10, respecto al total LEQ <12 y respecto al total de entradas/año <60 y el índice entradas/salidas <1

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Entradas	SNS	1.314.669	1.353.594	1.294.699	1.311.785	1.673.538	1.706.426	1.706.922
	CM	298.606	321.878	334.600	346.086	345.284	359.651	366.480
Tasa por 1000 habitantes	SNS	41,49	42,72	40,14	40,65	44,73	44,69	45,25
	CM	47,61	50,81	52,88	54,52	54,40	56,97	57,74
Salidas por intervención	SNS	1.097.118	1.128.178	1.047.640	1.066.311	1.360.473	1.442.059	1.503.138
	CM	263.516	289.415	302.335	312.230	310.325	311.706	324.598
Población	SNS	32.119.709	32.351.937	32.257.790	32.267.586	37.412.942	38.184.014	37.725.640
	CM	6.271.638	6.334.656	6.328.106	6.347.783	6.346.779	6.312.848	6.346.645

Fuente: LEQ SERMAS Ministerio SNS

Es de destacar la importancia de la existencia de demoras excesivas y la existencia de indicios que sugieren diferencias en el abordaje de las listas de espera entre los distintos hospitales y las diferentes comunidades autónomas.

Respecto al número total de pacientes en lista de espera quirúrgica por mil habitantes se observa una importante oscilación, al igual que la composición, distribución de patologías y esperas entre los diferentes centros y comunidades, de lo que se desprende la existencia de diferencias relevantes en las demoras existentes entre procesos quirúrgicos similares.

En relación a la gestión administrativa de la lista, en el año 1998, el INSALUD en su Guía de Gestión de Lista de Espera definió una serie de requisitos para la inclusión de pacientes en lista de espera. En el año 2004, el Servicio Madrileño de Salud, elaboró sus propios criterios, actualizando los establecidos en la guía del INSALUD y adecuándolos en algunos aspectos a lo establecido en el RD 605/2003 de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera del SNS. Pero respecto al Real Decreto citado establece importantes diferencias referidas principalmente respecto a la clasificación de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica añadiendo un nuevo apartado de pacientes pendientes de preoperatorio en el grupo de pacientes transitoriamente no programables cuando se debieran incluir en el grupo de pacientes en espera estructural. Además en este grupo de pacientes se suspende el cómputo de tiempo máximo de espera por un tiempo que en ningún caso podrá ser superior a treinta días hábiles desde la fecha de prescripción de la intervención por el especialista quirúrgico. En el caso de los pacientes transitoriamente no programables cuando vuelven a la situación de lista de espera estructural comienzan de nuevo el cómputo cuando la normativa dice que se reanuda.

Respecto al tiempo de demora en lista de espera que debe definirse en días naturales, contabilizándose desde la entrada en el registro y que debe coincidir con la fecha de indicación de la intervención hasta la realización de la asistencia prescrita, se hace en días hábiles. Respecto a la prioridad clínica establece un límite máximo de 30 días para todo tipo de patologías, cuando en la normativa estatal se implantan tres tramos: 30 días, 90 días y el resto.

A pesar de todo ello y aunque los criterios están bien definidos, su cumplimiento en ocasiones, es inadecuado. Así por ejemplo, se encuentran en lista de espera pacientes con procesos de cirugía local o procedimientos terapéuticos que no precisan quirófano, pacientes ilocalizables, pacientes que no acuden a la preparación quirúrgica o a la cita de intervención sin justificar debidamente la inasistencia, pacientes que posponen voluntariamente la operación por un tiempo superior a seis meses, pacientes duplicados, fallecidos u operados ya sea en el propio centro o en otros, etc.

El proceso administrativo de localización de un paciente para la realización de una intervención quirúrgica requiere, para que tenga seguridad jurídica, que se haga, bien por escrito en forma de carta o telegrama con acuse de recibo y ausencia de respuesta en un plazo superior a los cinco días, lo cual es inviable para todos los pacientes, o bien telefónicamente siempre que exista registro de al menos tres llamadas con día y hora y que al menos una de ellas se haya realizado en jornada de tarde.

Por el contrario la información que se ofrece de tiempos de demora y espera está artefactada por ser ofrecida en días hábiles, no contabilizar los tiempos desde la fecha de prescripción, no contabilizar el tiempo de preoperatorio y reiniciar el cómputo cuando un paciente está en algún momento como transitoriamente no programable.

Todas estas situaciones contribuyen a la pérdida de credibilidad y eficacia del sistema.

Informe LEC por especialidades la tasa por mil habitantes y demora media en días (2010-2015). Tabla siguiente la lista de espera para primeras consultas publicada por el Ministerio de Sanidad correspondiente a todas las comunidades y la de la Comunidad de Madrid referida a la tasa por mil habitantes y demora media en días. Los indicadores a tener en cuenta son la tasa por mil habitantes en LEC para 1ª consulta <50 en global y <30 en las referenciadas y respecto a entradas anuales totales <600, la demora media <30.

Frecuentación 1000 hab. Demora Media		2010		2011		2012		2013		2014		2015*	
		Nº	DM	Nº	DM	Nº	DM	Nº	DM	Nº	DM	Nº	DM
Ginecología	SNS	2,69	66	2,53	86	4,39	85	3,20	106	2,48	109		
	CM	5,57	42	4,56	34	4,83	39	1,09	43	1,61	35	3,91	35
Oftalmología	SNS	6,45	63	6,39	72	9,20	75	7,70	78	6,87	82		
	CM	7,48	41	6,66	37	6,90	42	0,71	26	0,20	21	5,42	27
Traumatología	SNS	5,29	49	5,60	53	8,58	64	7,30	78	7,04	68		
	CM	6,69	35	6,82	35	6,31	36	0,82	29	0,90	35	7,24	39
Dermatología	SNS	3,69	49	4,39	55	6,59	56	5,40	63	4,80	61		
	CM	6,17	49	5,95	36	5,96	39	0,20	17	0,17	23	4,96	25
O.R.L.	SNS	1,79	34	2,01	39	2,70	41	2,30	42	2,23	46		
	CM	2,96	39	2,23	21	2,22	23	0,34	56	0,31	53	2,59	22
Neurología	SNS	1,61	57	1,72	58	2,51	53	2,10	60	1,79	74		
	CM	2,42	42	2,16	34	2,60	45	0,77	71	0,68	48	2,04	28
C.General	SNS	1,31	40	1,40	43	1,96	41	1,50	47	1,39	51		
	CM	1,82	36	1,64	22	1,57	23	0,56	9	0,59	9	0,98	18
Urología	SNS	1,59	57	1,49	53	2,15	53	1,70	64	1,50	52		
	CM	2,01	41	2,07	33	2,03	34	1,06	39	1,50	37	1,56	25
Digestivo	SNS	1,86	51	1,90	51	2,95	57	2,20	69	2,22	66		
	CM	2,51	47	2,23	34	2,64	45	1,29	28	1,81	37	2,38	33
Cardiología	SNS	1,49	51	1,35	57	2,12	59	1,60	54	1,56	55		
	CM	2,01	32	1,32	24	1,78	36	0,79	32	1,08	42	1,03	19
Total	SNS	33,00	53	36,11	58	42,17	59	39,00	67	39,43	65		
	CM	39,63	41	35,64	134	36,85	157	7,64	31	8,85	36	32,11	30

*Datos a Noviembre 2015

Fuente: LEQ SERMAS Ministerio SNS

En cuanto a la situación de las listas de espera de consultas, aunque también existe un Registro Centralizado, su contenido no refleja la realidad ni en el número de pacientes incluidos ni de la demora existente.

Esta situación viene condicionada por la ausencia de registro de la solicitud en el momento en que ésta se produce, bien por la existencia de agendas cerradas en algunos hospitales y en algunas especialidades, bien porque el registro se difiere hasta la revisión por un facultativo o hasta la adscripción de una cita. Esto conduce a la existencia de solicitudes de consulta no registradas, registradas pero sin cita o registradas con demora inferior a la real. Igualmente se observa una incorrecta identificación en muchos casos de consultas de revisión como primeras consultas y viceversa, ya que hay visitas de revisión

que tienen como objetivo el ver los resultados de las pruebas solicitadas en la primera consulta y son imprescindibles para establecer un diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento.

Todo ello hace que en el registro de lista de espera no se encuentren incluidos todos los pacientes que en un momento dado se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa en atención especializada, solicitadas por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición. Y al mismo tiempo existan registros que, identificados como primeras consultas, en realidad corresponden a consultas de revisión de procesos en evolución o consultas que etiquetadas como sucesivas son consultas de resultados necesarias para diagnosticar y poner un tratamiento a la patología que padece una persona y que por tanto no se ha cerrado el ciclo de la primera consulta ni se ha conseguido el principal objetivo.

Otra situación frecuente es la presencia de consultas monográficas en las que aunque el paciente haya sido visto por los facultativos de la misma especialidad se citan como primeras, o el caso de la derivación de pacientes desde los facultativos de Pediatría de Atención Primaria a las especialidades de Pediatría hospitalaria que al ser consideradas la misma especialidad se citan como revisiones.

Informe LET por especialidades N° pacientes y demora media en días (2010-2015). Presentamos en la Tabla siguiente la lista de espera diagnóstica para 1ª prueba publicada por la Comunidad de Madrid. Los indicadores a tener en cuenta son la tasa por mil habitantes en LET para 1ª prueba <30 en global y <20 en las referenciadas y respecto a entradas anuales totales <350, la demora media <21 y el índice entradas/salidas <1.

	2010			2011			2012			2013			2014			2015*			
	Nº	Tasa 1000/hab	DM	Nº	Tasa 1000/hab	DM													
Tomografías																			
Computerizadas (TC)	33.945	5,36	13	35.906	5,66	19	43.664	6,88	15	33.945	5,38	13	48.040	7,57	20	7.495	1,17	38,05	
Resonancias Magnéticas (RM)	35.269	5,57	32	34.905	5,50	29	47.606	7,50	48	35.269	5,59	32	47.239	7,44	29	14.392	2,24	32,54	
Ecografías, Servicio de Radiodiagnóstico	121.024	19,12	26	125.100	19,71	35	132.321	20,85	30	121.024	19,17	28	137.166	21,61	24	27.243	4,25	38,11	
Mamografías	41.821	6,61	7	46.782	7,37	19	51.486	8,11	11	41.821	6,62	7	50.208	7,91	9	3.446	0,54	59,09	
Hemodinámica	213	0,03	5	206	0,03	7	346	0,05	15	213	0,03	5	495	0,08	3	69	0,01	27,46	
Ecocardiogramas	40.184	6,35	13	43.508	6,85	22	43.054	6,78	26	40.184	6,37	13	55.653	8,77	23	5.436	0,85	61,96	
Ergometrías	6.650	1,05	24	5.499	0,87	19	6.434	1,01	16	6.650	1,05	24	6.988	1,10	15	864	0,13	36,51	
Endoscopias Digestivas: Gastroscopia, Esofagoscopia y Duodenoscopia.	10.161	1,61	50	9.130	1,44	34	10.763	1,70	44	10.161	1,61	50	14.237	2,24	35	4.092	0,64	47,79	
Endoscopias Digestivas: Colonoscopia y Rectosigmoidoscopia	19.456	3,07	44	19.428	3,06	44	25.059	3,95	77	19.456	3,08	44	27.979	4,41	63	8.537	1,33	70,62	

*Datos a Noviembre 2015

Fuente: LEQ SERMAS Ministerio SNS

En cuanto a la situación de la lista de espera de pruebas diagnósticas, aunque también existe un Registro Centralizado, la información es parcial y de escasa calidad. Hay circunstancias fundamentales que condicionan esta situación:

- La no identificación de las pruebas como de diagnóstico/primeras o de control/sucesivas por el facultativo que las solicita. Esto hace que no se puedan diferenciar pruebas que tienen una finalidad diagnóstica, en las que minimizar la demora es prioritario, de pruebas de control que, por criterios clínicos, deben diferirse en el tiempo, lo que conduce a que los datos de demoras obtenidos no reflejen fielmente cual es la espera de los pacientes para la realización de pruebas diagnósticas.

- En otros casos los hospitales marcan en su mayor parte todas las pruebas que solicitan como de diagnóstico/primeras independientemente que lo sean o no, lo que ocasiona que cuando se quiere actuar sobre la lista de espera nos encontremos que las citas no pueden adelantarse ya que son pacientes que están citados a una fecha fija ya que son objeto de una prueba de control.
- Otro aspecto diferencial es la forma de citar, mientras unos centros realizan la citación por paciente otros registran exploraciones lo que conlleva a que los datos de pacientes en lista de espera diagnóstica y la actividad realizada en los centros no sea comparable. Se deben elaborar factores de conversión que además sirvan para la evaluación de los recursos asignados a los centros.
- Es frecuente que en los registros de lista de espera algunos hospitales incluyan todas las pruebas que realizan a pacientes hospitalizados y urgentes además de los pacientes ambulantes; mientras que otros sólo lo hagan con los pacientes ambulantes. Ello conlleva que haya importantes diferencias en cuanto al número de pacientes en lista de espera, frecuentación, porcentaje de actividad procedente de lista de espera, espera y demora media.
- En un tanto por ciento importante, la gestión de las solicitudes de pruebas diagnósticas se realiza directamente por los propios servicios que las realizan o utilizan programas departamentales que no transfieren sus datos a los sistemas de información hospitalarios y por tanto al registro centralizado, o utilizan buzones informáticos o las mantienen en archivadores a espera de que se abran las agendas o se autoricen planes extraordinarios de tarde o fines de semana.

Esto hace que no esté disponible, de forma agregada y centralizada, la información relativa a la lista de espera, las demoras y las esperas de una parte importante de las pruebas diagnósticas que se realizan en los hospitales, y cuando lo están, sus datos sean de poca calidad.

El sistema que recoge la información de consultas y pruebas diagnósticas está basado en un registro antiguo del INSALUD, el SICYT¹⁸, que precisa ser mejorado y sustituido por otro sistema más actual con los recursos y dispositivos informáticos existentes en estos momentos. Igualmente se precisa una normalización de las prestaciones, de las agendas de todos los centros a nivel de toda la comunidad.

A continuación se presentan los datos de Lista de Espera Quirúrgica (diciembre 2015), consultas Externas y Pruebas Diagnósticas (noviembre 2015) siguiendo los indicadores, especialidades y técnicas que están contemplados en el RD 605/2003.

¹⁸ Sistema de Información de Consultas y Técnicas

Lista de Espera Quirúrgica

ANÁLISIS LEQ Estudio por Servicios. C.MADRID		Comunidad de Madrid	
	<i>Población Asignada</i>	6.414.211	6.414.211
A C T I V O S	Nº total pacientes LEQ	79.444	
	Estructural	37.862	47,66%
	Rechazo derivación	33.768	42,51%
	TNP	7.814	9,84%
	FRECUENTACIÓN		
	<i>Frecuentación % sobre total LEQ</i>	12,39	
	Entradas MES	26.941	
	<i>Frecuentación % sobre entradas mes</i>	4,20	
	Entradas AÑO (acumuladas)	379.600	
	<i>Frecuentación % sobre entradas acumuladas año</i>	59,18	
	ESTRUCTURAL		
	<i>Demora media estructural</i>	42,82	
	<i>Demora máxima estructural</i>	832,00	
	. Nº pacientes 0-30 días	17.345	45,81%
	. Nº pacientes 30-60 días	13.002	34,34%
	. Nº pacientes 60-90 días	4.033	10,65%
	. Nº pacientes 90-180 días	2.872	7,59%
	. Nº pacientes > 180 días	610	1,61%
	RECHAZO DERIVACIÓN		
	<i>Demora media rechazo derivación</i>	134,45	
<i>Demora máxima rechazo derivación</i>	1.029,00		
. Nº pacientes > 360 días	1691	5,01%	
Nº total salidas mes	26.927		
<i>Espera media (total salidas al mes)</i>	72,81		
<i>Espera máxima (total salidas al mes)</i>	1.005,00		
Nº total salidas acumuladas año	377.802		
SALIDAS MES (desglose por tipo de salida)			
J. Ordinaria	21.109	78,39%	
J. Extraordinaria	1.173	4,36%	
IQ. URGENTE	70	0,26%	
Hospitales de Apoyo	828	3,07%	
Centro Concertado	749	2,78%	
Sin Int. Quirúrgica	2.998	11,13%	
Num. Total Salidas en ESTRUCTURAL (mes)	21.256	78,94%	
Espera media estructural	40,24		
Espera máxima estructural	823,00		
Num. Total Salidas en RECHAZO (mes)	5.667	21,05%	
Espera media rechazo derivación	194,99		
Espera máxima rechazo derivación	1.005,00		
INDICE ENTRADAS SALIDAS (MES)	1,00		
INDICE ENTRADAS SALIDAS (ACUMULADO)	1,00		

Lista de Espera Consultas Externas

NÚMERO DE PACIENTES PENDIENTES EN ESPERA CONSULTA EXTERNA	C. MADRID
Número de pacientes en espera estructural para PRIMERA CONSULTA	204.743
Tasa por 1000 habitantes	32,11
Tiempo medio de espera para PRUEBA (F.CORTE)	29,79
Desglose por días de espera de pacientes pendientes por F.CITA	
Número de pacientes de 0 a 30 días de espera	42.111
Número de pacientes con 31-60 días de espera	60.473
Número de pacientes con 61-90 días de espera	52.553
Número de pacientes con > 90 días de espera	49.606
NUMERO DE ENTRADAS EN EL REGISTRO	
Número total de entradas	2.414.883
Número total de entradas por 1000 habitantes	376,49
NUMERO TOTAL DE SALIDAS	
Numero total de Salidas	2.538.252
Tasa por 1000 habitantes pacientes atendidos	395,72
NUMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	
Numero total de pacientes atendidos	2.154.760
Espera media estructural para pacientes atendidos primera consulta	26,09
Espera maxima estructural para pacientes en primera consulta	1.528,00
DEMORA MEDIA PROSPECTIVA	26,98

Lista de Espera Pruebas o Técnicas Diagnósticas

	C. MADRID
NÚMERO DE PACIENTES PENDIENTES EN ESPERA TÉCNICAS	
Número de pacientes en espera estructural para PRIMERA ATENCIÓN	71.574
Tasa por 1000 habitantes	11,66
Tiempo medio de espera para PRUEBA (F.CORTE)	44,21
Desglose por días de espera de pacientes pendientes A FECHA DE CITA	
Número de pacientes de 0 a 30 días de espera	12.839
Número de pacientes con 31-60 días de espera	11.494
Número de pacientes con 61-90 días de espera	11.507
Número de pacientes con > 90 días de espera	35.731
NUMERO DE ENTRADAS EN EL REGISTRO	
Número total de entradas	1.085.255
Número total de entradas por 1000 habitantes	169,20
NUMERO TOTAL DE SALIDAS	
Numero total de Salidas	1.129.380
Tasa por 1000 habitantes	176,07
NUMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	
Numero total de pacientes atendidos	1.003.264
Espera media estructural para pacientes atendidos primera técnica	17,95
Espera maxima estructural para pacientes en primera técnica	3.638

IV. MARCO NORMATIVO:

REGULACIÓN ESTATAL.

La Constitución Española en su artículo 43 consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y atribuye al Estado competencias exclusivas en materia de bases y coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el artículo 149.1.16.a, como respuesta a la exigencia de garantía de acceso en condiciones de igualdad para todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, con independencia de su lugar de residencia. La configuración descentralizada del Sistema Nacional de Salud hace necesario que se establezcan los mecanismos en virtud de los cuales se garanticen los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del sistema, de acuerdo con lo establecido en el propio texto constitucional y en la Ley General de Sanidad.

La Ley 14/1986 General de Sanidad (BOE núm. 102 de 29 de Abril de 1986) en el artículo 3.2 dictaminó la garantía de accesibilidad de las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva que, en aplicación del artículo 9.2 de la Constitución, deben promover los poderes públicos correspondiendo al Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen dicha igualdad. Asimismo, en su artículo 10.2, establece el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a que se puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. En su artículo 40, apartados 13, 15 y 16, atribuye a la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas, el establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas de interés general supracomunitario, la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria, y el establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y la comunicación recíprocas entre la Administración sanitaria del Estado y la de las comunidades autónomas en las materias objeto de la ley. Finalmente, en su artículo 70.2.d), determina que la coordinación general sanitaria incluirá el establecimiento, con carácter general, de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia y el rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios. Desde entonces esta garantía se ha venido reiterando en todas las regulaciones básicas en materia sanitaria.

A tal fin, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, reglamentó los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones que el sistema debe ofrecerles como mínimo en todos los servicios de salud.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo(BOE núm. 128 de 29 de Mayo de 2003), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, publicada diecisiete años más tarde de la promulgación de la Ley General de Sanidad, reguló las prestaciones sanitarias y aspectos esenciales de las mismas, como son los referentes a las garantías de accesibilidad, movilidad, tiempo de acceso, información, seguridad y calidad, y dispuso que es derecho de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo en los términos recogidos en el artículo 25, así como la necesidad de establecer las garantías de tiempo de acceso a las prestaciones del SNS¹⁹.

¹⁹ Sistema Nacional de Salud

Dicha disposición se llevó a cabo mediante la aprobación del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, y fija los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de listas de espera, con el fin de lograr un tratamiento homogéneo de éstas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permita el análisis de los resultados y las necesidades y, asimismo, conseguir una evaluación de su funcionamiento, garantizando la transparencia y la uniformidad de la información facilitada al ciudadano. Así como con la aprobación del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio (BOE núm. 207 de 29 de Agosto de 2011), por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y, todo ello, en condiciones de igualdad efectiva de los pacientes. Se establece en esta norma y a título de garantía para el paciente el tiempo máximo de acceso para la realización de determinadas intervenciones quirúrgicas que se han seleccionado aplicando los criterios de gravedad, eficacia de la intervención y oportunidad de la misma. Con carácter general, el Anexo de esta norma ha fijado como tiempo máximo de acceso ciento ochenta días naturales para las siguientes: cirugía cardiaca vascular, cirugía cardiaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla. Como son las comunidades autónomas las que tiene en su mano el concreto establecimiento de los tiempos de espera, ello ha llevado a una situación de grave desigualdad en todo el territorio nacional.

La igualdad de acceso, se entiende respecto a un catálogo o conjunto de servicios o prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Dichas prestaciones deben garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y del nivel adecuado y que sean de carácter preventivo, diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación, promoción y mantenimiento de la salud, tal y como se dispone en el artículo 23 de la Ley de Cohesión de Calidad, “Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva”.

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. Las comunidades autónomas, por tanto, están habilitadas para incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, respecto a la **garantía de tiempo de acceso** a las prestaciones dispone en su artículo 25, que: “En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante real decreto. Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco”. Ahora bien, desde la transferencias sanitarias a las distintas comunidades autónomas se han regulado mediante distintos instrumentos jurídicos los tiempos de respuesta al acceso a los tratamientos.

Esta diversidad normativa y de plazos de acceso a la asistencia sanitaria, condujo a la aprobación de la primera norma a nivel estatal en materia de garantía de tiempos máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, consistente en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, 10 por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y que tiene naturaleza jurídica de legislación básica y común en materia de garantías de tiempos máximos de acceso para todo el Sistema Nacional de Salud. Su elaboración se llevó a cabo con una activa participación de las comunidades autónomas, en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del CISNS²⁰, y además la norma se sometió a consulta de los sectores afectados y del Consejo de Consumidores y Usuarios.

Esta norma básica estatal se refiere exclusivamente a tiempo máximo de acceso para la realización de intervenciones quirúrgicas, intervenciones que se han seleccionado supuestamente según criterios de gravedad, eficacia de la intervención y oportunidad de la misma, fijándose un plazo máximo común de 180 días naturales para la práctica de la cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública según el apartado cuarto de la disposición final segunda regula derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a la salud, y respecto a la **garantía de información** dispone que: “Los servicios de salud informarán a la ciudadanía de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en la Ley General de Salud Pública y en las correspondientes normas autonómicas, en su caso.

La protección del derecho constitucional a la salud exige la adopción de medidas en materia de información y documentación clínica fueron debidamente desarrolladas por 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 (BOE núm. 274 de 15 de Noviembre de 2002). Esta regulación a nivel estatal y con carácter básico de los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales en materia de información y documentación clínica, tiene el objeto de ofrecer a todos los ciudadanos del Estado las mismas garantías, ya que varias de las comunidades autónomas habían dictado normas propias sobre dichas cuestiones. La nueva regulación plasma a nivel legislativo el principio de autonomía del paciente como base de la atención sanitaria, reconociendo, tanto el derecho a no ser informado como el derecho a ser informado, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, incluso en caso de incapacidad del paciente. Dicha información deberá proporcionarse, como regla general, de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica, si bien será precisa la forma escrita ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, cuando el procedimiento suponga riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

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 Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 134 de 05 de Junio de 2003), establece por primera vez los criterios,

²⁰ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de listas de espera, con el fin de lograr un tratamiento homogéneo de éstas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permita el análisis de los resultados y las necesidades y, asimismo, conseguir una evaluación de su funcionamiento, garantizando la transparencia y la uniformidad de la información facilitada al ciudadano. Del mismo modo insta a las comunidades autónomas al cumplimiento de los mismos.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 27, establece mediante Real Decreto, que se determinarán con carácter básico las **garantías mínimas de seguridad y calidad** que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por las Comunidad Autónomas en la apertura y en el funcionamiento en sus respectivos ámbitos territoriales, de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Mediante el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE núm. 254 de 23 de Octubre de 2003), se desarrolló las previsiones contenidas en la citada Ley de Cohesión y Calidad y en su contenido se regula una nueva clasificación, denominación y definición común de los mismos para todas las Comunidades Autónomas. Dicho Real Decreto determina con carácter básico las garantías mínimas de seguridad y calidad que deben ser exigidas por las comunidades autónomas para la regulación y autorización, en sus respectivos ámbitos territoriales, de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en la apertura y en el funcionamiento. El ámbito territorial de la autorización sanitaria es de carácter autonómico y no nacional, como se establece en el artículo 3 del citado Real Decreto, por tanto para que un servicio sanitario pueda desarrollar sus actividades tiene que estar previamente autorizado por la administración sanitaria competente de la comunidad autónoma correspondiente.

En el ámbito sanitario, el derecho de libre elección de facultativo y centro, se constituyen como medios para flexibilizar la rigidez de ese modelo de planificación pública de servicio y recursos, en atención, entre otros, al carácter personal y de especial confianza de la relación médico-paciente, y al entorno de incertidumbre en que se producen muchas decisiones médicas. Este derecho se encuadra dentro de la **garantía de calidad**, regulada en el artículo 28 de la Ley de Cohesión y Calidad, que otorga a todos los usuarios del territorio español las siguientes prerrogativas que aseguran que la prestación de los servicios referentes a la salud van a cumplir un estándar mínimo, independientemente de la zona donde se preste dicho servicio, auditorias periódicas independientes, derecho a la libre elección de facultativo, derecho a la segunda opinión facultativa, humanización de la asistencia y centros y servicios de referencia.

Estas manifestaciones de la garantía de calidad resultan aplicables, junto a la garantía de seguridad de las prestaciones, a la totalidad del sistema sanitario, incluidos, por tanto, los centros y servicios privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento, siendo responsabilidad de las Administraciones Públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento. Por tanto, la igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias es una garantía constitucional y legal.

LA REGULACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

La Comunidad de Madrid, en 1983, asumió las competencias en materia sanitaria tras la aprobación del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid (Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, publicado en BOE núm. 51 de 01 de Marzo de 1983) que atribuye al gobierno de la comunidad en sus artículos 27.4 y 27.5 la competencia de desarrollo legislativo y la potestad reglamentaria y de ejecución en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general y en el artículo 28.1.1 la ejecución de la legislación del Estado en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En el desarrollo de estas competencias, la Comunidad de Madrid aprobó la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria (Publicado en BOCM núm. 306 de 26 de Diciembre de 2001 y BOE núm. 55 de 05 de Marzo de 2002), cuyo artículo 27 establece que el ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos y en el artículo 29 establece los derechos de los ciudadanos a la información sanitaria.

La Comunidad de Madrid instada por la legislación estatal, el Real Decreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, realiza el desarrollo legislativo correspondiente. Las normativas madrileñas que se han ocupado de los tiempos de espera y la gestión de las listas fueron aprobadas en 2004. El Gobierno de la Comunidad de Madrid asumió el compromiso con los ciudadanos de reducir el tiempo de espera para acceder a las intervenciones quirúrgicas programadas con la aprobación del Decreto 62/2004, de 15 de abril, por el que se crea la Unidad Central de Gestión, Los Comités Técnicos, la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica (Publicado en BOCM núm. 92 de 19 de Abril de 2004). En el Capítulo V del citado Decreto se definen los aspectos generales del Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica.

Igualmente, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid dictó la Orden 602/2004, de 14 de junio por la que se aprueban las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, (Publicado en el BOCM del día 25 de junio de 2004) en la que se realiza una clasificación de pacientes y, las causas para su exclusión de la misma.

La Orden 676/2004, de 24 de junio, por la que se crea el fichero que contiene los datos de carácter personal para la gestión de los pacientes en lista de espera quirúrgica, dependiente de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid (Publicado en el BOCM del día 8 de julio de 2004).

La Orden 478/2004, de 14 de mayo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen la composición y funciones de los Comités Técnicos Hospitalarios y del Comité

Técnico Central para el asesoramiento y apoyo a la gestión de listas de espera quirúrgica (Publicado en BOCM núm. 118 de 19 de Mayo de 2004).

CONCEPTOS Y DEFINICIONES:

Las principales definiciones y conceptos que se utilizan en la gestión de la Lista de Espera se recogen en el Real Decreto 605/2003, y se enuncian a continuación a modo de glosario:

En el caso de las Listas de Espera de consultas externas y pruebas diagnósticas:

- *Registro de pacientes pendientes de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas:* conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa o para la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica en atención especializada, solicitadas por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.
- *Consulta externa de atención especializada:* todo acto médico realizado de forma ambulatoria y programada para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física, y realizado en un local de consultas externas de atención especializada con independencia de su ubicación física dentro de la red asistencial.
- *Primera consulta:* la efectuada a un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo) según criterio del médico prescriptor.
- *Prueba diagnóstica/terapéutica:* toda prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial que no está englobada en la anamnesis y exploración física básica que se realiza al paciente y que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.
- *Primera prueba diagnóstica/terapéutica:* la solicitada por primera vez a un paciente, con el objetivo de ayudar en el diagnóstico o instaurar una pauta terapéutica de una entidad patológica determinada.
- *Fecha de entrada en el registro:* la fecha de indicación de la consulta o prueba por el médico peticionario.
- *Cita a primera fecha disponible:* aquella solicitud que tiene consignada una preferencia «ordinaria» y por lo tanto no conlleva una priorización específica.
- *Pacientes en espera estructural:* Incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada o de la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.
- *Pacientes en espera no estructural:* Pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita:

- Pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales o por libre elección de médico).
- Resto de pacientes incluidos en el registro cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico peticionario.
- *Tiempo medio de demora de los pacientes pendientes*: El tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural. Tiempo de espera para primera consulta o prueba diagnóstica/terapéutica diferencia, en días naturales, entre la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte.
 - Tiempo medio de demora estructural para primera consulta.
 - Tiempo medio de demora estructural para primera prueba diagnóstica/terapéutica.
- *Espera media de los pacientes atendidos*: El tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta su atención.
 - Para los pacientes atendidos en la primera fecha disponible, el tiempo de espera se calculará, en días naturales, a partir de la diferencia entre la fecha de entrada en el registro y la fecha de la visita.
 - Para los pacientes atendidos en una fecha propuesta por el médico responsable o por el propio paciente, el tiempo de espera se calculará a partir de la diferencia entre la fecha de cita solicitada y la fecha de la visita.
 - Espera media estructural para primera consulta.
 - Espera media estructural para primera prueba diagnóstica/terapéutica.
- *Demora media prospectiva*: Es el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de un período anterior definido. Total pacientes pendientes/promedio diario de salidas totales del registro en los últimos 12 meses.
- *Prioridades para consulta externa y/o prueba diagnóstica/terapéutica*
 - Prioridad 1: solicitud preferente. Será aquella solicitud que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
 - Prioridad 2: solicitud ordinaria. Solicitud de consulta o prueba complementaria en la que no concurren otros elementos de prioridad.

En el caso de la Lista de Espera quirúrgica:

- *Registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada*: Incluye a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano. No se incluirán en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

- *Fecha de entrada en el registro*: La fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico.
- *Fecha de salida del registro*: La fecha en la que el paciente es dado de baja en éste. Toda salida del registro deberá quedar documentada figurando el motivo específico de aquélla.
- *Pacientes en espera estructural*: Aquellos que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.
- *Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo*: Aquellas personas pendientes de una intervención quirúrgica, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.
- *Pacientes transitoriamente no programables*: Aquellas personas pendientes de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:
 - Pacientes en espera médica por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención.
 - Pacientes en espera voluntaria, por solicitud de aplazamiento de la intervención (motivos personales/laborales).
- *Número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica atendiendo al tipo de espera*: Es el número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, en el momento del corte, en función del tipo de espera.
 - Número de pacientes en espera estructural.
 - Número de pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.
 - Número de pacientes transitoriamente no programables.
- *Tiempo medio de demora de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica*: Es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención) hasta la fecha final del período de estudio.
 - Tiempo medio de demora de los pacientes en espera estructural.
 - Tiempo medio de demora de los pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.
- *Espera media de los pacientes intervenidos*: Es el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes ya intervenidos, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de la indicación) hasta la fecha de intervención quirúrgica.
 - Espera media del total de pacientes intervenidos.
 - Espera media de los pacientes intervenidos de forma programada (se excluyen para el cálculo del indicador los pacientes del registro intervenidos vía urgente).

- *Demora media prospectiva.* Es el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica al ritmo de trabajo de un período anterior definido. Número total de pacientes pendientes / promedio diario de salidas totales del registro en los últimos 12 meses.
- *Prioridades para indicación quirúrgica:*
 - Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
 - Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
 - Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.

En el Real Decreto 1039/2011 se recogen otro tipo de definiciones que se aplican a todas las listas de espera y que se enuncian a continuación:

- *Tiempo máximo de acceso:* Plazo de tiempo, expresado en días naturales, que no podrá excederse para intervenir quirúrgicamente, atender en consultas externas o realizar una prueba diagnóstica o terapéutica a un usuario del Sistema Nacional de Salud. Dicho plazo se computará desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, que corresponderá con la fecha de entrada en el registro de espera.
- *Garantía de tiempo máximo de acceso:* Compromiso adquirido por el servicio de salud de la correspondiente comunidad autónoma que supone atender al usuario con las adecuadas condiciones de calidad, dentro del tiempo máximo de acceso establecido en su ámbito, que en ningún caso excederá de lo previsto en este real decreto.
- *Pérdida de la garantía:* Situación que genera que quede sin efecto, para un determinado usuario, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud.

La garantía de tiempo máximo de acceso quedará sin efecto cuando el usuario:

- Deje de tener la indicación que justificaba la atención garantizada.
- Renuncie voluntariamente a la atención garantizada.
- No hubiera optado, en el plazo establecido al efecto, por alguna de las alternativas ofertadas por el servicio de salud o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.
- No se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro que le ofrezca el servicio de salud.
- Retrase la atención sin causa justificada.
- Incumpla alguna de las obligaciones de los usuarios:
 - Mantener actualizados los datos sobre su teléfono, domicilio o correo electrónico, a efectos de llamamiento, notificación o localización por parte del servicio de salud.

- Justificar, cuando concurren motivos personales, y mediante el procedimiento que el servicio de salud a tal efecto determine, la solicitud de aplazamiento de la atención garantizada.
 - Comunicar con antelación suficiente, siempre que ello sea posible, la decisión de no presentarse a una citación.
 - Facilitar al servicio de salud la información necesaria que le sea requerida a efecto de poder asignarle la alternativa más adecuada para la realización de la atención garantizada.
 - Poner en conocimiento de los responsables de las instituciones sanitarias las irregularidades que observe en el ejercicio del derecho de la garantía de tiempo máximo de acceso, mediante el procedimiento que el servicio de salud establezca a tal efecto.
- *Suspensión de la garantía:* Situación provisional en la que queda suspendida de manera transitoria y en tanto persistan las causas que motiven tal situación, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud.
En los siguientes supuestos se producirá una suspensión de la garantía, que conllevará la interrupción del cómputo de los plazos máximos. El cómputo del tiempo máximo de acceso se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo:
 - Cuando el usuario solicite un aplazamiento de la atención garantizada durante un tiempo determinado, sin renunciar a la misma, y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo.
 - Cuando concorra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención.
 - En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.

A fin de una definición menos técnica basada en la normativa vigente se describen algunas definiciones de términos en Lista de Espera Quirúrgica:

Pacientes pendientes de intervención quirúrgica:

Se considera pacientes pendientes de intervención quirúrgica a todos los pacientes con derecho a la asistencia sanitaria pública en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, con prescripción programada no urgente de un procedimiento quirúrgico, establecida por un especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano. No se incluyen en el Registro los pacientes cuya intervención se realice programadamente durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

Quedan excluidos del registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada:

- Las intervenciones de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como de la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el apartado 2 del artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.
- La atención sanitaria de urgencia, incluyendo los reimplantes de miembros y atención a quemados.
- La atención sanitaria no incluida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, regulada en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre.

Registro Unificado de Pacientes en lista de espera quirúrgica:

El Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud está formado por todos los pacientes con derecho a la asistencia sanitaria pública en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid con prescripción programada no urgente de un procedimiento quirúrgico, establecida por un especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.

Se establece como fecha de entrada en el registro o fecha de inclusión en lista de espera, la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico, introducida por el hospital correspondiente.

Pacientes en Espera Estructural:

Son aquellos pacientes incluidos en el registro de lista de espera quirúrgica y que en un momento dado se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

Pacientes en Espera tras Rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo.

Son aquellos pacientes incluidos en el registro de lista de espera quirúrgica y que en un momento dado se encuentran en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo y por tanto se encuentran pendientes de intervención quirúrgica por haber declinado la opción de ser derivado a otro centro público o privado en el que pueda realizarse su intervención dentro del plazo establecido, permaneciendo en la lista de espera del hospital elegido y cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.

Pacientes Transitoriamente No Programables

Son aquellos pacientes incluidos en el registro de lista de espera quirúrgica y que en un momento dado se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica y cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:

- Pacientes en espera médica por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención.
- Pacientes en espera, por solicitud de aplazamiento de la intervención por motivos personales o laborales.

Salidas de Lista de Espera:

Pacientes que causan baja en el RUPLEQ²¹.

La baja en el Registro se puede producir por los siguientes motivos:

- Por haberse realizado la intervención quirúrgica que motivó la inclusión en el registro.
- Petición expresa del paciente o renuncia voluntaria a la intervención quirúrgica.
- Revisión médica de la indicación o exclusión por motivos clínicos: Cuando por motivos clínicos se considere que la intervención quirúrgica ya no es necesaria o aconsejable, se reflejará este hecho en la historia clínica del paciente. Además el médico especialista quirúrgico deberá ponerlo en conocimiento del Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica.
- La no asistencia a la preparación quirúrgica: Si el paciente no justifica debidamente la inasistencia será dado de baja en lista de espera por el centro de origen.
- La no asistencia a la intervención programada: Si el paciente es programado para intervención quirúrgica y no acude a la cita, causará baja en el registro de lista de espera.
- Paciente ilocalizable: Tras tres llamadas infructuosas (una de ellas al menos por la tarde) y ausencia de respuesta en el plazo de cinco días a carta o telegrama con acuse de recibo, se procederá a dar de baja en el registro de lista de espera.
- Intervención pospuesta por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención por un periodo superior a seis meses.
- Intervención pospuesta a petición del paciente por un tiempo superior a seis meses.
- Duplicidad del paciente en el registro de lista de espera.
- Otros motivos de salida no contemplados explícitamente.

Demora media estructural

Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención en espera estructural, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención) hasta la fecha final del período de estudio.

Demora media rechazo de derivación:

Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención) hasta la fecha final del período de estudio.

²¹ Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica

Espera media de los pacientes en lista de espera quirúrgica:

Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que han esperado todos los pacientes que han salido del registro de lista de espera quirúrgica, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción) hasta la fecha de salida del registro.

Espera media de los pacientes en lista de espera quirúrgica estructural:

Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que han esperado los pacientes que han salido del registro de lista de espera quirúrgica estructural, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción) hasta la fecha de salida del registro.

Espera media de los pacientes tras rechazo a la propuesta de intervención en centro alternativo:

Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que han esperado los pacientes que han salido del registro de lista de espera quirúrgica tras rechazo a la propuesta de intervención en centro alternativo, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción) hasta la fecha de salida del registro.

Índice de Entradas/Salidas de lista de espera quirúrgica:

Es el cociente entre el número total de entradas y el número total de salidas en el mes del corte y en el acumulado del año.

V. JUSTIFICACION DEL PLAN:

La existencia de listas de espera para el acceso a determinados servicios sanitarios es un problema común en los sistemas de salud, con independencia de su modelo de organización, gestión o financiación. Las listas de espera a las que hace referencia el presente Plan incluyen, únicamente, a aquellos pacientes que no requieren una atención sanitaria urgente y que son producto de un desequilibrio entre la oferta de servicios sanitarios y la demanda asistencial que es necesario corregir para mejorar la atención a todos los ciudadanos. A pesar de que las listas de espera no repercuten sobre los casos urgentes, generan una gran insatisfacción entre los usuarios de la Sanidad, tanto por su existencia como, fundamentalmente, por la demora en acceder a la asistencia sanitaria que precisan. Respecto al número de pacientes en listas de espera, expertos nacionales e internacionales recomiendan valorar que lo importante no es el número de pacientes que esperan sino el tiempo de espera. El objetivo por ello no debe ser el número de pacientes sino la demora o la espera media y máxima.

La CAM²² en marzo de 2004 puso en marcha un Plan integral de reducción de la espera quirúrgica con el compromiso que a finales del 2005 ningún madrileño esperara más de 30 días para ser operado. Igualmente, la comunidad instada por la legislación estatal, el Real Decreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información

²² Comunidad Autónoma de Madrid

sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, realiza el desarrollo legislativo correspondiente. Todas las normativas madrileñas que se han ocupado de los tiempos de espera y la gestión de las listas fueron aprobadas en 2004. El Gobierno de la Comunidad de Madrid asumió el compromiso con los ciudadanos de reducir el tiempo de espera para acceder a las intervenciones quirúrgicas programadas con la aprobación del Decreto 62/2004, de 15 de abril, por el que se crea la Unidad Central de Gestión, Los Comités Técnicos, la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica.

Así mismo, la Consejería de Sanidad dictó la Orden 602/2004, de 14 de junio por la que se aprueban las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, en la que se realiza una clasificación de pacientes y, las causas para su exclusión de la misma. Del mismo modo, estableció la Orden 676/2004, de 24 de junio, por la que se crea el fichero que contiene los datos de carácter personal para la gestión de los pacientes en lista de espera quirúrgica, dependiente de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Así mismo publicó la Orden 478/2004, de 14 de mayo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen la composición y funciones de los Comités Técnicos Hospitalarios y del Comité Técnico Central para el asesoramiento y apoyo a la gestión de listas de espera quirúrgica.

Con la Orden 602/2004 se aprobaron unas instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica que se apartaban del cumplimiento del Real Decreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Uno de los puntos más importantes a tener en cuenta en el desarrollo del Plan es la adaptación a la normativa estatal de la normativa autonómica, siendo las situaciones a resolver más importantes que cabe ser resaltadas:

- En la normativa autonómica se instaura un apartado nuevo en la clasificación de pacientes en lista de espera respecto a la normativa autonómica: los pacientes pendientes de preoperatorio, grupo de pacientes que no se incluyen en la lista de espera estructural hasta pasados los 30 días hábiles.

En el Anexo II del Real Decreto 605/2003 se describen las definiciones y criterios del sistema de información sobre LEQ²³ correspondientes a los *“Registros de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano”*.

²³ Listas de Espera Quirúrgicas

Los pacientes incluidos en el Registro en función del tipo de espera se clasifican:

- a) ***Pacientes en espera estructural** son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.*
- b) ***Pacientes en espera tras rechazo** a la propuesta de intervención en un centro alternativo son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.*
- c) ***Pacientes transitoriamente no programables** (TNP) son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:*
 1. ***Pacientes en espera médica** por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención.*
 2. ***Pacientes en espera voluntaria**, por solicitud de aplazamiento de la intervención (motivos personales/laborales)”.*

A este respecto, la normativa vigente en la Comunidad de Madrid, **Orden 602/2004**, de 14 de junio, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, añade entre la categoría de paciente TNP a *aquellos “que requieren estudio preoperatorio y valoración preanestésica para su programación quirúrgica y están pendientes de su realización”.*

Además el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marcos para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias al Sistema Nacional de Salud en su artículo-Definiciones 3.1 sobre tiempo máximo de acceso, concreta que “dicho plazo se computará desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo que corresponderá con la fecha de entrada en el registro de lista de espera”. Asimismo, podemos considerar que el preoperatorio debe ser considerado como parte del proceso asistencial a realizar una vez que el facultativo ha realizado la indicación de la atención quirúrgica y el paciente la ha aceptado.

En la Orden 602/2004, en la instrucción sexta sobre la gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública define que la *“información sobre el tiempo máximo de demora comenzará a computar a partir del día siguiente si no precisa estudio preoperatorio, y a partir del día siguiente al que se le comunique la validez del mismo en caso de necesitarlo”.* Igualmente en dicha Orden se concreta que *“El hospital deberá realizar el estudio preoperatorio en el plazo más breve posible que en ningún caso podrá ser superior a treinta días hábiles desde la fecha de prescripción de la intervención por el especialista quirúrgico. Transcurrido dicho plazo sin que se haya realizado el estudio preoperatorio comenzará a computarse el plazo máximo de demora quirúrgica”.* En la instrucción novena-c) se concreta que *“El tiempo máximo de espera se interrumpirá cuando concurren las siguientes causas: ... c) Estudio preoperatorio en curso. Se suspenderá el cómputo del tiempo máximo de espera hasta que tras la valoración preanestésica el paciente pueda ser incluido en la programación quirúrgica”.*

- La contabilización del cómputo de estancia en lista de espera en lo referente a la demora y la espera en días hábiles en vez de días naturales.

En relación al tiempo medio de espera de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica, en el Real Decreto 605/2003 se define como *“el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención) hasta la fecha final del período de estudio”*. Según el RD 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marcos para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias al Sistema Nacional de Salud en su artículo-Definiciones 3.1 sobre tiempo máximo de acceso lo define como *“el plazo de tiempo expresado en días naturales que no podrá excederse para intervenir quirúrgicamente a un usuario del SNS”*.

Algo similar ocurre respecto a la espera media de los pacientes intervenidos, que en el Real Decreto 605/2003 se define como *“el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes ya intervenidos, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de la indicación) hasta la fecha de intervención quirúrgica”*.

- Para el inicio del cómputo en vez de utilizar la fecha de prescripción como se describe a nivel del Sistema Nacional de Salud se utiliza la fecha de inclusión en el registro a nivel comunitario.

En el Anexo II del Real Decreto 605/2003 referente al Sistema de información sobre listas de espera quirúrgicas en el apartado I.1 *Definiciones y criterios para el cómputo de la lista de espera quirúrgica en el SNS*²⁴

Se define como «Registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada» al registro que incluye a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.

No se incluirán en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

Se define como «fecha de entrada en el registro» la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico”.

La Orden 602/2004 en la Instrucción quinta referente al contenido del registro, en el apartado D) sobre la situación del paciente en relación a la Lista de Espera Quirúrgica describe las siguientes fechas a considerar:

- a) Fecha de prescripción: Es la fecha en la que el especialista quirúrgico hace la indicación de intervención.*
- b) Fecha de presentación de la solicitud de inclusión en lista de espera: Fecha en la que el paciente presenta en el Servicio de Admisión el documento de prescripción de intervención quirúrgica.*
- c) Fecha de Aceptación por el paciente de su inclusión en el registro: Fecha en la que el paciente suscribe el documento de información sobre lista de espera. Esta fecha coincidirá con la de presentación de la solicitud de inclusión.*

²⁴ Sistema Nacional de Salud

- d) *Fecha de inclusión: Es la fecha de incorporación al Registro y coincidirá con la fecha en la que el paciente entregue la solicitud de inscripción en la Unidad de Admisión correspondiente.*
- e) *Fecha de notificación: Fecha en que se le comunica al paciente de forma fehaciente que comienza a computar el plazo máximo de demora. Si el paciente no requiere preoperatorio la fecha de notificación coincidirá con la fecha de inclusión. Si requiere preoperatorio el cómputo comenzará tras la conformidad del Servicio de Anestesia, que en todo caso deberá efectuarse en el plazo máximo establecido en esta Orden.*
- f) *Fecha máxima de permanencia en lista de espera estructural: Plazo máximo fijado para la realización de la intervención quirúrgica una vez concluidos los estudios necesarios, incluido el preoperatorio en su caso, para su efectiva realización.*
- g) *Fecha máxima de programación quirúrgica: Plazo máximo que la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera asigna al hospital de origen del usuario para fijar a éste fecha de cita para su intervención en dicho Centro Hospitalario.*
- h) *Fecha de derivación a centro de intervención: Es la fecha en la que el paciente acepta su derivación a centros de apoyo o concertados.*
- i) *Fecha de rechazo de derivación: Fecha en la que el paciente rechaza la derivación a centro alternativo.*

En la instrucción décima, de la Orden 602/2004, referente a los indicadores de gestión, en el apartado g) define la espera media de los pacientes en espera estructural intervenidos como:

\sum (fecha de salida - fecha de notificación)/salidas de lista de espera estructural por intervención.

La fecha de notificación corresponde con la fecha en que se le comunica al paciente de forma fehaciente que comienza a computar el plazo máximo de demora. Si el paciente no requiere preoperatorio la fecha de notificación coincidirá con la fecha de inclusión. Si requiere preoperatorio el cómputo comenzará tras la conformidad del Servicio de Anestesia, que en todo caso deberá efectuarse en el plazo máximo establecido en la citada Orden, que es de 30 días hábiles. Pero se debe tener en cuenta que desde la fecha de prescripción se tienen en cuenta otras fechas que pueden o no coincidir con ella y que pueden por tanto retrasar la inclusión en el registro y por consiguiente el inicio del cómputo. Entre las fechas a tener en cuenta cabe citar a las siguientes: Fecha de presentación de la solicitud de inclusión en lista de espera, fecha de aceptación por el paciente de su inclusión en el registro, fecha de inclusión y por último la fecha de notificación que es la que inicia el cómputo si tiene realizado el preoperatorio y que coincidirá con la de inclusión pero no con la de prescripción, como marca la normativa estatal.

- Si bien en la normativa estatal se establece el tipo de pacientes transitoriamente no programables cuando abandonen la citada situación reanuden el cómputo en lista de espera en la normativa comunitaria se reinicia la contabilización de la demora en lista.

El Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 3 precisa en el punto 3 y 4 que:

“3.- Pérdida de la garantía: Situación que genera que quede sin efecto, para un determinado usuario, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud.

4.- Suspensión de la garantía: Situación provisional en la que queda suspendida de manera transitoria y en tanto persistan las causas que motiven tal situación, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud”.

Posteriormente en el artículo 6 en relación con la pérdida y suspensión de la garantía describe:

“1.-La garantía de tiempo máximo de acceso quedará sin efecto cuando el usuario:

- a) deje de tener la indicación que justificaba la atención garantizada.*
- b) renuncie voluntariamente a la atención garantizada.*
- c) no hubiera optado, en el plazo establecido al efecto, por alguna de las alternativas ofertadas por el servicio de salud o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.*
- d) no se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro que le ofrezca el servicio de salud.*
- e) retrase la atención sin causa justificada.*
- f) incumpla alguna de las obligaciones señaladas en los apartados a), b) y d) del artículo 7.*

2. No obstante, en los supuestos c), e) y f) del apartado anterior, el usuario continuará en el registro de lista de espera, aunque pierda la garantía respecto a esa atención.

3. Se producirá una suspensión de la garantía, que conllevará la interrupción del cómputo de los plazos máximos, en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el usuario solicite un aplazamiento de la atención garantizada durante un tiempo determinado, sin renunciar a la misma, y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo.*
- b) Cuando concorra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención.*
- c) En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.*

4. El cómputo del tiempo máximo de acceso se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo”.

La Orden 602/2004 en la Instrucción quinta referente al contenido del registro, en el apartado E) sobre datos relacionados con la suspensión y baja en la lista de espera quirúrgica establece en el punto a) las siguientes causas de suspensión del cómputo del tiempo máximo de espera quirúrgica:

- *Transitoriamente no programable por motivo médico.*
- *Transitoriamente no programable por demora voluntaria del paciente.*
- *Transitoriamente no programable por estar pendiente de estudio preoperatorio.*
- *En espera tras rechazar la derivación a otro centro*

En el punto c) hace referencia a *la fecha de reinicio del cómputo del tiempo máximo de espera quirúrgica, una vez desaparecida la causa que motivó la suspensión*, cuando en la normativa estatal queda claro que una vez desaparecida la situación de suspensión se reanuda el cómputo con el tiempo de espera que tenía cuando surgió la determinada causa de suspensión.

Además a nivel estatal en el Real Decreto 1039/2011 no se establece como causas de suspensión del cómputo el estar pendiente de realización del preoperatorio ni en el caso de rechazo a la oferta de derivación a centro alternativo. En el caso de rechazo a la oferta de derivación el paciente pierde la garantía de demora, pero en ningún momento se suspende el cómputo.

- La priorización a nivel autonómico cambia respecto al nivel estatal siendo en la práctica más restrictiva al afectar sólo a la lista de espera estructural y no considerar dentro de ésta a los pacientes pendientes de preoperatorio ni a los que rechazan la derivación a un centro alternativo.

El Real Decreto 605/2003 en el Anexo III, establecimiento de prioridades para la inclusión en lista de espera, en el apartado referente a *las prioridades para indicación quirúrgica* establece que *“las prioridades para una indicación quirúrgica son:*

Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.

Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.

Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquélla no produce secuelas importantes”.

La Orden 602/2004 en la Instrucción quinta referente al contenido del registro, en el apartado C) sobre *datos relacionados con la intervención quirúrgica* establece en el punto e) acerca de *“la prioridad clínica:*

1. *Pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a treinta días.*
2. *Pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento más de treinta días”.*

- Establece unos tiempos máximos de acceso garantizados para todos los procedimientos en lista de espera estructural de 30 días sin prioridad ninguna, sin haberse desarrollado los criterios marco para garantizar tiempos máximos de acceso marcados en el Real Decreto 1039/2011.

El citado Real Decreto 1039/2011 establece en el artículo 4 “los criterios marco para garantizar tiempos máximos de acceso:

1.- En el anexo se recogen los tiempos máximos de acceso, garantizados a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, para la realización de determinadas intervenciones quirúrgicas que se han seleccionado aplicando los siguientes criterios:

a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: Patologías que en su evolución posterior originan riesgo de muerte o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.

b) Eficacia de la intervención: La intervención quirúrgica es eficaz para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida del usuario.

c) Oportunidad de la intervención: Su realización temprana evita la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma.

2.- Los servicios de salud de las comunidades autónomas concretarán en su ámbito territorial las garantías previstas en este real decreto, estableciendo unos tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable. Para ello, utilizarán como referente los tiempos máximos establecidos en el anexo y tendrán en cuenta si los procesos o patologías a los que van dirigidos las intervenciones tienen un especial impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario.

3.- Los tiempos máximos de acceso señalados en el anexo de este real decreto serán objeto de monitorización a través del sistema de información regulado en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud”.

Como ya se ha comentado anteriormente en la comunidad autónoma no se ha desarrollado la priorización basada en los citados criterios y por tanto no se ha concretado tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable en función de los procesos o patologías y el impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario.

- Todo lo descrito con anterioridad, a nivel de la normativa autonómica sólo está desarrollado para la lista de espera quirúrgica, no existiendo ningún tipo de desarrollo para la lista de espera diagnóstica de consultas externas y pruebas. Hecho por lo que parece razonable que con el objetivo de tomar medidas de carácter integral deba ser tenido en cuenta, ya que la demora en el diagnóstico condiciona una mayor espera en el tratamiento ya sea médico o quirúrgico.

En resumen podemos decir que la CAM²⁵ ha implantado un sistema de ingreso, suspensión y baja en la lista de espera, que difiere de la normativa estatal del Sistema Nacional de Salud y por lo que desde que se instauró el Sistema de Información posterior a la publicación del Real Decreto 605/2003 la comunidad no ha enviado datos y cuando lo ha hecho desde el Ministerio han sido rechazado por tener diferente criterio en la recogida de los mismos.

²⁵ Comunidad Autónoma de Madrid

En los últimos años la LEQ²⁶ se ha incrementado en un fundamentalmente por el incremento de oferta y acercamiento de la asistencia a los ciudadanos con la apertura de diez nuevos centros hospitalarios, como afirma el dicho: “la oferta genera demanda”.

Además si analizamos la composición de la lista de espera quirúrgica de la Comunidad de Madrid observamos una distribución peculiar, con un bajo porcentaje de lista de espera estructural, un alto porcentaje relativo de pacientes transitoriamente no programables influenciado por incluir en este apartado los pacientes pendientes de realización el preoperatorio junto con los que presentan demoras médicas o voluntarias con el incentivo de que estos pacientes al volver a la situación de programables reinician el cómputo y por último un gran porcentaje de pacientes en lista de espera no estructural a costa de los pacientes que rechazan ser derivados a otro hospital diferente del suyo de referencia. A este respecto conviene resaltar que la Comunidad de Madrid siempre contó con hospitales públicos sin población de referencia y que servían de apoyo al resto de los hospitales como es el caso del H Carlos III, H Virgen de la Torre, H Santa Cristina y H Cruz Roja.

El deterioro en los tiempos de espera quirúrgica sentidos por los ciudadanos no están reflejados en los datos objetivos publicados y ello se debe a que éstos sólo hacen referencia a los pacientes incluidos en lista de espera estructural, el reinicio del cómputo cuando un paciente pasa a una situación transitoriamente no programable, los periodos en los que se encuentran pendientes de realización del preoperatorio que no es contabilizado, no tener en cuenta la demora de los pacientes que han rechazado la derivación a otro centro alternativo y el contabilizar en días hábiles en vez de días naturales como dicta la normativa estatal. Sin embargo la sociedad lo achaca a los recortes de personal y presupuesto de los hospitales públicos ya la derivación a hospitales privados. Además la implantación de las 37,5 horas semanales no se aprovechó para aumentar las horas de funcionamiento de los quirófanos, consultas y equipamiento médico destinado a la realización de pruebas diagnósticas, reduciendo de este modo la lista de espera y la necesidad de derivación de los enfermos a centros concertados.

Además también tenemos que tener en cuenta los cambios naturales y epidemiológicos en la población que se ha venido incrementado y hasta en los momentos más críticos se ha mantenido casi estable, la población inmigrante joven al ser la comunidad una de las que menos paro tiene y donde las ofertas de empleo son mayores, el incremento general de todos los procesos crónicos altamente demandantes de servicios y el envejecimiento general de la población.

En un sistema sanitario público como el del Servicio Madrileño de Salud, que considera al ciudadano el eje fundamental, e incluye entre sus principios rectores la garantía de equidad de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, resulta clave la implantación de actuaciones que permitan la reducción del tiempo en recibir asistencia sanitaria. Estas actuaciones deben incluir entre otras cuestiones, una revisión y ampliación si precisa de las infraestructuras, el análisis del actual contexto socioeconómico y cuestiones específicas de nuestra Comunidad Autónoma así como continuar avanzando en medidas de mejora de la eficiencia y optimización de los recursos.

²⁶ Lista de Espera Quirúrgica

Es por ello que el presente documento, describe el Plan Integral de mejora de las Listas de Espera quirúrgica, de consultas y pruebas diagnósticas del SERMAS²⁷ 2016-2019, marcando una serie de objetivos que detallaremos más adelante con el fin último de:

- Disminuir el número de pacientes que se encuentran a la espera de la realización de una intervención quirúrgica, una primera consulta de atención hospitalaria o una prueba diagnóstica.
- Disminuir el tiempo de espera de los pacientes para la realización de una intervención quirúrgica, una primera consulta de atención especializada o una prueba diagnóstica en días de demora/espera media y días de demora/espera máxima.
- Disponer de información veraz y de calidad sobre la situación de los pacientes incluidos en lista de espera en cuanto al número, demoras, esperas y prioridad por centro, especialidad, servicio y proceso.

Como en cualquier otro ámbito, la adecuada planificación de las actuaciones a desarrollar en los próximos años facilita la implantación ordenada, priorizada y coordinada de las actuaciones, definiendo claramente los objetivos finales y los responsables de su cumplimiento. En el caso de la gestión de listas de espera se hace especialmente necesaria la elaboración de un Plan de actuación que coordine e integre un conjunto de medidas concretas orientadas a atacar el origen multifactorial del problema y con el fin último de lograr una mejora de las listas de espera.

La elaboración de una Ordenen la que se garantiza los tiempos máximos de espera para un selectivo número de pacientes sin el desarrollo de un Plan de reducción de los tiempos de espera con medidas definidas para su puesta en marcha y la no actualización a la realidad actual de la comunidad a los criterios estatales del Sistema Nacional de Salud hace que dicha Orden se haya quedado obsoleta y discrimine entre unos pacientes y otros. Es por ello que este Plan Integral de mejora de Listas de Espera del Servicio Madrileño de Salud 2016-2019 contiene medidas específicas y estructurales para el abordaje integral de las esperas y cuyas previsiones de financiación e interiorización de la asistencia en los hospitales y centros públicos tendrán su correspondiente reflejo en los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid durante el periodo de duración del mismo.

Las actuaciones que configuran este Plan están orientadas a los primordiales factores que los expertos coinciden en señalar como causas de las demoras, tales como factores de incremento de la demanda, de limitación de la oferta de servicios y factores que posibilitan o dificultan la autorregulación del sistema, con el objetivo de mantener los tiempos de espera en valores razonables.

El Plan Integral de Reducción de Listas de Espera incorpora las principales actuaciones que han demostrado eficacia en otros modelos manteniendo una serie de características adicionales que permitan garantizar el éxito de sus resultados:

²⁷ Servicio Madrileño de Salud

- Adaptación a la realidad y a la situación de partida en la Comunidad de Madrid.
- Implantación de medidas estructurales que permitan un mantenimiento de los resultados en el tiempo frente a medidas de carácter coyuntural que permitan la resolución rápida pero temporal del problema.
- Implantación de las medidas de manera progresiva, evitando impactos negativos en el sistema asistencial.
- Implicación y compromiso de y con los profesionales en el desarrollo del Plan.

Es importante destacar que el presente Plan es una actuación ejecutiva enmarcada dentro de las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y de la Comunidad de Madrid para la mejora de la calidad y eficiencia de las prestaciones sanitarias a los ciudadanos siempre bajo las premisas de:

- Poner al servicio de la mejora de las listas de espera en la comunidad todos los recursos disponibles del Servicio Madrileño de Salud, bajo los principios de prioridad y preferencia del conjunto de recursos, profesionales, materiales, equipamiento y locales, así como los organizativos, funciones, prestaciones y actuaciones del sistema sanitario público y la complementariedad de la red sanitaria de titularidad privada.
- Acudir a la provisión de recursos sanitarios ajenos al SERMAS tan sólo en caso de insuficiencia acreditada del mismo, bajo el criterio de complementariedad y subsidiariedad, garantizando, en todos los casos, la adecuada coordinación entre los recursos públicos y privados, el traslado de información necesaria y la continuidad del proceso asistencial al objeto de asegurar el adecuado seguimiento del paciente.

En síntesis el Plan se dirige a las listas de espera quirúrgicas, de consultas y procedimientos o técnicas diagnósticas y contiene un conjunto de medidas agrupadas en líneas de actuación dirigidas a mejorar la integración y coordinación asistencial, adecuar la oferta a la demanda, mejora de la gestión de las listas de espera y facilitar e impulsar planes de reordenación y mejora en la Atención Hospitalaria. El Plan se complementa con un sistema de evaluación y seguimiento que permitirá detectar las posibles disfuncionalidades y desviaciones que pudieran surgir e introducir las medidas correctoras precisas para la consecución de los objetivos que se pretenden. Igualmente se prevé una adecuada información interna, formación específica al personal implicado en el desarrollo y objetivos del mismo así como actuaciones de comunicación que garanticen una correcta información al ciudadano facilitando la participación de los mismos.

VI. OBJETIVOS:

El presente Plan tiene como objetivo fundamental la mejora de la lista de espera estructural para la asistencia programada no urgente, en concreto en el caso de intervenciones quirúrgicas, primeras consultas de asistencia hospitalaria y pruebas diagnósticas en la Comunidad de Madrid.

Los objetivos que detallaremos a continuación se estructuran en una serie de objetivos principales o estructurales y secundarios o intermedios de referencia.

- **OBJETIVOS PRINCIPALES ESTRUCTURALES:**

- *Ofrecer a los ciudadanos una garantía de tiempos máximos de atención en cuanto a la asistencia programada no urgente para intervenciones quirúrgicas, primeras consultas y pruebas diagnósticas en la Atención hospitalaria de la Comunidad de Madrid.*

La asistencia sanitaria en nuestro país es un derecho irrenunciable de los ciudadanos. Una de las características fundamentales de una asistencia sanitaria de calidad es la accesibilidad que consiste en la obtención de la prestación sanitaria que cada ciudadano necesita en el momento, lugar y forma en que lo necesita. Un tratamiento que llega tarde puede ser ineficaz, puede causar daño y ha generado mucho mayor coste que si hubiera sido realizado en el momento oportuno.

Hay muchos factores que han contribuido a la aparición de las listas de espera tanto para consultas y pruebas diagnósticas, como para intervenciones quirúrgicas: la mayor demanda de asistencia sanitaria por la mejoría y la seguridad de los tratamientos, las nuevas tecnologías, el desarrollo de técnicas de tratamiento mínimamente invasivos, la demanda de mayor calidad de vida, el envejecimiento de la población y su mayor esperanza de vida. Todo ello ha contribuido a la generación de unas listas de espera cuya resolución se ha basado más en soluciones inmediatas extraordinarias y a corto plazo, que en una reflexión serena que permita desarrollar las medidas estructurales y organizativas necesarias para dar respuesta a esta demanda asistencial estable.

Además, las soluciones a corto plazo en forma de programas especiales extraordinarios en sus múltiples versiones: pago por jornada, pago por proceso, pago por paquetes de actividad concertada desarrollados por todos los servicios de salud no siempre han demostrado conseguir el efecto deseado.

El objetivo final del presente Plan de mejora de las listas de espera es ofrecer una garantía de tiempos máximos de respuesta ante la necesidad de asistencia programada no urgente para intervenciones quirúrgicas, primeras consultas y pruebas diagnósticas en la Atención hospitalaria de la Comunidad de Madrid. Ello dará lugar a una Orden de garantía para los ciudadanos de tiempos máximos para la atención. De esta garantía quedarán excluidos como señala el Real Decreto 1039/2011:

- a) Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el apartado 2 del artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- b) Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.
- c) La atención sanitaria de urgencia, incluyendo reimplantes de miembros y atención a quemados.
- d) La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

Para dar cumplimiento a este objetivo en los Contratos de Gestión de los centros hospitalarios y en los Acuerdos de Gestión que desarrollan dichos contratos con los Servicios y Unidades se establecerán objetivos anuales en la lista de espera quirúrgica, en la lista de espera para primera consulta en atención hospitalaria y en lista de espera para pruebas diagnósticas y terapéuticas teniendo como horizonte en todos ellos el descenso en el número de pacientes en listas de espera así como el descenso en el tiempo de demora y espera en las mismas situándonos paulatinamente en los valores medios del Sistema Nacional de Salud.

A modo orientativo se marcan para los centros demoras medias en lista de espera quirúrgica estructural inferiores a los 100 días, en lista de espera para primeras consultas de 45 días, excepto para procesos oncológicos en cuyo caso será de 10 días máximo, y en lista de espera para primeras técnicas o pruebas diagnósticas de 30 días.

- o *Elaborar un nuevo modelo de Lista de Espera Quirúrgica con criterios de priorización y tiempos de espera adecuados asignados.*

La normativa actual de la Comunidad de Madrid no hace referencia alguna a la gravedad de las patologías atendidas ni tampoco a la repercusión socio-laboral o personal de los pacientes. Debiera de ser requisito indispensable para cualquier plan de salud de calidad la incorporación de otro tipo de criterios diferentes al tiempo en espera. Estos modelos han sido desarrollados por los profesionales en otros procesos sanitarios como en el caso de los trasplantes.

Planteamos por tanto, la necesidad de un nuevo modelo de priorización de listas de espera, donde se haga especial mención a procesos que, no siendo de urgencia, sí precisan un tratamiento diferente aplicando criterios, como marca el Real Decreto 1039/2011, de:

- a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: Patologías que en su evolución posterior originan riesgo de muerte o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.

- b) Eficacia de la intervención: La intervención quirúrgica es eficaz para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida del usuario.
- c) Oportunidad de la intervención: Su realización temprana evita la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma.

Es importante recordar que son los Servicios de Salud de las comunidades autónomas los que deben concretar en su ámbito territorial las garantías previstas en este RD²⁸, estableciendo unos tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable. Para ello, utilizarán como referente los tiempos máximos establecidos en el anexo y tendrán en cuenta si los procesos o patologías a los que van dirigidos las intervenciones tienen un especial impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario.

Para el diseño de este modelo de priorización de la lista de espera, es necesario contar de forma muy estrecha con un equipo multidisciplinar que incluya todos los profesionales implicados, gestores y responsables de la administración sanitaria, y que tenga en cuenta criterios médicos, calidad de vida, sociales y laborales y que mediante un sistema de puntos estratificaría el grado de prioridad y que junto con la antigüedad designarán el orden de los pacientes que se deben programar por los responsables de los servicios, especialidades y hospitales.

El nuevo modelo de priorización y su pilotaje debe estar definido a lo largo del ejercicio 2016, para que su utilice dicho sistema de priorización en todos los centros y especialidades en el ejercicio 2017.

De tal forma que se marquen objetivos específicos en tiempo máximo de atención para:

- Procesos oncológicos garantizando un máximo de 30 días para la intervención quirúrgica desde su prescripción por el facultativo responsable del proceso.
- Procesos cuya demora por encima de un determinado tiempo cambia el curso de la enfermedad o presenta un riesgo importante de mortalidad, por ejemplo la cirugía cardíaca, garantizando un máximo de 90 días para la cirugía coronaria y valvular desde su inclusión en el registro de lista de espera quirúrgica.
- Procesos que determinan un deterioro de la calidad de vida, estableciendo tiempos de garantía máximos de 180 días en intervenciones sin riesgo vital como cataratas, prótesis de cadera y de rodilla desde la prescripción de la intervención quirúrgica por el facultativo responsable del proceso para los pacientes en lista de espera estructural.
- Igualmente debe establecerse una garantía de tiempos máximos de 180 días para los 25 procedimientos más comunes en lista de espera estructural, a contar desde su inclusión en el registro de lista de espera quirúrgica, tales como: Hernia inguinal/crural, Eventración, Patología anal (Sinus, Fistula, Fisura, Hemorroides), Colectomías, Adenoamigdalectomía, Septoplastia, Artroscopia de rodilla, Hallux valgus, Síndrome túnel del

²⁸ Real Decreto

carpo, Patología de los dedos, Patología de hombro, Extracciones de material de osteosíntesis, Patología de párpados, Hipertrofia benigna de próstata, Varices, Fimosis, Vasectomías, Hidrocele, Varicocele, Orquidopexia, Hernias discales, Estenosis de canal, entre otras.

- Así mismo se debe implantar una garantía de tiempos máximos de 360 días para los pacientes incluidos en lista de espera no estructural

Los objetivos deben ser progresivos, de tal forma que los marcados se consideren para el ejercicio 2016.

En el 2017 los tiempos máximos en lista de espera estructural deben situarse en 170 días y para la lista de espera no estructural 330 días.

En el 2018 los tiempos máximos en lista de espera estructural deben situarse en 160 días y para la lista de espera no estructural 300 días.

En el 2019 los tiempos máximos en lista de espera estructural deben situarse en 150 días y para la lista de espera no estructural 270 días.

En el 2020 los tiempos máximos en lista de espera estructural deben situarse en 150 días y para la lista de espera no estructural 240 días.

- *Rediseño del modelo asistencial tanto desde el punto de vista estructural como de organización para dar una respuesta estable a la demanda en materia de listas de espera.*

En la última década hemos asistido en nuestro país a un desarrollo importantísimo de los servicios de salud, y en especial en la CAM²⁹, tanto en infraestructuras como en tecnología y en recursos humanos. Este crecimiento, sin embargo, no ha conseguido satisfacer las expectativas de los usuarios y, lejos de mejorar, en algunos aspectos como la accesibilidad, hemos asistido a un incremento imparable de la demanda de consulta especializada, de pruebas diagnósticas y de intervenciones quirúrgicas.

Todos estos factores han condicionado que la administración sanitaria no haya sido capaz de dar una respuesta eficaz y sostenida basada en una adecuación a las necesidades asistenciales. La política de recursos humanos, la dilución de responsabilidades, los diferentes intereses existentes y la fragmentación del trabajo han condicionado un modelo funcional rígido, ineficiente, excesivamente burocratizado y por tanto lento que condiciona la pérdida de la eficacia del sistema.

Es preciso incorporar nuevos modelos de relación con el personal, nuevas políticas de recursos humanos, incentivar y favorecer la flexibilidad laboral y de la jornada de trabajo e incorporar la incentivación mediante productividad para los profesionales más eficientes.

Las listas de espera vienen condicionadas por el número de pacientes que entran en la lista de espera y el número de pacientes que salen. Podemos influir en la entrada de pacientes disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica en la indicación de los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos e influimos en las salidas mediante el

²⁹ Comunidad de Madrid

incremento del rendimiento de la jornada de trabajo. Este incremento puede ser a expensas de nuevas contrataciones de personal y/o de la ampliación u optimización de la jornada de trabajo de los profesionales disponibles.

Se propone el establecimiento de programas específicos para la mejora de las listas de espera tales como:

- Programa de Optimización del Rendimiento Quirúrgico:

Implantación de un programa estable, con un modelo organizativo que permita mantener la actividad en el área quirúrgica prolongando la jornada más allá de la jornada ordinaria en función de unos acuerdos previamente establecidos.

El SERMAS³⁰ dispone de sistemas de información como los de gestión de quirófanos, lista de espera quirúrgica, CMBD³¹ de hospitalización, cirugía ambulatoria y procedimientos ambulatorios y SIAE³² o sistema de información de atención especializada que nos permiten evaluar mensualmente la actividad desarrollada en los centros y valorar el funcionamiento y rendimiento de los servicios/unidades asistenciales.

El quirófano es uno de los elementos críticos de la organización hospitalaria. La complejidad de su función y la cantidad de recursos que requiere hace que el quirófano sea una de las instalaciones que más recursos humanos y materiales consume del hospital. De su gestión eficiente depende en gran medida que se pueda llegar a una correcta adecuación entre la demanda de servicios y la oferta de los mismos. El horario de trabajo rígido en el que los quirófanos comienzan su actividad a las 8 de la mañana y la concluyen de forma general a las 15 horas, con un tiempo de utilización de 7 horas diarias, es claramente insuficiente para muchos procedimientos quirúrgicos mayores y de complejidad alta, así como para el incremento en el número de procedimientos de baja complejidad. Esto conlleva en ocasiones un porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas por falta de tiempo quirúrgico.

La medida pretende, previo compromiso e implicación por parte de los profesionales, la optimización de la programación quirúrgica, evitando anulaciones por necesidad de tiempo quirúrgico y el incremento del rendimiento quirúrgico de las instalaciones al programar un número de pacientes por jornada, quirófano y día hábil mayor a lo actual. Con ello conseguiremos un rendimiento de las instalaciones superior al 90% considerado como óptimo.

Este programa se desarrollará en todos los centros en los que sea preciso con las lógicas limitaciones de una buena utilización de los tiempos quirúrgicos, anestésicos y quirúrgicos, una buena gestión de la lista de espera quirúrgica, un índice de suspensiones razonable y en el que incida la falta de tiempo quirúrgico objetivo para la realización de las intervenciones programadas, una buena gestión de la hospitalización convencional o de los hospitales de día quirúrgicos y de las unidades de cirugía mayor ambulatoria, comprobado siempre, esta buena gestión, por medio de los cuadros de mando e indicadores obtenidos a partir de los sistemas de información existentes.

³⁰ Servicio Madrileño de Salud

³¹ Conjunto Mínimo Básico de Datos

³² Sistema de Información de Atención Especializada

- Programas de concertación con los Servicios/Unidades de los Hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud:

Se desarrollarán programas específicos de concertación con los servicios/unidades de los hospitales públicos del SERMAS³³ entre los responsables de los citados servicios y los directores gerentes de los hospitales autorizados por la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Los Pactos de Gestión están encaminados a la mejora de la Lista de Espera Quirúrgica ampliando para ello de forma programada la actividad en jornada de tarde en días laborables y a la mejora de la Lista de Espera de Técnicas diagnóstica y/o terapéuticas ampliando de forma programada la actividad en jornada de tarde en días laborables y/o festivos. Los Pactos de Gestión por tanto vienen a cumplir con los compromisos adquiridos de ampliar la actividad asistencial a la jornada de tarde de los días laborables y festivos.

Así mismo es objetivo de la Consejería de Sanidad y del Servicio Madrileño de Salud de internalizar actividad asistencial en los centros hospitalarios públicos y disminuir la externalizada a través de concertos a centros privados. El objetivo es que el 80% de todos los centros realicen actividad quirúrgica en jornada de tarde mediante la formalización de dichos pactos.

Los Pactos de Gestión son un instrumento de negociación y compromiso entre la Dirección y los Servicios que pretenden desarrollar la Gestión Clínica en las unidades asistenciales basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

Para el establecimiento de los Pactos de Gestión se ha realizado en la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria un estudio previo de la situación de la Lista de Espera quirúrgica actual existente en todos los centros de la Comunidad de Madrid adaptada al cómputo del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Igualmente se ha tenido en cuenta el contenido del RD³⁴ 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marcos para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias al Sistema Nacional de Salud.

Dicho estudio ha consistido en analizar la situación actual de la Lista de Espera Quirúrgica de todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Se ha tenido en cuenta el número total de pacientes por hospital, servicio/especialidad, diagnóstico, procedimiento y tipo de lista que en el corte de LEQ de septiembre de 2015, que a fecha 31 de diciembre de 2015, superen las demoras marcadas (180 días en lista de espera estructural y 360 días en lista de espera no estructural por rechazo de derivación a otro centro alternativo). Este análisis se realizará cuatrimestralmente y mensualmente se evaluarán los Pactos suscritos.

³³ Servicio Madrileño de Salud

³⁴ Real Decreto

Del total de pacientes resultante en el estudio se ha tenido en cuenta la proporción de salidas de lista de espera quirúrgica sin intervención en el histórico por hospital, servicio/especialidad, diagnóstico, procedimiento y tipo de lista y que en condiciones normales saldrán de la lista de espera sin necesidad de ser intervenidos. Igualmente se ha tenido en cuenta el histórico de las suspensiones quirúrgicas por centro, servicio/especialidad, motivo de la suspensión y tipo de cirugía con ingreso o ambulante ya que algunos de estos pacientes deberán ser programados de nuevo en función del motivo por el que la intervención quirúrgica ha sido suspendida. De este modo, restando los pacientes que salen de lista de espera sin intervención y sumando los pacientes programados suspendidos por ciertos motivos, se obtiene el número de procesos a programar para alcanzar las demoras marcadas.

Posteriormente se ha calculado la actividad quirúrgica programada previsible durante los meses objeto del Pacto en función de los datos históricos de actividad programada, quirófanos programados funcionantes y días hábiles de todos los hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud. A dicha actividad programada previsible se ha aplicado un porcentaje objetivo global de programación de LEQ³⁵ por servicio/especialidad teniendo en cuenta la prioridad de los pacientes en función de los diagnósticos y/o procedimientos a intervenir. Además, también se ha marcado un objetivo mínimo de programación de la cola de la lista de espera, de los pacientes con un mayor tiempo de demora, por servicio/especialidad, obteniéndose, de esta forma, el número de pacientes que quedaría pendiente de intervención quirúrgica y que superarían el objetivo de demora fijado.

Un estudio semejante al realizado con la lista de espera quirúrgica se realizará en el primer cuatrimestre con la lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas con el objeto de mejorar las demoras en la atención ambulatoria. Se priorizará las consultas y pruebas con mayor impacto a nivel de los hospitales de la comunidad. Los modelos de Pactos de Gestión se muestran en los **Documento I y Documento II**.

Los Pactos contribuyen a trasladar a la ejecución las estrategias que se han priorizado para el año, en línea con el planteamiento estratégico general de más largo plazo. Deben además ayudar a alinear a toda la organización, profesionales, niveles asistenciales y estructuras, en la consecución de los objetivos de cada acción y estrategia, ofreciendo un marco en el que sea posible aportar mediante la negociación y compromiso la parte correspondiente a cada ámbito de trabajo. Y también deben estar soportado en un documento concebido como instrumento de trabajo que permite:

1. Una vinculación de los objetivos en la prestación asistencial.
2. Plantear una meta para cada objetivo, con un indicador específico, medible con una periodicidad relacionada con las agendas de seguimiento y evaluación y con la posibilidad por tanto de intervención ante desviaciones.
3. El seguimiento de las actividades o productos intermedios que impulsan la consecución de los objetivos, productos clave o productos finales, lo que se conocen como resultados de administración diaria o indicadores de rendimiento.

³⁵ Lista de Espera Quirúrgica

4. Añadir al cuerpo del documento el conjunto de líneas, objetivos e indicadores resultantes del despliegue de las líneas y objetivos generales y específicos.
5. Vincular objetivos con un sistema de incentivación.

La gestión clínica constituye una forma de gestión de las unidades asistenciales basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados; supone por tanto la gestión de las acciones, tareas y recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes por los profesionales sanitarios, todo ello en un marco de autoridad delegada, pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

Para el Servicio Madrileño de Salud, la gestión clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

Los Pactos de Gestión están destinados a los Hospitales/Servicios/Unidades que:

1. Hacen un uso eficiente de recursos y no tienen LEQ que pueden acometer en jornada ordinaria y/o extraordinaria pacientes procedentes de otros centros con o sin recursos adicionales.
2. Hacen un uso eficiente de recursos y tienen LEQ por lo que asumen en jornada extraordinaria sus propios pacientes con recursos adicionales.
3. Tienen LEQ y plantean hacer un uso eficiente de los recursos en el proyecto trazado y coyunturalmente precisan de recursos adicionales.

El contrato del Pacto de Gestión lo suscribirá el Servicio Madrileño de Salud con el Gerente del Hospital y el Responsable del Servicio/Unidad Clínica y en él deberán constar todos los aspectos que se consideren que refieran las responsabilidades que se asumen y el grado de logro que se pretende.

Por ello los centros se han clasificado en tres grupos: 1.- aquellos que tienen lista de espera estructural y/o no estructural y que con la actividad planificada actual no podrían alcanzar los objetivos marcados, 2.- otros que poseen lista de espera y que con la actividad planificada si pueden alcanzar los objetivos marcados pero sólo pueden atender a su propia lista de espera no tienen capacidad sobrante y 3.- los que sí pueden alcanzar los objetivos con la actividad que actualmente están desarrollando y que tienen capacidad sobrante al tener una mayor capacidad quirúrgica y que por lo tanto actúan como centros de apoyo para los demás hospitales.

Otros aspectos como la plantilla horizonte, los rendimientos quirúrgicos, las entradas y las salidas de lista de espera, suspensiones quirúrgicas, derivaciones, demoras y esperas, etc. también han sido tenidos en cuenta y se han plasmado dentro de los objetivos a alcanzar en el modelo de Pacto de Gestión desarrollado para tal fin.

Las características y cumplimientos de los programas vienen definidas mediante contratos entre la Administración y los profesionales, estando vinculadas a la productividad del profesional y condicionadas por parte de los servicios de la máxima eficiencia de la actividad quirúrgica.

En dichos Pactos se marcan los objetivos de actividad, el marco económico y presupuestario, el seguimiento y evaluación de los mismos, así como la asignación de incentivos en función del cumplimiento de los objetivos fijados.

Las especialidades principalmente afectas por dichos pactos corresponden a Angiología y Cirugía Vasculor, Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Oftalmología, Traumatología y Urología.

Los procedimientos quirúrgicos objeto de Pacto son los más frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica como: Varices, Hernias, Colelitiasis, Patología Anal, Patología de Columna, Cataratas, Prótesis de cadera, Prótesis de rodilla, Hallux valgus, Artroscopia de rodilla, Patología de hombro, Adenoamigdalectomía, Septoplastia, Túnel del carpo, Hipertrofia benigna de próstata, fimosis y vasectomía. Los otros procedimientos por ser menos frecuentes y más complejos deben ser objeto de otro tipo de actuaciones.

Los Pactos constan de diferentes Anexos donde se relacionan los Recursos Humanos participantes, se describen los objetivos ponderados, organizados en bloques de mejora de la organización, disminución de la variabilidad clínica, gestión clínica, optimización de recursos, accesibilidad, ambulatorización de procesos y gestión administrativa de la lista de espera quirúrgica. Cada objetivo tiene una meta, el valor actual del servicio y un apartado para realizar el seguimiento mensual de los mismos y observar los resultados conseguidos. Igualmente, en ellos se especifica la actividad máxima a realizar y la financiación presupuestada diferenciada en Capítulo I, teniendo en cuenta tanto lo correspondiente a la actividad quirúrgica propiamente como a la actividad de apoyo a desarrollar en Hospitalización de día o convencional, rehabilitación, etc. y Capítulo II. Para el cálculo de la financiación se ha partido del precio medio de concierto de los procesos objetivo del Pacto. También se recoge la posibilidad de contratar personal eventual para la realización de la actividad con el presupuesto asignado.

Las tarifas utilizadas en los Pactos de Gestión para todos los centros son comunes y se obtienen del precio medio de los conciertos actuales que el Servicio Madrileño de Salud, ya que como se ha explicado anteriormente es objetivo del Servicio Madrileño internalizar la actividad concertada en los hospitales públicos y se debe ser al menos tan eficientes como los centros concertados en el sistema público.

- Programas de concertación con otros Servicios/Unidades de los Hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud

Como se ha comentado los Pactos de Gestión están destinados a los Hospitales/Servicios/Unidades que:

1. Hacen un uso eficiente de recursos y no tienen LEQ que pueden acometer en jornada ordinaria y/o extraordinaria pacientes procedentes de otros centros con o sin recursos adicionales.

2. Hacen un uso eficiente de recursos y tienen LEQ por lo que asumen en jornada extraordinaria sus propios pacientes con recursos adicionales.
3. Tienen LEQ y plantean hacer un uso eficiente de los recursos en el proyecto trazado y coyunturalmente precisan de recursos adicionales.

Por ello los centros se han clasificado en tres grupos: 1.- aquellos que tienen lista de espera estructural y/o no estructural y que con la actividad planificada actual no podrían alcanzar los objetivos marcados, 2.- otros que poseen lista de espera y que con la actividad planificada si pueden alcanzar los objetivos marcados pero sólo pueden atender a su propia lista de espera no tienen capacidad sobrante y 3.- los que sí pueden alcanzar los objetivos con la actividad que actualmente están desarrollando y que tienen capacidad sobrante al tener una mayor capacidad quirúrgica y que por lo tanto actúan como centros de apoyo para los demás hospitales.

Este tipo de Programas van destinados al tercer grupo de Hospitales / Servicios / Unidades descrito anteriormente, se desarrollan cuando todas las medidas puestas en marcha sean claramente insuficientes para dar cumplimiento a los objetivos de lista de espera e internalizar la actividad concertada, para ello se definirán Pactos de Gestión con otros Servicios/Unidades de los Hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud.

Si esta medida se estabilizase en el tiempo, permitiría separar la financiación del sistema sanitario público y la provisión de servicios en algunos procesos. Asimismo, indirectamente incorpora el concepto de competencia en el sistema sanitario público. Ello obliga a definir los procesos susceptibles de ser derivados a otros hospitales públicos de la Comunidad Autónoma cuando éstos resulten claramente más coste-eficientes y conservar la complementariedad mediante el sistema de conciertos en los menos coste-eficientes, manteniendo siempre los criterios de calidad asistencial en los centros concertados semejantes al del sistema público.

- Implicación de los profesionales en la gestión de las listas de espera

Es la medida más importante de todo el plan de gestión de las listas de espera. Si no contamos con la implicación de los profesionales que han de ejecutar todas las medidas es imposible sacar los objetivos adelante.

Para ello son importantes tres aspectos:

1. Generar formación e información sobre las listas de espera. Ello implica un sistema de feedback o de retroalimentación con evaluación de los objetivos marcados.
2. Implicar a los profesionales en el aporte de soluciones encaminadas a la reorganización de los procesos y a la generación de unificación de criterios.
3. Descentralización de la gestión de la lista de espera: delegación, incentivación y evaluación de responsabilidades en función de los resultados de la gestión de las listas de espera.

Para alcanzar este objetivo es fundamental, como ya se ha explicado con anterioridad, el desarrollo de un modelo de “Pacto de Gestión de Lista de Espera” con definición de objetivos mensuales, cuatrimestrales y anuales, revisión de resultados evaluación de los mismos, incentivación por el alcance de los objetivos marcados y refrendo presupuestario en los Contratos de Gestión de los centros participantes.

Igualmente, es necesario la implantación generalizada de la Gestión Clínica en todos los servicios y unidades de todos los centros. Para el Servicio Madrileño de Salud, la gestión clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios/unidades de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

Dentro de esta estrategia los Pactos de Gestión son el instrumento con el que la dirección y los servicios del hospital se dotan para establecer las actividades extraordinarias que los Servicios/Unidades del centro deben llevar a cabo en la mejora de la lista de espera quirúrgica, de la comunidad de Madrid en general y del centro en particular, ampliando la actividad programada en los centros públicos en horario de tarde y priorizando los centros públicos frente a otras opciones.

Los Pactos de Gestión, autorizados por el SERMAS, entre el Jefe de Servicio/Unidad y el Director Gerente del Hospital tienen naturaleza funcional y organizativa, así como la consideración de acuerdo funcional, en base a lo cual, el Jefe de Servicio se compromete a elevar cuantas propuestas de asignación de recursos posibiliten la consecución del presente Pacto y el Hospital iniciará y resolverá, en su caso, todos los expedientes administrativos pertinentes dentro del escenario presupuestario y del principio de legalidad.

Estos Pactos de Gestión pretenden potenciar la actitud de liderazgo de sus Jefes de Servicio. Por tanto, es responsabilidad del Jefe de Servicio difundir este Pacto entre los profesionales del citado servicio/unidad, de manera que lo conozcan, así como las características de los incentivos que en el mismo se establecen, a fin de fomentar la corresponsabilidad de todos los profesionales en la consecución de los objetivos asistenciales y presupuestarios, que son clave en la dinámica del conjunto del Servicio Madrileño de Salud.

Los Jefes de Servicio/Unidad asumen la dirección y gestión del servicio/unidad asistencial con las funciones de:

- Representar al servicio/unidad.
- Realizar la propuesta de objetivos para su estudio y aprobación.
- Organizar, dirigir, priorizar y evaluar las actividades y objetivos del servicio/unidad.
- Establecer protocolos, normas de funcionamiento o cualquier otra medida que permita una mejora en los estándares de la atención recibida por los pacientes.

- Asumir las responsabilidades en la gestión de los recursos humanos y económicos de la forma más eficiente y eficaz posible, con los índices de calidad habituales y en base a los pactados con la Dirección del Hospital.
- Colaborar en la implantación, desarrollo y mantenimiento del sistema de evaluación que permita la medición de los resultados obtenidos, tanto a nivel global como a nivel de cada uno de los miembros adscritos a dicho servicio/unidad.
- Formalizar con la Dirección Gerencia del hospital el Pacto de Gestión que define los compromisos de actividad, resultados, calidad, coste e incentivos del servicio/unidad.
- Así como todas aquellas otras funciones que se le encomienden.

El Jefe de Servicio y la Dirección del centro deben implementar todas aquellas acciones que permitan hacer un seguimiento continuado de los objetivos establecidos en dicho Pacto, cuya información será analizada por el Servicio Madrileño de Salud quien notificará del grado de cumplimiento del mismo.

Entre las acciones a implementar correcta y adecuadamente están el Registro de Lista de Espera Quirúrgica mensual, el Registro de Quirófano mensual, el Conjunto Mínimo Básico de Datos mensual, el SIAE³⁶ y SICyT³⁷ dentro de los dos primeros días hábiles del mes siguiente de los servicios/especialidades participantes. En caso de no realizarse adecuadamente dichas acciones el Pacto de Gestión quedará rescindido al impedir su correcta evaluación y seguimiento.

En todos los casos se plantea que el reparto de incentivos entre el personal adherido al Pacto de Gestión, se hará en función del porcentaje de resultados asistenciales y de calidad obtenidos en la evaluación provisional y final respecto a la financiación presupuestada. Siendo el Jefe de Servicio quien establecerá el cumplimiento de los objetivos asistenciales para cada uno de los facultativos, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario, en base a los resultados de la evaluación final de los objetivos obtenidos en el Pacto de Gestión.

El Pacto se dará por cerrado y concluido con la satisfacción de ambas partes mediante la suscripción del Documento de Cierre que refleje el grado de cumplimiento del servicio/unidad en sus objetivos de actividad, calidad y presupuesto, y el grado de cumplimiento por parte del Hospital en cuanto a la parte de los incentivos devengados. En caso de incumplimiento por alguna de las partes el Documento de Cierre reflejará cada una de las situaciones de forma justificada, pormenorizada e individual.

En caso de conflicto de interpretación de resultados y/o de valoraciones o si alguna de las partes entiende que la otra ha incumplido una o varias de las cláusulas del Pacto, podrán acudir ambas o una de las dos partes afectadas ante el Órgano competente del Servicio Madrileño de Salud, a fin de solicitar su intermediación y arbitraje, siendo su dictamen inapelable y ejecutivo.

³⁶ Sistema de Información de Atención Especializada

³⁷ Sistema de Información sobre Consultas y Técnicas

- Implantación de un sistema de información integral de listas de espera

El sistema de información será universal para todos los centros del SERMAS, con información relativa a lista de espera quirúrgica, de consulta hospitalaria y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios.

El SERMAS³⁸ dispone de sistemas de información como los de gestión de quirófanos, lista de espera quirúrgica, CMBD³⁹ de hospitalización, cirugía ambulatoria y procedimientos ambulatorios, SIAE⁴⁰ o sistema de información de atención especializada y SICyT o sistema de información de consultas y técnicas que nos permiten evaluar mensualmente la actividad desarrollada en los centros y valorar el funcionamiento y rendimiento de los servicios/unidades asistenciales.

Además, los sistemas de información deben estar integrados con la Historia Clínica Electrónica permitiendo la exportación de datos para su gestión periódica y el establecimiento de alertas en aquellos casos que se incumplan los plazos que se establezcan como garantía en los tiempos de acceso.

Así mismo, ello nos permitirá trasladar a la población información veraz y garantizar a los ciudadanos información adecuada, individualizada y transparente sobre las esperas sanitarias que posibilite un ejercicio efectivo de sus derechos.

Estos sistemas de información dependen de los Servicios de Admisión, Archivo y Documentación Clínica de los hospitales que nombrarán a un profesional responsable en cada centro y existirá otro a nivel centralizado en el SERMAS, con capacidad de decisión y que se encargará de mantener al día toda la información relativa a demoras voluntarias, demoras médicas, entradas y salidas de lista de espera, duplicidades, incompatibilidades, etc. y que remita la información a los responsables del centro y del Servicio Madrileño de Salud y genere la información que se transmita a la sociedad en general y a los pacientes en particular.

Para alcanzar este objetivo es necesario el desarrollo de una serie de actuaciones, tales como:

- Extensión de la Historia Clínica Electrónica a todos nuestros hospitales.
- Modificación del programa que da soporte informático al Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica adaptado a la normativa del Real Decreto 605/2003 y 1039/2011, que conlleva la actualización de las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera del Servicio Madrileño de Salud.
- Implantación de un gestor de Consultas único en toda la comunidad e interconectando todo el sistema adecuadamente.
- Establecer los cambios organizativos y de procedimientos que hagan más efectiva toda la organización en materia de inclusión y asignación de citas y de gestión de las listas de espera centralizando.

³⁸ Servicio Madrileño de Salud

³⁹ Conjunto Mínimo Básico de Datos

⁴⁰ Sistema de Información de Atención Especializada

- Garantizar que el programa que da soporte informático al Registro Centralizado de Lista de Espera de Consultas de Atención Hospitalaria y de Pruebas Diagnósticas Ambulatorias integre de forma fidedigna la información registrada en el programa gestor de pacientes ambulatorios operativo en los hospitales y centros de salud del SERMAS con el objetivo de, en el menor tiempo posible, hacer efectivos los tiempos máximos de demora establecidos.
- Utilización de un sistema de información hospitalario único para todos los hospitales de la comunidad.

Para la actualización de las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera del Servicio Madrileño de Salud se ha propuesto un proyecto de Orden que consta de una Exposición de Motivos, artículo único, dos disposiciones finales y once instrucciones para la gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud.

La exposición de motivos recoge los antecedentes normativos y de referencia a los contenidos generales y específicos de la nueva Orden. El articulado en su artículo único aprueba las Instrucciones de Gestión del Registro de Pacientes del Servicio Madrileño de Salud. La disposición final primera faculta al titular del órgano directivo del que dependa el Servicio Madrileño de Salud para dictar cuantas instrucciones estime necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la presente Orden. Y por último la disposición final segunda señala la entrada en vigor de la Orden.

Las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica del Servicio Madrileño de la Salud se ordenan del siguiente modo:

- En su instrucción primera se concreta el ámbito de aplicación y los criterios de inclusión y exclusión del mismo.
- La instrucción segunda clasifica a los pacientes incluidos en el registro en función del tipo de espera.
- La instrucción tercera define los criterios de inclusión ordenados en criterios generales y criterios clínicos. Como criterio general se encuentran los pacientes con derecho a la asistencia sanitaria pública en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid que se deberá acreditar convenientemente. Entre los criterios clínicos se cita que la indicación quirúrgica se adecuará a los protocolos y guías de práctica clínica y que sólo se incluirán los procesos quirúrgicos con indicación quirúrgica cierta.
- La instrucción cuarta señala que el registro será único si bien la gestión del mismo se realizará de forma descentralizada.
- En la instrucción quinta se concretan los datos que se inscribirán y son el contenido del registro, referidos a la identificación del paciente, el centro hospitalario, la intervención quirúrgica, la situación del paciente en relación con la lista de espera quirúrgica y datos relacionados con la suspensión y baja en la lista de espera.
- La instrucción sexta hace referencia al flujo de pacientes respecto a la inclusión en el registro y la programación quirúrgica.

- En la instrucción séptima se concreta la posibilidad de derivación a otros centros públicos de apoyo o a centros concertados con el Servicio Madrileño de Salud que cumplan los mismos estándares de calidad que los públicos. Igualmente describe los compromisos de los centros de apoyo y la consideración de todas las incidencias que pudieran ocasionarse.
- La instrucción octava define los diferentes motivos de salida del registro de lista de espera quirúrgica por intervención quirúrgica o por otros motivos.
- En la instrucción novena se describen las causas que motivan la suspensión temporal del cómputo de permanencia en la lista de espera.
- La instrucción décima refiere las obligaciones de los usuarios, que están inscritos en el registro de lista de espera, necesarias para garantizar una correcta gestión de la lista de espera quirúrgica.
- En la instrucción undécima se relacionan los criterios e indicadores de gestión de la lista de espera quirúrgica respecto al número de pacientes pendientes, el tiempo medio y máximo de demora y de espera, la distribución de los pacientes por tramos, entradas, salidas, índice entradas salidas, demora media prospectiva y población de referencia.

Además presenta cuatro anexos:

- Anexo 1- Prescripción de Intervención quirúrgica Programada no Urgente.
- Anexo 2- Información sobre lista de espera quirúrgica.
- Anexo 3- Documento de demora voluntaria presencial tras rechazo de derivación a un centro alternativo público de apoyo o concertado.
- Anexo 4- Documento de demora voluntaria telefónica tras rechazo de derivación a un centro alternativo público de apoyo o concertado

- **OBJETIVOS SECUNDARIOS O INTERMEDIOS DE REFERENCIA:**

Entre los objetivos secundarios necesarios para el desarrollo del Plan Integral de mejora de las listas de espera propuesto podemos enunciar:

- Promover la elaboración de guías para inclusión y priorización de pacientes en lista de espera, de carácter corporativo, en procesos quirúrgicos que por su variabilidad clínica o por su trascendencia sanitaria o social tengan mayor impacto en la evolución de las listas de espera.
- Analizar las frecuentaciones de los diferentes centros, servicios, especialidades, procedimientos o pruebas estudiando a que aspectos se deben las diferencias observadas y proponiendo actuaciones que corrijan dichas desviaciones.
- Impulsar el desarrollo de protocolos de actuación conjunta entre Atención Primaria y Hospitalaria en procesos asistenciales que generan mayores demoras en consultas especializadas y/o pruebas diagnósticas/terapéuticas.

- Homogeneizar el acceso a consultas externas y pruebas diagnósticas en Atención Hospitalaria desde Atención Primaria con el establecimiento de estándares en los Contratos de Gestión de los centros.
- Fomentar la participación conjunta de los profesionales de los distintos centros del SERMAS en el desarrollo de la actividad asistencial, como medio de mejora de las competencias y del conocimiento en la organización, mediante el desarrollo de la Gestión Clínica.
- Optimizar el rendimiento de los quirófanos existentes y de la actividad quirúrgica de los hospitales públicos del SERMAS, mediante el seguimiento y evaluación continuada de los mismos.
- Optimizar el rendimiento de los locales y de la actividad de consultas ambulatorias de los centros públicos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, instaurando una evaluación continua y seguimiento de ellos.
- Optimizar el rendimiento de los equipamientos diagnósticos y terapéuticos y de la actividad de pruebas de los hospitales públicos del SERMAS implantando una sistemática de seguimiento continuo y evaluación de éstos
- Establecer parámetros comunes para todos los centros, tanto en la medición de indicadores de actividad asistencial mediante los Contratos de Gestión de los Centros y los Acuerdos de Gestión con los Servicios / Unidades.
- Elaborar en los conceptos relativos a la compensación por actividad extraordinaria criterios específicos y únicos para todos los centros del Servicio Madrileño de Salud.
- Mejorar la gestión de la lista de espera estableciendo mecanismos que permitan optimizar la programación de las intervenciones quirúrgicas de acuerdo a criterios de prioridad clínica y antigüedad.
- Implantar mecanismos que permitan la diferenciación entre primeras consultas, consultas de resultados y consultas de revisión, potenciando la actividad de consultas de alta resolución valorando la actividad que en la actualidad se está realizando adaptándola a criterios normalizados y renovados.
- Poner en marcha actuaciones que permitan la diferenciación entre pruebas diagnósticas y de control y faciliten la citación adaptada a las necesidades de los pacientes y de los profesionales para el diagnóstico y seguimiento de los procesos asistenciales.
- Implantar sistemas que aseguren el correcto registro de las inclusiones de intervenciones quirúrgicas programadas no urgentes, de las solicitudes de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas tal como se contempla en el Real Decreto 605/2003, en todo el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid y teniendo en cuenta lo marcado en el Real Decreto 1039/2011.

VII. DESPLIEGUE DEL PLAN Y LINEAS DE ACTUACIÓN:

El presente Plan Integral de Mejora de las Listas de Espera incluye las siguientes líneas estratégicas y de actuación que abordan distintos aspectos clave con diferentes medidas que son evaluadas periódicamente a través de los indicadores de seguimiento descritos.

Línea Estratégica	Descripción	
1ª Línea estratégica	Disminución de la variabilidad clínica	
	1ª Medida	Definir criterios de indicación y priorización
	2ª Medida	Utilizar una herramienta común de gestión
	3ª Medida	Elaborar un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados
	4ª Medida	Definir los procesos graves que deben contar con protocolos y/o guías clínicas
	5ª Medida	Potenciar la Cirugía Mayor y Menor Ambulatoria
	6ª Medida	Protocolización de los preoperatorios
2ª Línea estratégica	Uso eficiente de los recursos sanitarios públicos	
	1ª Medida	Análisis y estudio de las suspensiones quirúrgicas
	2ª Medida	Aplicar la ampliación de jornada en actividad quirúrgica efectiva
	3ª Medida	Optimización del equipamiento e infraestructuras quirúrgicas
	4ª Medida	Optimización de los quirófanos instalados
	5ª Medida	Optimización de la hospitalización quirúrgica
	6ª Medida	Participación de Atención Primaria en la cirugía menor
	7ª Medida	Implantar sistemas de retribución variable en función de cumplimiento de objetivos
8ª Medida	Implantar Pactos de Gestión normalizados en todos los centros	
3ª Línea estratégica	Mejora de la gestión clínica y la complementariedad de los centros concertados	
	1ª Medida	Implantar la Gestión Clínica en los Servicios/Unidades de los Hospitales
	2ª Medida	Planificación de la actividad quirúrgica concertada
4ª Línea estratégica	Mejora de la organización institucional y de la gestión de los procesos administrativos	
	1ª Medida	Mejora de la organización de la gestión de las listas de espera
	2ª Medida	Mejora de los registros de listas de espera y de los sistemas de información
5ª Línea estratégica	Mejora de la Información y gestión de las listas de espera de consultas y pruebas diagnósticas	
	1ª Medida	Elaborar un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas
	2ª Medida	Establecer protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas
	3ª Medida	Centralización de las agendas de consultas y pruebas diagnósticas
6ª Línea estratégica	Adecuación de la demanda y optimización de los rendimientos de consultas externas y pruebas diagnóstica	
	1ª Medida	Actuación sobre la variabilidad clínica en consultas y pruebas diagnósticas
	2ª Medida	Optimización de los recursos en consultas y pruebas diagnósticas
	3ª Medida	Establecer sistemas de retribución variables
	4ª Medida	Implantar Pactos de Gestión normalizados
	5ª Medida	Instaurar nuevos modelos de asistencia
	6ª Medida	Implantar la Gestión Clínica
7ª Medida	Establecer criterios de seguridad y eficacia en la asistencia	
7ª Línea estratégica	Garantía de información a los ciudadanos sobre las listas de espera	
	1ª Medida	Habilitar acceso a la información personal de cada paciente
	2ª Medida	Publicar periódicamente información normalizada de las listas de espera

Seguidamente se desarrollan todas y cada una de las líneas estratégicas con sus medidas, acciones e indicadores de seguimiento correspondientes:

LÍNEA ESTRATÉGICA	Descripción	
1ª Línea estratégica	Disminución de la variabilidad clínica	
	1ª Medida	Definir criterios de indicación y priorización
		<p><u>Definición:</u> Protocolizar la indicación y priorización de las intervenciones quirúrgicas programadas no urgentes más frecuentes de manera común para todos los hospitales de la Comunidad de Madrid.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Elaborar guías clínicas de indicación y priorización de las intervenciones quirúrgicas para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de adecuación de las indicaciones y priorizaciones de las intervenciones quirúrgicas con respecto a las establecidas en las guías clínicas. • Porcentaje de entradas en lista de espera quirúrgica por centro y/o especialidad sobre las primeras consultas atendidas por centro y/o especialidad. • Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica sin intervención quirúrgica sobre el total de las salidas de la lista de espera quirúrgica. <p><u>2ª Acción:</u> Establecer programas de consultas de segunda opinión para valorar la indicación de los pacientes incluidos en lista de espera con mayor tiempo de demora.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuentación en lista de espera por mil TSI sobre el número total de pacientes en lista de espera quirúrgica. • Frecuentación en lista de espera por mil TSI sobre el total de entradas mes/acumulado en lista de espera quirúrgica. • Demoras medias y máximas por centro, especialidad y procedimiento en función de la prioridad marcada.
	2ª Medida	Utilizar una herramienta común de gestión
		<p><u>Definición:</u> Establecer una herramienta informática basada en el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica y en el Sistema de Información de Quirófano para la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma común por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Elaborar la herramienta informática, los procedimientos de funcionamiento y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión que permita la programación, elaboración de los partes quirúrgicos de las sesiones quirúrgicas de los centros y especialidades.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas procedentes de lista de espera quirúrgica por especialidad y procedimiento. • Porcentaje de partes quirúrgicos elaborados con la aplicación respecto a las sesiones quirúrgicas realizadas. • Porcentaje de pacientes con fecha de intervención quirúrgica en el registro de lista de espera sobre la población diana mensual seleccionada.
	3ª Medida	Elaborar un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados
		<p><u>Definición:</u> Elaboración de un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados que incluya aquellos procedimientos más frecuentes y los más graves que facilite la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Elaborar el catálogo, los procedimientos de funcionamiento y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión. Como información complementaria se debe de especificar si el procedimiento es susceptible de cirugía mayor o menor ambulatoria y el tiempo medio de quirófano, anestesia y cirugía.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendimientos quirúrgicos de los centros clasificados por niveles a los tiempos medios de quirófano, anestesia y cirugía por centro. • Rendimientos quirúrgicos de las especialidades a los tiempos medios de quirófano, anestesia y cirugía por especialidad. • Porcentaje de adecuación de los centros clasificados por niveles y especialidades a los tiempos medios de quirófano, anestesia y cirugía por procedimiento.

LÍNEA ESTRATÉGICA	Descripción	
1ª Línea estratégica	Disminución de la variabilidad clínica	
	4ª Medida	<p>Definir los procesos graves que deben contar con protocolos y/o guías clínicas</p> <p><u>Definición:</u> Elaborar un catálogo de los procesos más graves estableciendo programas de mejora en su gestión mediante protocolos y/o guías clínicas que faciliten la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Elaborar el catálogo especificando los procedimientos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de programas de mejora implantados en cada centro y especialidad sobre los definidos en el catálogo común y homogéneo del Servicio Madrileño de Salud. <p><u>2ª Acción:</u> Elaborar los protocolos y guías clínicas especificando los niveles de responsabilidad, los tiempos de atención, los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de protocolos y guías clínicas implantadas en cada centro y especialidad sobre los definidos por el Servicio Madrileño de Salud.
	5ª Medida	<p>Potenciar la Cirugía Mayor y Menor Ambulatoria</p> <p><u>Definición:</u> Elaborar un catálogo de los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser operados mediante cirugía mayor o menor ambulatoria estableciendo programas de mejora en su gestión mediante protocolos que faciliten la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Elaborar un catálogo con los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser operados mediante cirugía mayor ambulatoria especificando los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de cirugía mayor ambulatoria del centro y especialidad sobre el total de cirugía programada realizada por el centro o especialidad. • Porcentaje de procedimientos realizados mediante cirugía mayor ambulatoria sobre el total de procedimientos susceptibles de ser intervenidos por cirugía mayor ambulatoria. • Porcentaje de incremento de procedimientos programados mediante cirugía mayor ambulatoria sobre el periodo evaluado: mes, año anterior. • Porcentaje de incremento de actividad de Hospital de día quirúrgico sobre el periodo evaluado: mes, año anterior. <p><u>2ª Acción:</u> Elaborar un catálogo con los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser operados mediante cirugía menor ambulatoria especificando los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de cirugía menor ambulatoria del centro y especialidad sobre el total de cirugía programada realizada por el centro o especialidad. • Porcentaje de procedimientos realizados mediante cirugía menor ambulatoria sobre el total de procedimientos susceptibles de ser intervenidos por cirugía menor ambulatoria. • Porcentaje de incremento de procedimientos programados mediante cirugía mayor ambulatoria sobre el periodo evaluado: mes, año anterior. • Porcentaje de incremento de actividad de Procedimientos quirúrgicos realizados fuera de quirófano sobre el periodo evaluado: mes, año anterior.

LÍNEA ESTRATÉGICA		Descripción
1ª Línea estratégica	Disminución de la variabilidad clínica	
	6ª Medida	Protocolización de los preoperatorios
		<p><u>Definición:</u> Elaborar protocolos de los estudios preoperatorios a realizar en los procedimientos quirúrgicos estableciendo programas de mejora en su gestión para facilitar la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Elaborar un protocolo donde consten los procedimientos quirúrgicos en los que es necesario realizar el estudio preoperatorio especificando las pruebas a realizar en función del paciente, proceso y procedimiento quirúrgico, las pautas de antiagregación y anticoagulación, la normalización de los criterios ASA del riesgo que la anestesia representa para los distintos estados del paciente, momento del ingreso en hospitalización convencional u hospital de día, los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de implantación del protocolo establecido en los pacientes intervenidos de forma programada tanto con hospitalización como ambulante. • Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica con consentimiento informado específico sobre el total de entradas en el registro de lista de espera.

Debemos preguntarnos sobre dos cuestiones. Por una parte, cuáles son las necesidades de los pacientes y su percepción de los tiempos de espera y, por otra, qué aspectos y factores del sistema sanitario influyen en la lista de espera. La experiencia de los pacientes se inicia en el periodo de sospecha de la enfermedad, posteriormente cuando se aborda el proceso de prestación de cuidados, los tiempos de demora se convierten en elementos de ansiedad y temor ante posibles complicaciones o mala evolución de su enfermedad por retrasos en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

En este segmento de la demanda pueden intervenir favorablemente las medidas de prevención y sensibilización, así como la disponibilidad de una información personalizada desde el comienzo del proceso. Conocemos bien que la demanda fluctúa dependiendo de factores como la época del año, la localización geográfica, las noticias en los medios de comunicación, etc. Las medidas dirigidas a utilizar la información disponible para organizar y gestionar la demanda son herramientas a utilizar.

En el campo de las modificaciones en las indicaciones médicas, los estudios sobre variaciones en la práctica médica demuestran que dos personas con la misma dolencia, residentes en diferentes zonas geográficas, tienen probabilidades distintas de recibir un mismo tratamiento. La existencia de variabilidad en el diagnóstico y tratamiento en el abordaje clínico de una misma enfermedad sugiere que el conocimiento disponible no se está aplicando de manera eficaz. La variabilidad de la práctica médica se convierte en un asunto de gestión cuando responde principalmente a diferencias en la actuación de los profesionales sanitarios ante situaciones clínicas similares, y se convierte en un problema cuando conduce a indicaciones inapropiadas de tratamientos e intervenciones. Esta variabilidad se ha observado en casi todos los aspectos de las indicaciones médicas, tales como ingresos hospitalarios, indicación de cirugías, seguimientos de patologías, indicación de pruebas diagnósticas, prescripción farmacéutica, etc.

Como factores causales de la existencia de esta variabilidad se consideran un amplio número, tales como las diferencias en la estructura, organización y volumen de oferta sanitaria que relacionan la dotación de recursos por habitante. La existencia de sistemas de pago que inducen prescripciones excesivas de tratamientos, consultas, ingresos o intervenciones quirúrgicas, como es el caso cuando se realiza el pago por acto médico o GRD's⁴¹. Las características propias de cada centro, como la especialización, el tamaño, el tipo de centro y la situación de incertidumbre. Varios autores⁴² señalaban que la lista de espera se genera en parte como consecuencia de la situación de incertidumbre en la que trabaja el médico, consecuencia de la falta de evidencias o de la ignorancia del propio profesional. Por último, la seducción por la tecnología que produce el énfasis en el uso de las propuestas tecnológicas más punteras en detrimento de los procesos más comunes, como ocurre con el uso de la ecografía en Atención Primaria y la resonancia y PET⁴³ en Atención Hospitalaria.

La variabilidad en la práctica clínica es un hecho en la práctica asistencial que viene condicionada, en buena medida, por factores como aspectos sociodemográficos, culturales o estados de salud de la población que no son modificables. También puede deberse a variaciones o preferencias en la práctica profesional de los sanitarios. En este caso, no sería justificable si condiciona inequidades o deterioro en la calidad asistencial, como las diferencias relevantes en los tiempos de espera para una intervención quirúrgica, existentes entre hospitales del Servicio Madrileño de Salud. La existencia de protocolos o guías clínicas contribuye a la disminución de estos componentes de la variabilidad.

La monitorización de la actividad asistencial, mediante protocolos, guías clínicas y vías clínicas de adecuación a la evidencia clínica existente, tiene un papel trascendental en la disminución de la variabilidad clínica, en la mejora de la calidad asistencial y en los resultados en tiempos de demora. En este mismo sentido, programas de segunda opinión y/o la valoración de casos conjuntos en sesiones clínicas favorecen un mejor ajuste de las indicaciones quirúrgicas a la evidencia científica disponible.

Con el objeto de contribuir a la mejora en la calidad de los procesos quirúrgicos, este Plan propone la elaboración de guías de actuación, consensuadas por los profesionales de los centros hospitalarios, en procesos quirúrgicos de gran impacto en la situación de la lista de espera quirúrgica, bien por el número de pacientes afectados o por la existencia de demoras no justificadas, en las que se recojan criterios de inclusión y priorización en base a aspectos clínicos, sociales, laborales, etc.

La selección de las patologías y procedimientos objeto y la elaboración de guías deberá consensuarse con los profesionales del SERMAS a través de metodologías de demostrada validez. Los profesionales participarán tanto en la validación de los criterios de priorización como en el modelo de puntuación y establecimiento de categorías de prioridad. En la elaboración de estas guías se implicará a los profesionales de todos los centros hospitalarios pertenecientes a las especialidades que generen actividad asistencial que tenga una mayor repercusión en las listas de espera, en especial aquellos que presentan un mejor funcionamiento como forma de aprender de los que mejor lo hacen o benchmarking. Igualmente también participarán en la elaboración de las guías Sociedades Científicas y

⁴¹ Grupos Relacionados por el Diagnóstico

⁴² Baptista 2009. El principio de la incertidumbre de Heisenberg y la práctica clínica, rev. Inv. Med, Sur México 16 (2)

⁴³ Tomografía por emisión de positrones

Asociaciones de pacientes. En términos generales, las guías se orientarán a los procedimientos quirúrgicos de mayor impacto. En cualquier caso, el listado de procedimientos para los que se incluirán guías de actuación se revisará periódicamente.

Como punto de partida, debe definirse el modelo de acceso a intervenciones quirúrgicas programadas basado en criterios comunes de priorización de pacientes, para lo que habrá que desarrollar en los procesos más frecuentes criterios basados en la gravedad de las patologías, su influencia en la calidad de vida, la eficacia de la intervención, la oportunidad de la intervención, la situación social, las circunstancias laborales, etc.

También se deben desarrollar, con el mismo sentido, programas de segunda opinión para un mejor ajuste de las indicaciones quirúrgicas y de la priorización de las patologías a la mejor evidencia clínica existente.

Otras medidas descritas en la literatura, que no se plantean en este Plan, como es la incentivación de la compra de seguros privados mediante desgravaciones fiscales que persigue desviar parte de la demanda hacia la sanidad privada y por tanto reducir las listas de espera. Esta medida tiene importantes efectos en el modelo sanitario público que tenemos y es defendida por los medios de comunicación neoliberales y por un importante grupo de los economistas de la salud que señalan la necesidad de realizar reformas en el actual sistema sanitario para introducir la sanidad privada como un prestador de servicios más que compite con los públicos.

Dentro de esta línea podemos establecer las siguientes medidas o acciones y sus indicadores de seguimiento correspondientes:

1ª Medida: Definir de criterios de indicación y priorización

Definición: Protocolizar la indicación y priorización de las intervenciones quirúrgicas programadas no urgentes más frecuentes de manera común para todos los hospitales de la Comunidad de Madrid.

1ª Acción: Elaborar guías clínicas de indicación y priorización de las intervenciones quirúrgicas para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de adecuación de las indicaciones y priorizaciones de las intervenciones quirúrgicas con respecto a las establecidas en las guías clínicas.
- Porcentaje de entradas en lista de espera quirúrgica por centro y/o especialidad sobre las primeras consultas atendidas por centro y/o especialidad.
- Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica sin intervención quirúrgica sobre el total de las salidas de la lista de espera quirúrgica.

2ª Acción: Establecer programas de consultas de segunda opinión para valorar la indicación de los pacientes incluidos en lista de espera con mayor tiempo de demora.

Indicador de seguimiento:

- Frecuentación en lista de espera por mil TSI sobre el número total de pacientes en lista de espera quirúrgica.

- Frecuentación en lista de espera por mil TSI sobre el total de entradas mes/acumulado en lista de espera quirúrgica.
- Demoras medias y máximas por centro, especialidad y procedimiento en función de la prioridad marcada.

Los criterios de prioridad para una indicación quirúrgica recogidos en el Anexo III del Real Decreto 605/2003 son:

- Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquélla no produce secuelas importantes.

El Real Decreto 1039/2011 describe criterios marco para garantizar los tiempos máximos de acceso basados en:

- Gravedad de las patologías motivo de la atención: Patologías que en su evolución posterior originan riesgo de muerte o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.
- Eficacia de la intervención: La intervención quirúrgica es eficaz para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida del usuario.
- Oportunidad de la intervención: Su realización temprana evita la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma.

Para la asignación de un paciente a una de las categorías de prioridad, existen varios métodos que se suelen basar en la mezcla de variables clínicas, tiempos de espera y variables sociales, siendo importante fijar criterios consensuados y basados en la evidencia para obtener un método equitativo.

Existe múltiple bibliografía que describe métodos de priorización en España, uno de ellos es el que emplea un sistema consensuado basado en la revisión de bibliografía existente y en las conclusiones alcanzadas en reuniones con grupos de expertos con participación de profesionales de los Hospitales y del Servicio de Salud.

Según el razonamiento descrito los criterios de priorización de pacientes en lista de espera se pueden agrupar en tres dimensiones como son:

- La afectación clínica incluyendo aspectos como, la gravedad de la patología, el dolor, la progresión de la enfermedad,
- El beneficio esperado basado en la probabilidad de recuperación y
- La repercusión social, valorada en limitaciones en las actividades de la vida diaria, para trabajar, ir al colegio, estar en incapacidad temporal o presentar un cierto grado de dependencia.

A dichos criterios deberá asignarse un peso y, en su caso, la definición de categorías y valores que en una fase posterior será consensuado con los profesionales. En la literatura existen

diferentes modelos de priorización incluyen distintos criterios. El resultado debe de ser una herramienta de aplicación muy sencilla para que sea operativa y sea ejecutiva. Ello nos permitirá obtener una puntuación para cada uno de los procedimientos en lista de espera a través de la aplicación del método de clasificación que conseguirá una mejora en la gestión de los tiempos de demora.

Los programas de consultas de segunda opinión son necesarias para valorar la indicación de los pacientes incluidos en lista de espera con mayor tiempo de demora ya que esa permanencia ha podido alterar la situación inicial que condicionó la indicación preliminar. Este aspecto junto con la variabilidad de la práctica clínica en la indicación hace que los indicadores de frecuentación por mil habitantes, tanto global como por procedimiento, así como las salidas de lista de espera quirúrgica sin intervención son muy dispares en los centros hospitalarios.

Para una buena gestión de la lista de espera quirúrgica por el hospital y el propio profesional se deben establecer criterios de priorización basados en aspectos de efectividad de los procedimientos, de mayor necesidad y asociación de criterios sociales. La priorización clínica de la intervención quirúrgica permite evaluar las necesidades clínicas de los pacientes usando criterios transparentes y es imprescindible para que puedan ser atendidos en orden de necesidad y decidir la asignación de recursos.

2ª Medida: Utilizar una herramienta común de gestión de la lista de espera quirúrgica

Definición: Establecer una herramienta informática basada en el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica y en el Sistema de Información de Quirófano para la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma común por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: Elaborar la herramienta informática, los procedimientos de funcionamiento y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión que permita la programación, elaboración de los partes quirúrgicos de las sesiones quirúrgicas de los centros y especialidades.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas procedentes de lista de espera quirúrgica por especialidad y procedimiento.
- Porcentaje de partes quirúrgicos elaborados con la aplicación respecto a las sesiones quirúrgicas realizadas.
- Porcentaje de pacientes con fecha de intervención quirúrgica en el registro de lista de espera sobre la población diana mensual seleccionada.

El establecimiento de una herramienta informática común de gestión de la Lista de Espera Quirúrgica que debe permitir que la gestión administrativa sea coordinada por el Servicio de Admisión y la gestión de las prioridades por los Servicios Quirúrgicos tras un análisis consensuado.

Los objetivos a alcanzar fundamentales han de ser los siguientes:

- Que los cirujanos y el servicio de Admisión manejen la misma información.

- La posibilidad de hacer apuntes codificados sobre los registros, que quedan en el histórico.
- Permitir la realización de propuestas de inclusión en lista de espera.
- Permitir propuestas de baja de lista de espera.
- Posibilidad de automatizar alertas calculadas por prioridad, fecha de inclusión, fecha de baja, tiempo de espera estructural y no estructural, tiempos medios y máximos.
- Identificar estados en la lista de espera como por ejemplo: cambios de prioridad, intervención programada, intervención realizada, paciente no incluido en lista de espera, registro demorado, propuesta de baja, etc.
- Posibilidad de realización de propuesta de programación quirúrgica.
- Elaboración del parte quirúrgico de las sesiones quirúrgicas.
- Mantener registros históricos de la situación de la lista de espera con sus anotaciones, así como históricos de la programación quirúrgica y los partes quirúrgicos.
- Capacidad de análisis de las demoras y esperas, estados y causas de las mismas.
- Poder enlazar con la consulta preanestésica informatizada y su resultado sobre el estado del paciente en lista de espera en Apto/No apto.
- Consultar desde cada registro de la Lista de Espera Quirúrgica la historia clínica electrónica del paciente.
- Estambién deseable que esta aplicación extraiga datos del Catálogo Centralizado de Procedimientos Quirúrgicos priorizados, y del CIE-10 para el resto.

3ª Medida: Elaborar un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados

Definición: Elaboración de un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados que incluya aquellos procedimientos más frecuentes y los más graves que facilite la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: Elaborar el catálogo, los procedimientos de funcionamiento y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión. Como información complementaria se debe de especificar si el procedimiento es susceptible de cirugía mayor o menor ambulatoria y el tiempo medio de quirófano, anestesia y cirugía.

Indicador de seguimiento:

- Rendimientos quirúrgicos de los centros clasificados por niveles a los tiempos medios de quirófano, anestesia y cirugía por centro.
- Rendimientos quirúrgicos de las especialidades a los tiempos medios de quirófano, anestesia y cirugía por especialidad.
- Porcentaje de adecuación de los centros clasificados por niveles y especialidades a los tiempos medios de quirófano, anestesia y cirugía por procedimiento.

El establecimiento de un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados que incluya aquellos procedimientos más frecuentes y los más graves, como los oncológicos, para una gestión uniforme de la LEQ⁴⁴ que permite una gestión administrativa coordinada por el

⁴⁴ Lista de Espera Quirúrgica

Servicio de Admisión y la gestión de las prioridades por los Servicios Quirúrgicos tras un análisis consensuado.

Igualmente, permite un seguimiento de las demoras, esperas, su inclusión, programación y salidas de lista de espera de los pacientes con procesos más severos o más frecuentes.

Esta medida favorece la optimización de los recursos disponibles al permitir evaluar los rendimientos quirúrgicos de los centros y especialidades respecto a la duración de los tiempos medios de los procedimientos realizados en las sesiones quirúrgicas programadas. Para ello se debe rellenar correctamente los aplicativos de quirófano y registro en lista de espera quirúrgica.

4ª Medida: Definir los procesos graves que deben contar con protocolos y/o guías clínicas

Definición: Elaborar un catálogo de los procesos más graves estableciendo programas de mejora en su gestión mediante protocolos y/o guías clínicas que faciliten la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: Elaborar el catálogo especificando los procedimientos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de programas de mejora implantados en cada centro y especialidad sobre los definidos en el catálogo común y homogéneo del Servicio Madrileño de Salud.

2ª Acción: Elaborar los protocolos y guías clínicas especificando los niveles de responsabilidad, los tiempos de atención, los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de protocolos y guías clínicas implantadas en cada centro y especialidad sobre los definidos por el Servicio Madrileño de Salud.

La elaboración de un catálogo de los procesos más graves estableciendo programas de mejora en su gestión mediante protocolos y/o guías clínicas facilitan la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

Esta medida se considera fundamental en la gestión de la lista de espera, ya que nos estamos refiriendo a los procesos que generalmente se han clasificados como de prioridad uno como los oncológicos, aquellos que deben ser atendidos con mayor preferencia y en el menor tiempo posible, ya que de esta asistencia temprana en muchos casos depende la evolución del proceso de enfermedad.

5ª Medida: Potenciar la Cirugía Mayor y Menor Ambulatoria

Definición: Elaborar un catálogo de los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser operados mediante cirugía mayor o menor ambulatoria estableciendo programas de mejora en su gestión mediante protocolos que faciliten la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: Elaborar un catálogo con los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser operados mediante cirugía mayor ambulatoria especificando los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de cirugía mayor ambulatoria del centro y especialidad sobre el total de cirugía programada realizada por el centro o especialidad.
- Porcentaje de procedimientos realizados mediante cirugía mayor ambulatoria sobre el total de procedimientos susceptibles de ser intervenidos por cirugía mayor ambulatoria.
- Porcentaje de incremento de procedimientos programados mediante cirugía mayor ambulatoria sobre el periodo evaluado: mes, año anterior.
- Porcentaje de incremento de actividad de Hospital de día quirúrgico sobre el periodo evaluado: mes, año anterior.

2ª Acción: Elaborar un catálogo con los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser operados mediante cirugía menor ambulatoria especificando los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de cirugía menor ambulatoria del centro y especialidad sobre el total de cirugía programada realizada por el centro o especialidad.
- Porcentaje de procedimientos realizados mediante cirugía menor ambulatoria sobre el total de procedimientos susceptibles de ser intervenidos por cirugía menor ambulatoria.
- Porcentaje de incremento de procedimientos programados mediante cirugía mayor ambulatoria sobre el periodo evaluado: mes, año anterior.
- Porcentaje de incremento de actividad de Procedimientos quirúrgicos realizados fuera de quirófano sobre el periodo evaluado: mes, año anterior.

Esta medida y sus acciones correspondientes van encaminadas a mejorar la asistencia sanitaria con los medios más adecuados posibles, la atención de los pacientes manteniéndoles lo antes posible en su entorno y optimización de los recursos convencionales utilizando alternativas a la hospitalización y el quirófano. Estos recursos como ya ha sido explicado

anteriormente son de los más costosos del sistema sanitario y deben ser empleados en aquellos pacientes y procedimientos que estén indicados y deben ser evitados cuando puedan ser sustituidos por sus alternativas.

El objetivo final es atender a los pacientes en el nivel de asistencia adecuada y con los recursos necesarios lo que implica ir asignando recursos convencionales a las modalidades de asistencia alternativas a las tradicionales.

6ª Medida: Protocolización de los preoperatorios

Definición: Elaborar protocolos de los estudios preoperatorios a realizar en los procedimientos quirúrgicos estableciendo programas de mejora en su gestión para facilitar la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: Elaborar un protocolo donde consten los procedimientos quirúrgicos en los que es necesario realizar el estudio preoperatorio especificando las pruebas a realizar en función del paciente, proceso y procedimiento quirúrgico, las pautas de antiagregación y anticoagulación, la normalización de los criterios ASA del riesgo que la anestesia representa para los distintos estados del paciente, momento del ingreso en hospitalización convencional u hospital de día, los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de implantación del protocolo establecido en los pacientes intervenidos de forma programada tanto con hospitalización como ambulante.
- Porcentaje de pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica con consentimiento informado específico sobre el total de entradas en el registro de lista de espera.

Dentro de la variabilidad en la práctica clínica es la realización de estudios preoperatorios uno de los aspectos a tener en cuenta. Al analizar la situación con la que los pacientes son incluidos en el registro de lista de espera quirúrgica observamos una gran disparidad de criterios para los mismos procesos y procedimientos quirúrgicos en los diferentes hospitales y especialidades. Así por ejemplo la cantidad de pruebas a realizar, el ingreso previo en el centro, las pautas de antiagregación o anticoagulación, la clasificación ASA⁴⁵, los procedimientos administrativos, etc. que no tienen justificación clínica basada en la evidencia, simplemente son modos de actuar que se han venido realizando habitualmente y que no han sido revidados en cierto tiempo.

⁴⁵ American Society of Anesthesiologists

Línea Estratégica	Descripción	
2ª Línea estratégica	Uso eficiente de los recursos sanitarios públicos	
	1ª Medida	Análisis y estudio de las suspensiones quirúrgicas
		<p><u>Definición:</u> Estudiar de forma centralizada e individualizada de todas las suspensiones de intervenciones quirúrgicas realizadas en los centros y especialidades y plantear procesos de mejorar con el objetivo de minimizar aquellos motivos de mayor incidencia de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán el registro de suspensiones de intervenciones quirúrgicas sin sustitución de los centros así como las anulaciones quirúrgicas de la programación con sustitución.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje global de suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas en cada centro, especialidad y procedimiento sobre el total de intervenciones quirúrgicas programadas en el centro, especialidad y procedimiento. Este indicador debe ser analizado tanto en las intervenciones programadas con hospitalización como ambulantes. • Porcentaje por motivos de suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas en cada centro, especialidad y procedimiento sobre el total de intervenciones quirúrgicas programadas en el centro, especialidad y procedimiento. Este indicador debe al menos analizar los siguientes motivos de suspensión: Paciente no acude, Inadecuada preparación del paciente, Enfermedad intercurrente, Ausencia de personal, Ausencia de material y/o instrumental y Falta de tiempo quirúrgico.
	2ª Medida	Aplicar la ampliación de jornada en actividad quirúrgica efectiva
		<p><u>Definición:</u> Estudiar en cada centro y especialidad la optimización de la jornada laboral de los equipos quirúrgicos, en concreto cómo se aplica la ampliación de la jornada a 37,5 horas semanales y los programas de actividad sustitutoria compensatoria de la no realización de guardias en personal mayor de 55 años de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán el cumplimiento de la jornada contratada realizada.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado de cumplimiento de la jornada ordinaria realizada por especialidad y centro respecto a la contratada certificada por las direcciones de los centros hospitalarios. <p><u>2ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán el cumplimiento de los módulos de actividad sustitutoria compensatoria de la no realización de guardias en personal mayor de 55 años, así como la actividad reglamentada.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado de cumplimiento de la jornada extraordinaria con programas de actividad sustitutoria compensatoria de la no realización de guardias en personal mayor de 55 años respecto a la programada.
	3ª Medida	Optimización del equipamiento e infraestructuras quirúrgicas
		<p><u>Definición:</u> Estudiar en cada centro y especialidad la optimización del equipamiento e infraestructuras quirúrgicas de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán las necesidades reales de quirófanos funcionantes en función de las necesidades concretas y específicas de cada centro y especialidad. Se tendrán en cuenta los criterios de recursos necesarios para el funcionamiento de los quirófanos según los requerimientos específicos de las especialidades y procedimientos quirúrgicos.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación entre las necesidades de programación de sesiones quirúrgicas y las sesiones quirúrgicas disponibles en función de los quirófanos funcionantes. • Relación entre las necesidades de programación de camas de hospitalización convencional y de cuidados críticos y reanimación postquirúrgica y las camas disponibles en función de los quirófanos funcionantes • Relación entre las necesidades de programación de puestos de hospital de día y los puestos disponibles en función de la actividad quirúrgica programada.

Línea Estratégica	Descripción	
2ª Línea estratégica	Uso eficiente de los recursos sanitarios públicos	
	4ª Medida	Optimización de los quirófanos instalados
		<p><u>Definición:</u> Estudiar en cada centro y especialidad la optimización de los quirófanos instalados de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán los rendimientos de los quirófanos instalados en función de las necesidades concretas y específicas de cada centro y especialidad.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendimientos de tiempo de quirófano por centro, especialidad y procedimiento. • Rendimientos de tiempo de anestesia por centro, especialidad y procedimiento. • Rendimientos de tiempo de cirugía por centro, especialidad y procedimiento. • Número de procedimientos quirúrgicos programados por quirófano funcionando y día hábil por nivel de hospital y especialidad. • Los índices entradas/salidas de lista de espera quirúrgica por centro, especialidad y procedimiento. • Rendimiento del quirófano en función del tiempo ocupado sobre el tiempo asignado y el tiempo disponible.
	5ª Medida	Optimización de la hospitalización quirúrgica
		<p><u>Definición:</u> Estudiar en cada centro y especialidad la optimización de la hospitalización quirúrgica instalada de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Se analizarán con carácter periódico las necesidades de hospitalización convencional y especial y sus rendimientos en función de las necesidades concretas y específicas de cada centro y especialidad en todos los hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estancia media preoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización procedentes de lista de espera quirúrgicas por centro, especialidad y procedimiento. • Estancia media preoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización no procedentes de lista de espera quirúrgicas por centro, especialidad y procedimiento. • Estancia media preoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización procedentes de urgencia diferida por centro, especialidad y procedimiento. • Estancia media postoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización por centro, especialidad y procedimiento.
	6ª Medida	Participación de Atención Primaria en la cirugía menor
		<p><u>Definición:</u> Impulsar a nivel de la Atención Primaria de forma homogénea en todos los equipos de las distintas zonas básicas de salud de la Comunidad de Madrid la realización de cirugía menor en los Centros de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe identificar los procedimientos susceptibles de cirugía menor realizables en las instalaciones de los centros de salud de Atención Primaria. Para el despliegue de esta acción se debe de capacitar a los equipos en habilidades quirúrgicas, dotar a los centros de instalaciones y equipamiento y definir objetivos mínimos de actividad en función de la población asignada.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía menor realizadas en equipos de Atención Primaria por mil TSI asignadas. • Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía menor derivadas por los equipos de Atención Primaria a Atención Hospitalaria por mil TSI asignadas. <p><u>2ª Acción:</u> En el caso de los equipos de salud bucodental de Atención Primaria se debe identificar los procedimientos susceptibles de cirugía menor realizables en las instalaciones de los centros de salud de Atención Primaria. Para el despliegue de esta acción se debe de capacitar a los equipos en habilidades quirúrgicas específicas, dotar a los centros del equipamiento necesario y definir objetivos mínimos de actividad en función de la población asignada.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía oral realizadas en equipos de Salud Bucodental de Atención Primaria por mil TSI asignadas. • Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía oral derivadas por los equipos de Salud Bucodental de Atención Primaria a Atención Hospitalaria por mil TSI asignadas.

Línea Estratégica	Descripción	
2ª Línea estratégica	Uso eficiente de los recursos sanitarios públicos	
	7ª Medida	Implantar sistemas de retribución variable en función de cumplimiento de objetivos
		<p><u>Definición:</u> Implantar sistemas de retribución variable en función del cumplimiento de objetivos de lista de espera de forma homogénea en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe implantar un nuevo modelo de Contrato de Gestión basado en las líneas estratégicas de la Comunidad de Madrid en el que la perspectiva de los ciudadanos valore de forma exclusiva la accesibilidad a la asistencia.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de pacientes con demora superior a los 180 días para intervención quirúrgica en lista de espera estructural en seguimiento mensual. • Número de pacientes con demora superior a los 360 días para intervención quirúrgica en lista de espera no estructural en seguimiento mensual. • Relación entre la espera media de los pacientes intervenidos y la demora media de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.
	8ª Medida	Implantar Pactos de Gestión normalizados en todos los centros
		<p><u>Definición:</u> Implantar Pactos de Gestión normalizados en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud como compromiso de la mejora de la Lista de Espera Quirúrgica ampliando para ello de forma programada la actividad en jornada de tarde en días laborables.</p> <p><u>1ª Acción:</u> En el Servicio Madrileño de Salud implantarán Pactos de Gestión en todos los centros y especialidades que sea necesario para la mejora de la lista de espera ampliando la actividad programada en jornada de tarde en días laborables e internalizando gradualmente la actividad asistencial externalizada a través de conciertos a centros privados.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de los indicadores de lista de espera quirúrgica en las especialidades y centros con Pactos de Gestión para la realización de Lista de Espera propia. • Mejora de los indicadores de lista de espera quirúrgica en las especialidades y centros con Pactos de Gestión para la realización de Lista de Espera ajena.

Es objetivo estratégico del plan es mejorar el rendimiento de nuestro sistema sanitario, optimizando los recursos asistenciales propios. Para ello, es preciso asegurar la máxima eficiencia de los recursos asistenciales disponibles en jornada ordinaria, y sólo en los casos necesarios para complementar el uso eficiente del sistema sanitario, extender la actividad en jornada extraordinaria. En términos de eficiencia, es necesario replantearse algunas circunstancias que condicionan una ineficiencia de los sistemas públicos.

El SERMAS⁴⁶, mantiene unas excelentes infraestructuras en materia hospitalaria: dotación de quirófanos, medios tecnológicos, número de profesionales, etc. Sin embargo, estos recursos pueden ser optimizados en cuanto a sus rendimientos. Es evidente que la utilización durante más horas de los recursos existentes generaría un importante incremento de la eficacia, efectividad y eficiencia del sistema. Es por ello que proponemos la flexibilización del horario laboral y de la jornada de trabajo, en primer lugar de forma voluntaria, y vinculado a una incentivación mediante productividad variable en aquellos casos en que las necesidades asistenciales así lo justifiquen.

⁴⁶ Servicio Madrileño de Salud

Podemos hacer una distinción, clara en lo que se refiere al incremento de recursos, entre aquellos estructurales de carácter permanente como la ampliación de recursos humanos para ampliar la oferta de especialidades o incrementar el uso de quirófanos, consultas, pruebas, etc. y los de carácter coyuntural o puntual, con la intención de reducir las listas de espera en determinados momentos.

Los efectos de este tipo de medidas sobre la dinámica de las listas de espera varían en función del tipo de que se trate, aunque, en general, no arrojan resultados positivos. En todo caso, cuando se trata de aumento de recursos estructurales, suelen provocar e ir acompañados de un aumento de la demanda, lo que genera habitualmente un aumento en el número de pacientes en espera. Como ya se ha expuesto anteriormente, estas actuaciones provocan algún efecto en el acortamiento o al menos en la estabilización del tiempo medio de espera de forma puntual y ajustada en el tiempo. Estos hechos se reafirman en diferentes estudios⁴⁷ en los que se describe que, cuando se trata de fondos de carácter coyuntural, la experiencia, allí donde se han utilizado, demuestra que tienen un efecto inmediato en el acortamiento del número y tiempo medio de espera a corto plazo, pero que estos efectos desaparecen en cuanto dejan de usarse generalmente con un efecto de aumento reactivo en ambos parámetros.

Podemos afirmar, por tanto, que el aumento de la oferta no es siempre la solución a las demoras y en algunos casos puede traducirse en un aumento de la demanda, siendo necesario un análisis riguroso de los factores que determinan los tiempos de espera en cada caso. Se ha observado también que este tipo de medidas generalmente llevan aparejadas reducciones en el umbral de necesidad a partir del cual se indica o prescribe un tratamiento, prueba o intervención. Esta disminución puede verse agudizada si, además, los profesionales tienen incentivos económicos ligados al incremento de la demanda como por ejemplo el pago por actividad sin ningún otro requisito de productividad o rendimiento.

Igualmente, señalar el efecto pernicioso que produce la inyección de este tipo de recursos sobre la gestión de los propios centros hospitalarios cuando no se tienen en cuenta criterios de rendimiento de los mismos, pues se destinan fondos a los hospitales con grandes listas de espera, incentivando de forma anómala su mantenimiento. Al mismo tiempo que se consigue desincentivar a aquellos centros en los que las listas de espera son menores como consecuencia de una buena gestión. Esta situación ocurre de forma similar a nivel de servicio y especialidad, generándose tensiones dentro de los profesionales que ven con profundo malestar cómo aquellas especialidades de mayores demoras reciben retribuciones adicionales independientemente de sus recursos, rendimientos y gestión.

Una mayor eficiencia en la utilización de los recursos físicos disponibles puede mejorar significativamente la actividad asistencial. Una mejor gestión de camas, quirófanos, locales, equipamiento tecnológico, etc., tratando de minimizar los tiempos muertos y maximizar los rendimientos apropiados, puede mejorar significativamente las listas de espera. La utilización eficiente de las tecnologías de diagnóstico puede permitir una reducción importante de tiempos

⁴⁷ Hanning y Lundstrom (1998). Assessment of the Maximum Waiting Time Guarantee for Cataract Surgery: The Case of a Swedish Policy. *Int J Technology Assess Health Care* 14(1);180-193

de demora. La aplicación de tecnologías de la información permite el aprovechamiento de los recursos tecnológicos y su disponibilidad espacial y temporal. La introducción de modelos como la reingeniería de procesos en el manejo de la lista de espera ha demostrado su eficacia en la detección de puntos críticos y cuellos de botella en las patologías con tiempos de demora, permitiendo, por tanto, reorientar las actuaciones.

Algunas medidas han sido ya implantadas durante los años anteriores y es preciso potenciarlas y extenderlas en la red pública, tales como:

- Flexibilidad operativa de la asignación de sesiones quirúrgicas en función de las necesidades asistenciales. No existen reglas fijas en cuanto a la asignación de quirófanos y se varía el número de sesiones en función de la situación de la lista de espera y la programación de intervenciones no procedentes de lista de espera o urgentes diferidas.
- Redistribución de los recursos potenciales a recursos necesarios, reevaluando la cobertura asistencial de las guardias y valorar su adaptación a las necesidades del sistema.
- Incorporación de algunas especialidades a la cartera de servicios del área quirúrgica potenciando la capacitación quirúrgica de algunas especialidades y categorías como la cirugía menor y la odontología de Atención Primaria potenciando su capacidad de resolución.
- Incremento del número de procesos por sesión quirúrgica en especialidades con potencial de mejora del rendimiento quirúrgico: disminución de los tiempos muertos mediante el rediseño de procesos y la eliminación de procedimientos y protocolos que no aportan valor añadido al proceso.
- Análisis en el recurso quirófano de las reservas latente, legítima, ilegítima, manifiesta y total en relación con la carga asistencial del centro y especialidad.
- Redistribución de los procesos asistenciales quirúrgicos más sencillos en intervenciones locales como procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano que cumpliendo los requisitos legales de seguridad y calidad asistencial consuman menor número de recursos, realizando dichos procedimientos quirúrgicos en quirófanos con menor necesidad de personal y de medios técnicos que los procedimientos de cirugía mayor.
- Potenciar procedimientos de cirugía mínimamente invasiva que sean susceptibles de ser realizados en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Implantación de la prolongación de la jornada quirúrgica mediante el programa de optimización del rendimiento quirúrgico.
- Creación en todos los hospitales de la figura del Coordinador de Quirófano y de las Comisiones de quirófanos y de programación quirúrgica así como la puesta en marcha efectiva de los Comités técnicos de Lista de Espera Quirúrgica, siendo el objetivo la evaluación continua de la situación para poner en marcha actuaciones de mejora y optimización.

Dentro de esta línea podemos establecer las siguientes medidas o acciones y sus indicadores de seguimiento correspondientes:

1ª Medida: Análisis y estudio de las suspensiones quirúrgicas

Definición: Estudiar de forma centralizada e individualizada de todas las suspensiones de intervenciones quirúrgicas realizadas en los centros y especialidades y plantear procesos de mejorar con el objetivo de minimizar aquellos motivos de mayor incidencia de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán el registro de suspensiones de intervenciones quirúrgicas sin sustitución de los centros así como las anulaciones quirúrgicas de la programación con sustitución.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje global de suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas en cada centro, especialidad y procedimiento sobre el total de intervenciones quirúrgicas programadas en el centro, especialidad y procedimiento. Este indicador debe ser analizado tanto en las intervenciones programadas con hospitalización como ambulantes.
- Porcentaje por motivos de suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas en cada centro, especialidad y procedimiento sobre el total de intervenciones quirúrgicas programadas en el centro, especialidad y procedimiento. Este indicador debe al menos analizar los siguientes motivos de suspensión: Paciente no acude, Inadecuada preparación del paciente, Enfermedad intercurrente, Ausencia de personal, Ausencia de material y/o instrumental y Falta de tiempo quirúrgico.

En la utilización eficiente de los recursos es importante el rendimiento de los recursos y equipamientos y respecto al quirófano el análisis de las suspensiones de las intervenciones quirúrgicas programadas sin sustitución generan una disminución del rendimiento del quirófano y una pérdida de oportunidad de que otros pacientes puedan ser operados en los tiempos muertos y no ocupados del quirófano. Anualmente este hecho afecta a más de 16.500 pacientes lo que supone un 5% de todas las intervenciones quirúrgicas programadas.

El Servicio Madrileño de Salud y por tanto todos los hospitales públicos disponen de un aplicativo informático donde se registran los tiempos de quirófano, anestesia y cirugía de los pacientes operados en quirófano, así como un registro normalizado donde se incluyen todas aquellas intervenciones programadas anuladas y sustituidas así como las suspendidas y no sustituidas referenciadas a una tabla normalizada de motivos.

Entre dichos motivos los más frecuentes son el que el paciente no acude a la intervención programada, el paciente presenta una enfermedad intercurrente, la ausencia de tiempo quirúrgico, la inadecuada preparación del paciente, el rechazo de la intervención por parte del paciente y la mejoría y/o desaparición de la patología origen de la intervención. En menor medida se encuentran motivos como la sustitución por intervención quirúrgica urgente, la

ausencia de recursos humanos, la ausencia de material y/o instrumental, la falta de camas de críticos y/o reanimación, averías técnicas, etc.

Los motivos de suspensión deben estar documentados por los responsables de las mismas y justificados clínica o administrativamente. Los servicios quirúrgicos y el servicio de admisión deben en todo momento evitar que el quirófano quede sin utilizar o que su rendimiento sea inferior al esperado por la suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas no sustituidas. Es necesario al realizar las planificaciones quirúrgicas disponer de pacientes que puedan suplir las suspensiones no esperables.

2ª Medida: Aplicar la ampliación de jornada en actividad quirúrgica efectiva

Definición: Estudiar en cada centro y especialidad la optimización de la jornada laboral de los equipos quirúrgicos, en concreto cómo se aplica la ampliación de la jornada a 37,5 horas semanales y los programas de actividad sustitutoria compensatoria de la no realización de guardias en personal mayor de 55 años de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán el cumplimiento de la jornada contratada realizada.

Indicador de seguimiento:

- Grado de cumplimiento de la jornada ordinaria realizada por especialidad y centro respecto a la contratada certificada por las direcciones de los centros hospitalarios.

2ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán el cumplimiento de los módulos de actividad sustitutoria compensatoria de la no realización de guardias en personal mayor de 55 años, así como la actividad reglamentada.

Indicador de seguimiento:

- Grado de cumplimiento de la jornada extraordinaria con programas de actividad sustitutoria compensatoria de la no realización de guardias en personal mayor de 55 años respecto a la programada.

La medida incluye la optimización de la jornada laboral de los equipos quirúrgicos. El objetivo es la adaptación de la ampliación de la jornada del personal a la realización efectiva de actividad quirúrgica programada dentro de la jornada laboral ordinaria en turno de tarde evitando que se realicen programas especiales de actividad extraordinaria cuando no se esté cumpliendo con dicho requisito. Las direcciones de los centros a la hora de la certificación de la jornada ordinaria efectiva deberán tener en cuenta que la libranza de la guardia debe realizarse al día siguiente de la realización de la misma y que no computa como jornada ordinaria como marca la normativa en vigor.

Como criterios generales de imputación del incremento de jornada se pueden utilizar:

- Para el personal susceptible de realizar actividad quirúrgica extraordinaria, el incremento se imputará en módulos de 5 horas de actividad extraordinaria en distinto horario al que se esté adscrito, para lo que se diseñarán los correspondientes programas especiales que maximicen los rendimientos quirúrgicos y permitan los descansos reglamentarios de los profesionales.
- En el caso del personal facultativo mayor de 55 años con exención de guardias y módulos de actividad adicional autorizada el incremento se imputará a los módulos de 4 horas que se realicen como módulos de atención continuada de tarde con actividad quirúrgica específica programada a tal fin.
- En ciertos casos el incremento de jornada se podrá imputar a la prolongación de la jornada siempre que esté programada y autorizada.
- En caso de insuficiencia o inaplicabilidad de lo previsto, se podrá dar a elegir a los profesionales entre mantener el aumento de su jornada, reduciendo proporcionalmente tiempo de la atención continuada de las guardias si las realizan, o la solicitud voluntaria de la reducción de la jornada ordinaria reglamentaria en la misma cuantía a la no realizada.

3ª Medida: Optimización del equipamiento e infraestructuras quirúrgicas

Definición: Estudiar en cada centro y especialidad la optimización del equipamiento e infraestructuras quirúrgicas de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán las necesidades reales de quirófanos funcionantes en función de las necesidades concretas y específicas de cada centro y especialidad. Se tendrán en cuenta los criterios de recursos necesarios para el funcionamiento de los quirófanos según los requerimientos específicos de las especialidades y procedimientos quirúrgicos.

Indicador de seguimiento:

- Relación entre las necesidades de programación de sesiones quirúrgicas y las sesiones quirúrgicas disponibles en función de los quirófanos funcionantes.
- Relación entre las necesidades de programación de camas de hospitalización convencional y de cuidados críticos y reanimación postquirúrgica y las camas disponibles en función de los quirófanos funcionantes
- Relación entre las necesidades de programación de puestos de hospital de día y los puestos disponibles en función de la actividad quirúrgica programada.

En el despliegue de esta medida se tendrá en cuenta las necesidades quirúrgicas específicas en función de los procesos existentes en la lista de espera, la población diana sobre la que actuar y su distribución según los procedimientos a realizar precisen hospitalización, sean ambulatorizables o estén considerados como cirugía menor.

Igualmente, además de considerarse las necesidades de quirófanos funcionantes, se deben tener en cuenta los recursos humanos y materiales necesarios para su actividad en función de la especialidad y procedimientos quirúrgicos a realizar, haciendo una previsión con antelación de los recursos no disponibles y lograr un funcionamiento óptimo de las instalaciones.

4ª Medida: Optimización de los quirófanos instalados

Definición: Estudiar en cada centro y especialidad la optimización de los quirófanos instalados de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud y los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de forma periódica analizarán los rendimientos de los quirófanos instalados en función de las necesidades concretas y específicas de cada centro y especialidad.

Indicador de seguimiento:

- Rendimientos de tiempo de quirófano por centro, especialidad y procedimiento.
- Rendimientos de tiempo de anestesia por centro, especialidad y procedimiento.
- Rendimientos de tiempo de cirugía por centro, especialidad y procedimiento.
- Número de procedimientos quirúrgicos programados por quirófano funcionante y día hábil por nivel de hospital y especialidad.
- Los índices entradas/salidas de lista de espera quirúrgica por centro, especialidad y procedimiento.
- Rendimiento del quirófano en función del tiempo ocupado sobre el tiempo asignado y el tiempo disponible.

La mejora de la gestión de los recursos físicos disponibles es imprescindible para mejorar la eficiencia y actividad asistencial de los centros y su repercusión sobre las listas de espera. Es necesaria la adecuación y optimización de recursos de los hospitales públicos según la demanda previsible y la existente, tales como las camas, quirófanos, locales de consulta y medios diagnósticos tratando de evitar tiempos de infrutilización de los mismos.

Los recursos existentes en los centros hospitalarios deben estar a disposición las necesidades de actividad asistencial con el objetivo de que las listas de espera presenten unos indicadores de seguimiento óptimos en cuanto a su número y demoras. Por ello debemos evaluar periódicamente los rendimientos quirúrgicos, el balance entre entradas y salidas y los procedimientos que se realizan en cada sesión quirúrgica programada de cada especialidad.

5ª Medida: Optimización de la hospitalización quirúrgica

Definición: Estudiar en cada centro y especialidad la optimización de la hospitalización quirúrgica instalada de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: Se analizarán con carácter periódico las necesidades de hospitalización convencional y especial y sus rendimientos en función de las necesidades concretas y específicas de cada centro y especialidad en todos los hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud.

Indicador de seguimiento:

- Estancia media preoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización procedentes de lista de espera quirúrgicas por centro, especialidad y procedimiento.
- Estancia media preoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización no procedentes de lista de espera quirúrgicas por centro, especialidad y procedimiento.
- Estancia media preoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización procedentes de urgencia diferida por centro, especialidad y procedimiento.
- Estancia media postoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización por centro, especialidad y procedimiento.

En realidad esta medida de optimización de recursos de hospitalización es otro aspecto de la variabilidad de la práctica clínica. El normal funcionamiento de los centros y especialidades con los mismos procesos quirúrgicos condiciona un consumo diferente de recursos. Esto es de mayor importancia cuando se refiere a la hospitalización especial de camas de cuidados críticos y de reanimación postquirúrgica ya que son los recursos de mayor coste junto con el quirófano, precisan de personal las 24 horas del día los 365 días del año siempre que estén funcionando independientemente de su ocupación.

Además al analizar mediante estudios de adecuación de ingresos programados y estancias evitables se observa una gran variabilidad por centro, servicio y/o especialidad y procedimiento. Un factor importante en esta variabilidad en algunas especialidades está condicionada por la urgencia diferida. La no intervención de urgencia ciertos procedimientos condiciona la posterior evolución clínica y el consumo de recursos, como ocurre con las fracturas cerradas de cadera y la patología biliar.

En las tres medidas referentes a la optimización del equipamiento e infraestructuras quirúrgicas, de los quirófanos instalados y de la hospitalización quirúrgica nos referimos fundamentalmente al aumento de productividad y rendimiento de los recursos sin implicar necesariamente un incremento adicional de la financiación.

Una mayor eficiencia en la utilización de los recursos físicos disponibles mejora de una forma significativa la actividad asistencial. Una mejor gestión de camas, locales de consulta, quirófanos, equipamiento tecnológico, etc., tratando de minimizar los tiempos muertos y consiguiendo unos rendimientos adecuados, mejora las listas de espera quirúrgicas de forma específica. La utilización eficiente de las tecnologías de diagnóstico puede permitir una reducción importante de tiempos de demora. La aplicación de tecnologías de la información permite el aprovechamiento de los recursos tecnológicos y su disponibilidad en el tiempo y en el espacio.

La introducción de modelos como la reingeniería de procesos en el manejo de las listas de espera ha demostrado su eficacia en la detección de puntos críticos y cuellos de botella en las patologías con tiempos de demora, permitiendo, por tanto, reorientar las actuaciones.

6ª Medida: Participación de Atención Primaria en la cirugía menor

Definición: Impulsar a nivel de la Atención Primaria de forma homogénea en todos los equipos de las distintas zonas básicas de salud de la CAM⁴⁸ la realización de cirugía menor en los Centros de Salud.

1ª Acción: El SERMAS⁴⁹ debe identificar los procedimientos susceptibles de cirugía menor realizables en las instalaciones de los centros de salud de Atención Primaria. Para el despliegue de esta acción se debe de capacitar a los equipos en habilidades quirúrgicas, dotar a los centros de instalaciones y equipamiento y definir objetivos mínimos de actividad en función de la población asignada.

Indicador de seguimiento:

- Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía menor realizadas en equipos de Atención Primaria por mil TSI asignadas.
- Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía menor derivadas por los equipos de Atención Primaria a Atención Hospitalaria por mil TSI asignadas.

2ª Acción: En el caso de los equipos de salud bucodental de Atención Primaria se debe identificar los procedimientos susceptibles de cirugía menor realizables en las instalaciones de los centros de salud de Atención Primaria. Para el despliegue de esta acción se debe de capacitar a los equipos en habilidades quirúrgicas específicas, dotar a los centros del equipamiento necesario y definir objetivos mínimos de actividad en función de la población asignada.

Indicador de seguimiento:

- Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía oral realizadas en equipos de Salud Bucodental de Atención Primaria por mil TSI asignadas.
- Número de intervenciones quirúrgicas de cirugía oral derivadas por los equipos de Salud Bucodental de Atención Primaria a Atención Hospitalaria por mil TSI asignadas.

⁴⁸ Comunidad de Madrid

⁴⁹ Servicio Madrileño de Salud

Uno de los aspectos de esta medida viene a plantear que los procedimientos y la actividad que pueda realizarse en un nivel asistencial no tenga que realizarse en otro de mayor complejidad y con el consiguiente mayor consumo de recursos. Ello además produce un refuerzo en los objetivos de los equipos del primer nivel mejorando la resolución de los problemas y situaciones de salud donde se diagnostican y se valora muy positivamente a los profesionales que lo realizan por parte de los ciudadanos.

La mejora de la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, la potenciación de la Cirugía Mayor y menor Ambulatoria, la mejora de la capacidad resolutive de Atención Primaria y el incremento de la provisión de servicios en domicilio actúa muy positivamente en las listas de espera y supone una optimización de los recursos disponibles.

Esta estrategia de coordinación y colaboración entre los diferentes niveles asistenciales en la prestación de los cuidados de salud tiene singulares ventajas desde una perspectiva de trabajo conjunto sobre las listas de espera con un enfoque de complementariedad en las actuaciones. Sin embargo, a pesar de los intentos de coordinación entre niveles que se han realizado, desde la época del INSALUD⁵⁰ estableciendo comisiones paritarias, comisiones de coordinación, objetivos de coordinación en los contratos de gestión anuales, protocolos comunes, etc., hasta los diferentes intentos de las comunidades autónomas, podemos afirmar que, en general, el grado de coordinación conseguido se muestra escaso. En este resultado ha tenido un papel relevante la no incorporación del lenguaje clínico y la inexistencia de factores clave como el reconocimiento interprofesional o el desarrollo de protocolos conjuntos. Han dominado sobre el escenario los elementos administrativos y de gestión que no han sido reconocidos como herramientas válidas al no estar soportados sobre el conocimiento clínico.

Esto solo sería posible con un cambio profundo en la metodología de trabajo, con la incorporación de una verdadera capacidad resolutive en Atención Primaria, donde se realice el seguimiento de la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas, la realización de consultas de alta resolución y la aplicación sistemática de protocolos consensuados que favorezcan la coordinación asistencial, el aumento de la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

En el caso de las listas de espera, los profesionales de Atención Primaria pueden proporcionar una información clara y explícita para el paciente sobre el recorrido a seguir en su proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Igualmente pueden producir una disminución de la presión sobre los hospitales, con un mejor aprovechamiento de los recursos hospitalarios. Como es conocido por todos existe una relación clara y directa entre el número de personas atendidas en las consultas y el número de inclusiones en lista de espera quirúrgica, derivaciones a consultas hospitalarias y solicitud de pruebas diagnósticas ya que la dinámica general que se desencadena provoca la realización de múltiples consultas y pruebas sucesivas.

⁵⁰ Instituto Nacional de Salud

7ª Medida: Implantar sistemas de retribución variable en función de cumplimiento de objetivos

Definición: Implantar sistemas de retribución variable en función del cumplimiento de objetivos de lista de espera de forma homogénea en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe implantar un nuevo modelo de Contrato de Gestión basado en las líneas estratégicas de la Comunidad de Madrid en el que la perspectiva de los ciudadanos valore de forma exclusiva la accesibilidad a la asistencia.

Indicador de seguimiento:

- Número de pacientes con demora superior a los 180 días para intervención quirúrgica en lista de espera estructural en seguimiento mensual.
- Número de pacientes con demora superior a los 360 días para intervención quirúrgica en lista de espera no estructural en seguimiento mensual.
- Relación entre la espera media de los pacientes intervenidos y la demora media de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.

El Contrato de Gestión contribuye a trasladar a la realización operativa en los centros de las estrategias que se han priorizado para el ejercicio en curso, en línea con el planteamiento estratégico general del Servicio Madrileño de Salud a más largo plazo.

Debe además ayudar a alinear a toda la organización, profesionales, niveles asistenciales y estructuras, en la consecución de los objetivos de cada acción y estrategia, ofreciendo un marco en el que sea posible aportar mediante la negociación y compromiso la parte correspondiente a cada ámbito de trabajo. Para ello se cuenta con un documento concebido como instrumento de trabajo que permite:

- Una vinculación de los objetivos entre los diferentes niveles de prestación asistencial.
- Plantear una meta para cada objetivo, con un indicador medible con una periodicidad relacionada con las agendas de seguimiento y con la posibilidad, por tanto, de intervención ante desviaciones.
- El seguimiento de las actividades o productos intermedios que impulsan la consecución de los objetivos, productos clave o productos finales, lo que se conocen como indicadores de rendimiento.
- Vincular objetivos con un sistema de incentivación.

En la mayoría de los sistemas públicos de salud, los médicos son asalariados, lo que se considera que tiene repercusiones en su productividad. Este sistema salarial cerrado se considera como desincentivador, puesto que remunera en la misma cuantía al profesional independientemente de su esfuerzo y/o grado de compromiso con los objetivos del servicio/hospital. Esta situación se intenta corregir con la introducción de medidas de incentivación dentro del acuerdo anual de objetivos según el grado de cumplimiento de los mismos. Su repercusión sobre las listas de espera puede ser positiva al introducir los tiempos de demora entre los objetivos de los profesionales y los servicios.

8ª Medida: Implantar Pactos de Gestión normalizados en todos los centros

Definición: Implantar Pactos de Gestión normalizados en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud como compromiso de la mejora de la Lista de Espera Quirúrgica ampliando para ello de forma programada la actividad en jornada de tarde en días laborables.

1ª Acción: En el Servicio Madrileño de Salud implantarán Pactos de Gestión en todos los centros y especialidades que sea necesario para la mejora de la lista de espera ampliando la actividad programada en jornada de tarde en días laborables e internalizando gradualmente la actividad asistencial externalizada a través de conciertos a centros privados.

Indicador de seguimiento:

- Mejora de los indicadores de lista de espera quirúrgica en las especialidades y centros con Pactos de Gestión para la realización de Lista de Espera propia.
- Mejora de los indicadores de lista de espera quirúrgica en las especialidades y centros con Pactos de Gestión para la realización de Lista de Espera ajena.

Al analizar la información disponible sobre recursos disponibles, actividad realizada y lista de espera se observa que ciertos centros tienen lista de espera estructural y/o no estructural y con la actividad planificada no podrían alcanzar los objetivos marcados; otros sí pueden alcanzar los objetivos con la actividad que actualmente están desarrollando pero sólo pueden atender a su propia lista de espera; mientras que algunos además de absorber su propia lista tienen posibilidad de actuar como centros de apoyo para los demás hospitales al tener mayor capacidad quirúrgica. Por ello en el primer y tercer grupo se plantean Pactos de Gestión por especialidad y centro ya sea para internalizar la asistencia o para externalizarla a un centro público con buena gestión y recursos suficientes.

Los Pactos de Gestión a diferencia de los sistemas de auto-concertación o peonadas son un instrumento de negociación y compromiso entre la Dirección y los Servicios que pretenden desarrollar la Gestión Clínica en las unidades asistenciales basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

En dichos Pactos se marcan los objetivos de actividad, los recursos económicos y presupuestarios asignados al servicio/unidad en el Pacto de Gestión y que constituyen el marco y el límite en que debe desarrollarse el conjunto de la actividad asistencial que se genere como consecuencia del mismo. Se define que la financiación unitaria de los procedimientos quirúrgicos supone la responsabilidad asistencial desde el momento de la intervención quirúrgica hasta el alta clínica del paciente, y que no será objeto de financiación adicional las complicaciones posibles que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso, así como las reintervenciones o tratamientos que hubieran de realizarse a los pacientes siempre que estén relacionadas con el proceso inicial.

Dichos Pactos de Gestión en sus diferentes anexos, relacionan los Recursos Humanos participantes y describen los objetivos ponderados, organizados en bloques de:

- Mejora de la organización, que incluye la existencia de una comisión de programación quirúrgica, coordinador de quirófano, cumplimentación adecuada y mensual del CMBD, del Registro de Lista de Espera Quirúrgica y del Registro de Quirófano.
- Disminución de la variabilidad clínica, analizando la frecuentación por 1000 Tarjetas Sanitaria Individuales sobre el total de lista de espera quirúrgica, sobre las entradas en lista de espera quirúrgica y el porcentaje de entradas en lista de espera sobre el total de primeras consultas atendidas.
- Gestión clínica enfocada al porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas procedentes de lista de espera, procedentes de ingresos urgentes como urgencia diferida y las no procedentes de lista de espera. igualmente el índice entradas/salidas de lista de espera, el porcentaje de lista de espera estructural sobre el total de la lista, la relación espera media/demora media de la lista, el porcentaje de salidas de lista de espera en jornada ordinaria sobre el total de la lista y el porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica sin intervención.
- Optimización de recursos, analizando la estancia media preoperatoria de las intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización procedentes de lista de espera y de las procedentes de urgencias diferidas, el rendimiento de quirófano, anestesia y cirugía, el número medio de intervenciones programadas por quirófano funcional y día hábil, el porcentaje de suspensiones de intervenciones quirúrgicas programadas por motivo y la estancia media postoperatoria ajustada al proceso.
- Mejora de la accesibilidad, evaluando la no existencia de pacientes con demoras superiores a los 180 días en lista de espera estructural y a los 360 días en lista de espera no estructural por rechazo de derivación a otro centro alternativo en seguimiento mensual.
- Mejora de la ambulatorización de procesos, analizando el porcentaje de cirugía mayor ambulatoria programada sobre el total de intervenciones quirúrgicas programadas, la actividad del hospital de día quirúrgico y de la actividad quirúrgica fuera de quirófano.
- Mejora de la gestión administrativa de la lista de espera quirúrgica, estudiando el porcentaje de codificación clínica del diagnóstico y procedimientos quirúrgicos en el registro de lista de espera y de quirófano y el porcentaje de confirmación de fecha de intervención quirúrgica programada al paciente.

Cada objetivo tiene una ponderación, una meta a alcanzar, el valor actual del servicio/especialidad y un apartado para realizar el seguimiento mensual de los mismos y observar los resultados conseguidos.

Además se plantea un régimen de inspección y un sistema de seguimiento y evaluación continuada de los resultados basados en indicadores precisos y medibles a partir de los sistemas de información disponibles. La no disponibilidad del Registro de Lista de Espera Quirúrgica mensual, del Registro de Quirófano mensual y del Conjunto Mínimo Básico de Datos mensual en los dos primeros días hábiles siguientes a la finalización de cada mes formalizado

de forma adecuada para la evaluación del Pacto de Gestión es excluyente de la posibilidad de realizar dicho Pacto.

En todos los casos de reparto de incentivos entre el personal adherido al Pacto de Gestión, se hará en función del porcentaje de resultados asistenciales y de calidad obtenidos en la evaluación provisional y final respecto a la financiación inicial presupuestada.

Línea Estratégica	Descripción	
3ª Línea estratégica	Mejora de la gestión clínica y la complementariedad de los centros concertados	
	1ª Medida	Implantar la Gestión Clínica en los Servicios/Unidades de los Hospitales
		<p><u>Definición:</u> Implantar la Gestión Clínica de forma normalizada en todos los servicios y unidades de los centros del Servicio Madrileño de Salud que de forma voluntaria lo elijan como modelo de gestión que permite mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.</p> <p><u>1ª Acción:</u> En el Servicio Madrileño de Salud se implantará el modelo de Gestión Clínica en las especialidades que lo elijan como modelo de gestión basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles. En este caso los objetivos se dirigen a la gestión de la lista de espera quirúrgica y en particular a la programación quirúrgica y las salidas del registro de lista de espera.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas procedentes de lista de espera y correspondientes a la población diana marcada como objetivo. • Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas no procedentes de lista de espera. • Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas procedentes de ingresos urgentes intervenidos de forma programada diferida. • Índice entre las entradas y salidas en lista de espera quirúrgica a nivel de centro, especialidad y procedimiento en seguimiento mensual y acumulado en relación con el objetivo. • Porcentaje de pacientes en lista de espera estructural sobre el total de pacientes en lista de espera quirúrgica. • Relación entre la espera media de los pacientes que han salido de lista de espera y la demora media de los pacientes en lista de espera quirúrgica. • Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica en jornada ordinaria sobre el total de las salidas. • Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica en jornada extraordinaria mediante Pactos de Gestión sobre el total de las salidas. • Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica sin intervención quirúrgica sobre el total de las salidas.
	2ª Medida	Planificación de la actividad quirúrgica concertada
		<p><u>Definición:</u> Planificar la actividad global del servicio/unidad con los recursos disponibles e interiorizar la actividad quirúrgica derivada a centros concertados progresivamente facilitando la derivación entre centros públicos de apoyo.</p> <p><u>1ª Acción:</u> En el Servicio Madrileño de Salud se implantará el modelo de Pactos de Gestión en las especialidades que lo elijan como modelo de gestión de la lista de espera quirúrgica, tanto en los centros que tienen lista de espera estructural y/o no estructural y con la actividad planificada no podrían alcanzar los objetivos marcados como en aquellos que además de absorber su propia lista tienen posibilidad de actuar como centros de apoyo para los demás hospitales al tener mayor capacidad quirúrgica.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento programado quirúrgico del centro, servicio o especialidad que deriva pacientes • Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica en hospitales públicos de apoyo sobre el total de las salidas. • Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica por concierto sobre el total de las salidas.
	3ª Medida	Planificación de la actividad de pruebas diagnósticas concertada
		<p><u>Definición:</u> Planificar la actividad global del servicio/unidad con los recursos disponibles e interiorizar la actividad de pruebas diagnósticas derivada a centros concertados progresivamente facilitando la derivación entre centros públicos de apoyo.</p> <p><u>1ª Acción:</u> En el Servicio Madrileño de Salud se implantará el modelo de Pactos de Gestión en las especialidades que lo elijan como modelo de gestión de la lista de espera diagnóstica, tanto en los centros que tienen lista de espera estructural y/o no estructural y con la actividad planificada no podrían alcanzar los objetivos marcados como en aquellos que además de absorber su propia lista tienen posibilidad de actuar como centros de apoyo para los demás hospitales al tener mayor capacidad diagnóstica.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento programado de las exploraciones y pruebas del centro, servicio o especialidad que deriva pacientes. • Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica en hospitales públicos de apoyo sobre el total de las salidas. • Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica por concierto sobre el total de las salidas.

Es objetivo del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad el desarrollo de la Gestión Clínica en las unidades asistenciales basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

Para el Servicio Madrileño de Salud, la Gestión Clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios/unidades de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

Las Unidades de Gestión Clínica tienen como características:

- Acuerdo de Gestión propio, pactado directamente con las estructuras de asignación de recursos de su hospital y en el marco del contrato de gestión del propio hospital.
- Tienen asignados unos recursos definidos y un presupuesto anual.
- Gestión de sus recursos materiales y humanos, pactados en su contrato.
- Tienen organización y normas internas propias.
- Evaluación continua de balance de resultados clínicos, económicos y de calidad.
- Diseño funcional basado en modelos de Calidad.

Los Jefes de Servicio/unidad por medio de la Gestión Clínica asumen la dirección y gestión del servicio/unidad asistencial con las funciones de:

- Representar al servicio/unidad.
- Realizar la propuesta de objetivos para su estudio y aprobación.
- Organizar, dirigir, priorizar y evaluar las actividades y objetivos del servicio/unidad.
- Establecer protocolos, normas de funcionamiento o cualquier otra medida que permita una mejora en los estándares de la atención recibida por los pacientes.
- Asumir las responsabilidades en la gestión de los recursos humanos y económicos de la forma más eficiente y eficaz posible, con los índices de calidad habituales y en base a los pactados con la Dirección del Hospital.
- Colaborar en la implantación, desarrollo y mantenimiento del sistema de evaluación que permita la medición de los resultados obtenidos, tanto a nivel global como a nivel de cada uno de los miembros adscritos a dicho servicio/unidad.
- Formalizar con la Dirección Gerencia del hospital el Pacto de Gestión que define los compromisos de actividad, resultados, calidad, coste e incentivos del servicio/unidad.
- Así como todas aquellas otras funciones que se le encomienden.

Los Acuerdos de Gestión establecidos entre el Jefe de Servicio/Unidad y el Director Gerente del Hospital basados en el Contrato de Gestión del centro hospitalario tienen naturaleza funcional y organizativa, así como la consideración de acuerdo funcional, en base a lo cual, el Jefe de Servicio se compromete a elevar cuantas propuestas de asignación de recursos posibiliten la consecución del presente Pacto y el Hospital iniciará y resolverá, en su caso, todos los expedientes administrativos pertinentes dentro del escenario presupuestario y del principio de legalidad.

Estos Acuerdos de Gestión pretenden potenciar la actitud de liderazgo de sus Jefes de Servicio. Por tanto, es responsabilidad del Jefe de Servicio difundir este Acuerdo entre los profesionales del citado servicio/unidad, de manera que lo conozcan, así como las características de los incentivos que en el mismo se establecen, a fin de fomentar la corresponsabilidad de todos los profesionales en la consecución de los objetivos asistenciales y presupuestarios, que son clave en la dinámica del conjunto del Servicio Madrileño de Salud.

El Jefe de Servicio y la Dirección del centro deben implementar todas aquellas acciones que permitan hacer un seguimiento continuado de los objetivos establecidos en dicho Pacto, cuya información será analizada por el Servicio Madrileño de Salud quien notificará del grado de cumplimiento del mismo.

Igualmente de este marco encuentra un lugar de complementariedad los aumentos de la oferta asistencial mediante la concertación de la prestación de servicios con el sector privado para la resolución de listas de espera, financiados con fondos públicos para disminuir tanto el número como el tiempo medio de espera en cirugía y exploraciones. Este sistema se utiliza de forma amplia en todos los servicios de salud de las comunidades autónomas, se emplea cuando se observa que los objetivos anuales de lista de espera acordados entre el Servicio de Salud y los centros hospitalarios están superados o en riesgo de incumplimiento. Esta sistemática de trabajo está muy implantada en los Servicios de Admisión encargados del control y seguimiento de los tiempos de demora que son los que operativamente derivan los pacientes en lista de espera.

En el objetivo de ir progresivamente internalizando la actividad externalizada concertada toda derivación de pacientes debe realizarse con conocimiento de los servicios implicados y, por tanto, asumiéndola responsabilidad en su utilización y resultados al realizarse a centros que presenten instalaciones, equipamientos e indicadores de calidad semejantes a los del sistema público.

1ª Medida: Implantar la Gestión Clínica en los Servicios/Unidades de los Hospitales

Definición: Implantar la Gestión Clínica de forma normalizada en todos los servicios y unidades de los centros del Servicio Madrileño de Salud que de forma voluntaria lo elijan como modelo de gestión que permite mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

1ª Acción: En el Servicio Madrileño de Salud se implantará el modelo de Gestión Clínica en las especialidades que lo elijan como modelo de gestión basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles. En este caso los objetivos se dirigen a la gestión de la lista de espera quirúrgica y en particular a la programación quirúrgica y las salidas del registro de lista de espera.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas procedentes de lista de espera y correspondientes a la población diana marcada como objetivo.
- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas no procedentes de lista de espera.
- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas procedentes de ingresos urgentes intervenidos de forma programada diferida.
- Índice entre las entradas y salidas en lista de espera quirúrgica a nivel de centro, especialidad y procedimiento en seguimiento mensual y acumulado en relación con el objetivo.
- Porcentaje de pacientes en lista de espera estructural sobre el total de pacientes en lista de espera quirúrgica.
- Relación entre la espera media de los pacientes que han salido de lista de espera y la demora media de los pacientes en lista de espera quirúrgica.
- Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica en jornada ordinaria sobre el total de las salidas.
- Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica en jornada extraordinaria mediante Pactos de Gestión sobre el total de las salidas.
- Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica sin intervención quirúrgica sobre el total de las salidas.

La implantación decidida de la Gestión Clínica implica la participación voluntaria activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones. En lo que respecta a la gestión de la lista de espera los responsables de los servicios/unidades deben intervenir minimizar la variabilidad clínica de los profesionales y en la optimización de recursos con el objetivo de conseguir la mejor accesibilidad a la asistencia para los pacientes.

Otro aspecto importante a considerar es la gestión de las listas de espera mediante la priorización y programación de las intervenciones quirúrgicas de forma que sean el menor porcentaje posible las que no proceden de la lista de espera o lo hacen de la urgencia diferida. Cuanto mayor sea la actividad realizada programable menor incertidumbre se genera a los pacientes y a los profesionales que a su vez transmiten a los pacientes.

La planificación de los recursos disponibles, tanto propios como externos, dentro del marco del Acuerdo o Pacto de Gestión hace que los responsables de los servicios/unidades puedan organizar la actividad y por tanto las salidas de lista de espera en sus diferentes modalidades: jornada ordinaria de mañana, jornada ordinaria de tarde, jornada extraordinaria, derivación a hospital público de apoyo o centro concertado. En la proporción de estas modalidades es fundamental la información y participación activa de todos los profesionales pertenecientes al servicio, el liderazgo de los responsables y el alineamiento de los objetivos de todos ellos.

2ª Medida: Planificación de la actividad quirúrgica concertada

Definición: Planificar la actividad global del servicio/unidad con los recursos disponibles e interiorizar la actividad quirúrgica derivada a centros concertados progresivamente facilitando la derivación entre centros públicos de apoyo.

1ª Acción: En el Servicio Madrileño de Salud se implantará el modelo de Pactos de Gestión en las especialidades que lo elijan como modelo de gestión de la lista de espera quirúrgica, tanto en los centros que tienen lista de espera estructural y/o no estructural y con la actividad planificada no podrían alcanzar los objetivos marcados como en aquellos que además de absorber su propia lista tienen posibilidad de actuar como centros de apoyo para los demás hospitales al tener mayor capacidad quirúrgica.

Indicador de seguimiento:

- Rendimiento programado quirúrgico del centro, servicio o especialidad que deriva pacientes
- Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica en hospitales públicos de apoyo sobre el total de las salidas.
- Porcentaje de salidas de lista de espera quirúrgica por concierto sobre el total de las salidas.

Cuando la actividad quirúrgica de los centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud no asegure el cumplimiento de los objetivos de lista de espera marcados, este Plan prevé la colaboración con centros privados para la realización de actividad quirúrgica priorizando aquellos en los que las colaboraciones anteriores han presentado mejores resultados. Los conciertos con entidades privadas para la realización de procedimientos quirúrgicos, actualmente vigentes, se rigen por un Acuerdo Marco, en el que se recogen los requisitos técnicos, así como los procedimientos de actuación para la derivación de pacientes.

El compromiso de la Consejería de Sanidad que el Servicio Madrileño de Salud lleva a cabo a través de los hospitales públicos dependientes del mismo es la mejora de la Lista de Espera Quirúrgica ampliando para ello en todos sus centros de forma programada la actividad en jornada de tarde en días laborables e internalizar actividad asistencial en los centros hospitalarios públicos y disminuir la externalizada a través de conciertos a centros privados.

Ha de tenerse en cuenta, que el Servicio Madrileño de Salud dispone de centros hospitalarios que no poseen área sanitaria con población de referencia y que actúan como centros de apoyo en la actividad quirúrgica, de hospitalización, consulta externa y pruebas diagnósticas con el objetivo de rentabilizar los recursos propios disponibles.

Por otra parte, con la apertura en los últimos años de nuevos hospitales, hay centros que en ciertas especialidades disponen de mayor capacidad quirúrgica de lo que fuera necesario para la actividad previsible generada por su población de referencia por lo que es preciso optimizar los recursos propios disponibles frente a la derivación a centros concertados.

Es preciso una profunda revisión de la eficiencia y del coste-efectividad de la derivación a centros privados concertados con respecto a la optimización de la utilización de centros públicos. Por ello se han planteado los Pactos de Gestión con los servicios y unidades partiendo de las tarifas medias actuales de derivación, por lo que se cumple el objetivo que disminuya la actividad en centros concertados y que se incrementen los recursos en los hospitales públicos, al utilizar el crédito existente para ello. La financiación presupuestada está diferenciada en Capítulo I (gastos de personal), teniendo en cuenta tanto lo correspondiente a la actividad quirúrgica propiamente como a la actividad de apoyo a desarrollar en Hospitalización de día o convencional, rehabilitación, etc. y Capítulo II (gasto corriente en bienes y servicios). También se recoge la posibilidad de contratar personal, en caso de que ello sea necesario, para la realización de la actividad con el presupuesto asignado.

Con estas acciones se consigue la optimización de los recursos públicos disponibles y la sostenibilidad del sistema aprovechando el crédito presupuestario existente sin generar desviaciones ni aumento del gasto.

3ª Medida: Planificación de la actividad de pruebas diagnósticas concertada

Definición: Planificar la actividad global del servicio/unidad con los recursos disponibles e interiorizar la actividad de pruebas diagnósticas derivada a centros concertados progresivamente facilitando la derivación entre centros públicos de apoyo.

1ª Acción: En el Servicio Madrileño de Salud se implantará el modelo de Pactos de Gestión en las especialidades que lo elijan como modelo de gestión de la lista de espera diagnóstica, tanto en los centros que tienen lista de espera estructural y/o no estructural y con la actividad planificada no podrían alcanzar los objetivos marcados como en aquellos que además de absorber su propia lista tienen posibilidad de actuar como centros de apoyo para los demás hospitales al tener mayor capacidad diagnóstica.

Indicador de seguimiento:

- Rendimiento programado de las exploraciones y pruebas del centro, servicio o especialidad que deriva pacientes.
- Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica en hospitales públicos de apoyo sobre el total de las salidas.
- Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica por concierto sobre el total de las salidas.

Cuando el cumplimiento de los objetivos de los tiempos de demora en pruebas diagnósticas no esté asegurado se establecerá la colaboración con centros privados como complementariedad con los centros públicos. La Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud, analizarán la necesidad y la cuantía de los planes de derivación de pacientes a centros concertados y pondrá en marcha los mecanismos para su realización y evaluación.

El establecimiento de la gestión clínica en los centros y servicios, la implantación de los Pactos de Gestión y la complementariedad de los centros concertados consiguen una optimización de los recursos públicos disponibles y permiten el tiempo necesario para planificar las inversiones necesarias para incrementar las instalaciones diagnósticas que sean precisas.

Es compromiso de la Consejería de Sanidad y por tanto del Servicio Madrileño de Salud lleva a cabo a través de la dirección de los hospitales públicos dependientes del mismo la mejora de la Lista de Espera de Técnicas diagnóstica y/o terapéuticas ampliando de forma programada la actividad en jornada de tarde en días laborables y/o festivos. e internalizar actividad asistencial en los centros hospitalarios públicos y disminuir la externalizada a través de conciertos a centros privados.

El Servicio Madrileño de Salud, junto con las direcciones de los hospitales y éstas con los responsables de los servicios y unidades analizarán la actividad realizada, la demanda generada y la previsible en función de la población de referencia asignada, así como los rendimientos de las instalaciones y equipos y su optimización referenciada a las agendas tipo por equipo con un doble objetivo: normalizar y homogeneizar la asistencia y mejorar la productividad de una forma uniforme en todos los servicios públicos del SERMAS⁵¹.

Igualmente que en la concertación quirúrgica es preciso una profunda revisión de la eficiencia y del coste-efectividad de la derivación a centros privados concertados con respecto a la optimización de la utilización de centros públicos. Por ello la implantación de Pactos de Gestión tanto en los centros que tienen lista de espera estructural y/o no estructural y con la actividad planificada no podrían alcanzar los objetivos marcados como en aquellos que además de absorber su propia lista tienen posibilidad de actuar como centros de apoyo para los demás hospitales al tener mayor capacidad diagnóstica.

Se deben evitar con la derivación situaciones perversas que afectan directamente a los pacientes, como el rechazo de los centros privados de los pacientes complejos al no serles rentables. El resultado es que mediante este sistema se suelen derivar aquellos pacientes de complejidad baja o media que son los habitualmente aceptados por los proveedores, dada su mejor rentabilidad ante el bajo riesgo de complicaciones. Por esta razón permanecen en lista de espera los pacientes de mayor complejidad y que requieren mayores recursos. Con la instauración de los Pactos de Gestión se pretende que la derivación a centros públicos y la concertación se realicen de inicio sobre los procesos más frecuentes en lista de espera, con las tarifas medias de derivación y los más complejos se queden en el sistema público al disponer en general de mejores medios y profesionales.

La administración debe poner especial énfasis en la evaluación de resultados y el control tanto de la calidad científico-técnica como de la satisfacción de los ciudadanos cuando los pacientes son atendidos en centros públicos o son derivados a centros concertados mediante auditorias y encuestas de satisfacción.

La disponibilidad de información económica de la financiación destinada a la utilización de proveedores sanitarios privados es de considerable interés que debe suscitar la revisión y el análisis, además del coste de oportunidad que supone la derivación de dinero público al sector

⁵¹ Servicio Madrileño de Salud

privado en situaciones en que la dotación de recursos humanos o infraestructuras del sector público es insuficiente o cuando los recursos públicos se utilizan de manera ineficiente.

Línea Estratégica	Descripción	
4ª Línea estratégica	Mejora de la organización institucional y de la gestión de los procesos administrativos	
	1ª Medida	Mejora de la organización de la gestión de las listas de espera
		<p><u>Definición:</u> Mejorar de forma uniforme en todos los centros del SERMAS la estructura organizativa para la gestión de las listas de espera quirúrgicas y diagnósticas de consultas y pruebas</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud en todos los centros públicos adscritos un modelo de estructura organizativa con coordinadores y responsables de la lista de espera quirúrgica y diagnóstica, comisiones de programación quirúrgica, de consultas y pruebas reforzando los comités técnicos y otros órganos de participación ya existentes.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de coordinador o responsable de la lista de espera quirúrgica del centro. • Existencia de coordinador o responsable de la lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas del hospital. • Existencia de comisión de programación, evaluación y seguimiento de las demoras quirúrgicas en el centro formada por la dirección y los responsables de los servicios/unidades con reuniones periódicas al menos mensuales. • Existencia de comisión de programación, evaluación y seguimiento de la atención ambulatoria así como de las demoras de consultas y pruebas diagnósticas en el hospital formada por la dirección y los responsables de los servicios/unidades que se reunirá con una periodicidad al menos mensual.
	2ª Medida	Mejora de los registros de listas de espera y de los sistemas de información
		<p><u>Definición:</u> Mejorar y adaptar a la normativa estatal en todos los centros del SERMAS de forma homogénea los registros de listas de espera quirúrgica, de consultas y técnicas diagnósticas así como los sistemas de información necesarios para la gestión integral de las mismas.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud a nivel central y en todos los centros públicos adscritos a nivel periférico utilizarán las herramientas informáticas de los registros de listas de espera quirúrgica y diagnóstica adaptados a la normativa estatal.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un registro unificado de lista de espera quirúrgica (RULEQ) adaptado a la normativa estatal. • Desarrollo de un registro unificado de lista de espera diagnóstica (SICyT) que incluya los pacientes en espera de atención en consultas externas y para la realización de pruebas complementarias diagnósticas y/o terapéuticas. • Mejora del sistema de información de gestión del quirófano y de la actividad quirúrgica programada, de la realizada y de la suspendida o anulada. • Adaptación del sistema de información del CMBD de hospitalización y de cirugía y técnicas ambulatorias a la nueva codificación CIE-10. • Desarrollo del sistema de información de atención hospitalaria (SIAE) complementando las actividades de los servicios que están ausentes y pasando de un modelo de registro y declaración voluntaria periódica a un sistema de captura de la información <i>on line</i> a partir de los registros de los sistemas de información hospitalarios.

Línea Estratégica	Descripción	
4ª Línea estratégica	Mejora de la organización institucional y de la gestión de los procesos administrativos	
	3ª Medida	Mejora de la gestión administrativa de las listas de espera
		<p><u>Definición:</u> Mejorar la gestión administrativa de las listas de espera de forma homogénea y uniforme en todos los centros evaluando la calidad de los registros normalizados en sus funciones asistencial, administrativa y estadística o de información.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud a nivel central por medio de la unidad de listas de espera y el centro de atención personalizada (CAP) y en todos los centros públicos adscritos a nivel periférico, utilizarán procedimientos normalizados de la gestión de los registros de listas de espera quirúrgica y diagnóstica.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificación y actualización a la normativa nacional vigente de la Orden por la que se aprueben las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud. (Se presenta como Documento III y Documento IV). • Elaboración de instrucciones para la gestión del registro de pacientes en lista de espera diagnóstica de consultas externas y pruebas complementarias del Servicio Madrileño de Salud. • Mejora de la identificación y codificación de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos y diagnósticos/terapéuticos de los registros de lista de espera y de los sistemas de información. <p><u>2ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe desarrollar un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos que clasifique a los mismos en apartados según el consumo y utilización de recursos.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un catálogo de procedimientos quirúrgicos con hospitalización convencional, cirugía mayor ambulatoria con hospitalización de día, cirugía menor ambulatoria y fuera de quirófano. <p><u>3ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe desarrollar procedimientos normalizados de localización y comunicación con los pacientes que garanticen sus derechos.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un sistema de registro de los contactos telefónicos con los pacientes que proporcione seguridad y validez jurídica a los procesos administrativos de las llamadas telefónicas. • Desarrollo e implantación de procedimientos administrativos de localización de pacientes homogéneos en todos los centros públicos del SERMAS según los criterios establecidos.

Uno de las principales características del sistema sanitario público español es el desarrollo de los Servicios de Admisión en todos los hospitales como unidades de gestión de pacientes y como apoyo a la asistencia. Entre sus funciones se encuentran la de centralizar las listas de espera que contienen a todos los pacientes que han sido incluidos por todos los facultativos de un área concreta y para una especialidad en particular con el fin de obtener una mayor eficacia y eficiencia y poder responder ante un criterio de prioridad. Para su correcto funcionamiento, todos los agentes intervinientes la población, los médicos y los gestores necesitan un conocimiento pleno de las listas y los tiempos de espera a fin de adoptar las decisiones más adecuadas con la información necesaria.

Para conseguir los efectos positivos de la coordinación de las listas de espera, todos los profesionales sanitarios deben comprender la eficacia de esta medida, que además garantiza la seguridad y calidad del modelo. Es imprescindible que el planteamiento de una lista de espera centralizada esté soportado en un planteamiento clínico riguroso y consensuado con los

profesionales, ya que si solo se trata de realizar una centralización con carácter puramente administrativo, el modelo fracasará.

Uno de los aspectos a tener en cuenta ante la centralización de las listas de espera, al igual que cuando no lo están, es la actualización permanente de las mismas, ya que los estados de los múltiples pacientes que se encuentran incluidos en ellas cambian con el transcurso del tiempo. Por ello una de las actividades periódicas que se deben realizar son las depuraciones administrativas de la lista de espera para actualizar las variaciones en los estados de los pacientes incluidos en los registros centralizados de listas de espera. Al realizarlas se demuestra con una cierta frecuencia que se encuentran en lista de espera pacientes ya intervenidos, o que ya no desean operarse, que el motivo que determinó su inclusión ha desaparecido o incluso personas ilocalizables por cambio de domicilio. Estas situaciones son más acusadas cuanto mayores tiempos de demora se presenten en las listas de espera.

Por ello son importantes las depuraciones administrativas frecuentes, la comprobación de los criterios de inclusión, la prescripción correcta como consulta primera, de resultados y revisión o sucesiva, como prueba diagnóstica o de control, las llamadas de confirmación de la intervención o la cita y las consultas de segunda opinión para comprobar que persiste la indicación. Estas actuaciones, además de tener un efecto real sobre la actualización y reducción de las listas de espera, contribuyen a tener una información veraz sobre los pacientes que realmente esperan a ser atendidos, relevándose estas medidas más eficaces cuanto mayor es el tiempo de demora en la atención.

La disponibilidad y aplicación de herramientas informáticas que permiten una revisión automatizada de las situaciones de los pacientes incluidos en las listas de espera producen una mejora en la gestión administrativa de las mismas dirigida a disminuir la demanda lograda tan solo por mantener actualizada su información e incluir sólo a los pacientes que precisan una atención programada no urgente.

La mejora de la organización institucional y de la gestión de los procesos administrativos se basa en el establecimiento a nivel corporativo estructuras jerárquicas dependientes de los coordinadores de la actividad quirúrgica y ambulatoria de consultas y pruebas diagnósticas, de comisiones de planificación quirúrgica y de control de las demoras diagnósticas, así como de herramientas informáticas tales como el Sistema de Información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización y ambulatorio, el registro de actividad quirúrgica en quirófano, el registro de lista de espera quirúrgica (RULEQ), el sistema de información de consultas y técnicas diagnósticas (SICyT) y el Sistema de Información de Atención Hospitalaria (SIAE). Para una mayor utilidad de los registros estos deben estar normalizados en todos los centros y sus diferentes campos codificados de forma homogénea en especial aquellos que hacen referencia al diagnóstico o procedimiento quirúrgico o diagnóstico/terapéutico a realizar mediante la CIE.

Estos aspectos ha sido tratados e incluidos entre los objetivos de mejora de la organización y de la gestión administrativa en los Pactos de Gestión establecidos con los centros y las especialidades, siendo imprescindibles para el seguimiento y la evaluación de los mismos.

1ª Medida: Mejora de la organización de la gestión de las listas de espera

Definición: Mejorar de forma uniforme en todos los centros del SERMAS la estructura organizativa para la gestión de las listas de espera quirúrgicas y diagnósticas de consultas y pruebas.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud en todos los centros públicos adscritos un modelo de estructura organizativa con coordinadores y responsables de la lista de espera quirúrgica y diagnóstica, comisiones de programación quirúrgica, de consultas y pruebas reforzando los comités técnicos y otros órganos de participación ya existentes.

Indicador de seguimiento:

- Existencia de coordinador o responsable de la lista de espera quirúrgica del centro.
- Existencia de coordinador o responsable de la lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas del hospital.
- Existencia de comisión de programación, evaluación y seguimiento de las demoras quirúrgicas en el centro formada por la dirección y los responsables de los servicios/unidades con reuniones periódicas al menos mensuales.
- Existencia de comisión de programación, evaluación y seguimiento de la atención ambulatoria así como de las demoras de consultas y pruebas diagnósticas en el hospital formada por la dirección y los responsables de los servicios/unidades que se reunirá con una periodicidad al menos mensual.

Es la administración, que está interesada en la mejora de la gestión de las listas de espera, la que debe y puede establecer marcos organizativos y dotarlos de la estructura necesaria para facilitar los objetivos marcados. En los centros públicos existen los Servicios de Admisión dotados de personal facultativo, de enfermería, y administrativo encargados de la gestión de pacientes. Las direcciones deben designar de entre dicho personal a responsables de la gestión administrativa de la lista de espera y que junto con los responsables de los servicios/unidades se encarguen de la gestión clínica de la misma facilitando la información precisa para ello.

Las comisiones de programación son de gran utilidad allí donde están implantadas ya que es en el seno de la misma donde se analizan las demandas de asistencia existentes, se comparan con las esperadas basadas en tasas de frecuentación en función de las características de la población asignada. Se designan los recursos necesarios ante la demanda originada permitiendo el acceso a la asistencia programada no urgente de la actividad. Se realiza una evaluación y seguimiento continuo de los rendimientos y productividad de los recursos asignados, se analiza el grado de cumplimiento de los objetivos marcados y se proponen las acciones correctoras si se detectan desviaciones de los mismos.

Las reuniones deben tener una periodicidad al menos mensual para realizar una evaluación continua y permanente de los objetivos y permitir establecer medidas inmediatas ante la desviación en la consecución de los mismos.

Esta medida se encuentra en línea con la profesionalización de la gestión del personal directivo y el liderazgo que deben asumir los mandos intermedios de los servicios/unidades de los centros, el desarrollo y operatividad de comisiones de participación que existen y que se han de desarrollar en hospitales, así como la participación de los pacientes directamente o por medio de asociaciones en la toma de decisiones que les afectan de una manera clara.

2ª Medida: Mejora de los registros de listas de espera y de los sistemas de información

Definición: Mejorar y adaptar a la normativa estatal en todos los centros del SERMAS de forma homogénea los registros de listas de espera quirúrgica, de consultas y técnicas diagnósticas así como los sistemas de información necesarios para la gestión integral de las mismas.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud a nivel central y en todos los centros públicos adscritos a nivel periférico utilizarán las herramientas informáticas de los registros de listas de espera quirúrgica y diagnóstica adaptados a la normativa estatal.

Indicador de seguimiento:

- Desarrollo de un registro unificado de lista de espera quirúrgica (RULEQ) adaptado a la normativa estatal.
- Desarrollo de un registro unificado de lista de espera diagnóstica (SICyT) que incluya los pacientes en espera de atención en consultas externas y para la realización de pruebas complementarias diagnósticas y/o terapéuticas.
- Mejora del sistema de información de gestión del quirófano y de la actividad quirúrgica programada, de la realizada y de la suspendida o anulada.
- Adaptación del sistema de información del CMBD de hospitalización y de cirugía y técnicas ambulatorias a la nueva codificación CIE-10.
- Desarrollo del sistema de información de atención hospitalaria (SIAE) complementando las actividades de los servicios que están ausentes y pasando de un modelo de registro y declaración voluntaria periódica a un sistema de captura de la información *on line* partir de los registros de los sistemas de información hospitalarios.

Es la administración, que está interesada en la mejora de la gestión de las listas de espera, la que debe y puede establecer desarrollos, mejoras e implantaciones de forma homogénea y uniforme en todos los centros herramientas informáticas para la organización, planificación, financiación, gestión, seguimiento y evaluación de la actividad asistencial desarrollada en los centros hospitalarios.

La Comunidad de Madrid está inmersa en un proceso de implantación de la historia clínica electrónica en todos los hospitales y ello va a permitir disponer de información actualizada en tiempo real de la situación de los pacientes atendidos o en espera de serlo.

Los sistemas de información existentes con muy pocas variaciones son los heredados del extinto INSALUD como consecuencia de la transferencia a la Comunidad de Madrid de las competencias en materia sanitaria. El tiempo transcurrido, las modificaciones normativas, los avances tecnológicos, la apertura de nuevos hospitales y la coexistencia de diferentes modelos

de gestión pública hacen que los citados sistemas de información precisen una modificación y actualización.

Además en el ejercicio 2016 se realiza el tránsito en los sistemas de codificación desde la CIE-9 a la CIE-10, lo que es de gran trascendencia en los sistemas de información asistenciales que se basan en ella, al necesitar de la presencia de códigos diagnósticos y/o procedimientos quirúrgicos o diagnósticos y/o terapéuticos. Igualmente este cambio afectará a todos los sistemas de libre elección, facturación intercentros a nivel comunitario, así como al SIFCO⁵² y FOGA a nivel nacional.

El desarrollo y adaptación de los sistemas de información es fundamental como herramientas de conocimiento e información a todos los niveles, la administración, los centros, los servicios y los profesionales. Solo lo que se mide se puede evaluar y solo lo que se evalúa se puede mejorar adaptando los resultados obtenidos a los esperados, según los estándares deseables derivados de la experiencia y la evidencia, y que han sido marcados como metas a alcanzar en los objetivos marcados en los Contratos de Gestión de los centros y en los Acuerdos y Pactos de Gestión de los servicios y unidades.

3ª Medida: Mejora de la gestión administrativa de las listas de espera

Definición: Mejorar la gestión administrativa de las listas de espera de forma homogénea y uniforme en todos los centros evaluando la calidad de los registros normalizados en sus funciones asistencial, administrativa y estadística o de información.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud a nivel central por medio de la unidad de listas de espera y el centro de atención personalizada (CAP) y en todos los centros públicos adscritos a nivel periférico, utilizarán procedimientos normalizados de la gestión de los registros de listas de espera quirúrgica y diagnóstica.

Indicador de seguimiento:

- Modificación y actualización a la normativa nacional vigente de la Orden por la que se aprueben las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud. (Se presenta como Documento III y Documento IV).
- Elaboración de instrucciones para la gestión del registro de pacientes en lista de espera diagnóstica de consultas externas y pruebas complementarias del Servicio Madrileño de Salud.
- Mejora de la identificación y codificación de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos y diagnósticos/terapéuticos de los registros de lista de espera y de los sistemas de información.

2ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe desarrollar un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos que clasifique a los mismos en apartados según el consumo y utilización de recursos.

⁵² Sistema de Información de Fondo de Cohesión

Indicador de seguimiento:

- Desarrollo de un catálogo de procedimientos quirúrgicos con hospitalización convencional, cirugía mayor ambulatoria con hospitalización de día, cirugía menor ambulatoria y fuera de quirófano.

3ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe desarrollar procedimientos normalizados de localización y comunicación con los pacientes que garanticen sus derechos.

Indicador de seguimiento:

- Desarrollo de un sistema de registro de los contactos telefónicos con los pacientes que proporcione seguridad y validez jurídica a los procesos administrativos de las llamadas telefónicas.
- Desarrollo e implantación de procedimientos administrativos de localización de pacientes homogéneos en todos los centros públicos del SERMAS según los criterios establecidos.

Es la administración, la única que puede desarrollar normativa en forma de leyes, decretos, órdenes e instrucciones para normalizar de forma uniforme las actuaciones en todos los centros en los diferentes ámbitos de su competencia. Por tanto, en el marco de la gestión de las listas de espera se debe actualizar las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud para su adaptación a la normativa estatal vigente, así como las referentes a la gestión de las listas de espera consultas externas y pruebas diagnósticas provenientes del extinto INSALUD.

La mejora de la identificación y codificación de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos y diagnósticos/terapéuticos de los registros de lista de espera y de los sistemas de información es imprescindible para que las citadas herramientas sean útiles en la organización, planificación, financiación, gestión, seguimiento y evaluación de la actividad asistencial desarrollada en los centros hospitalarios.

Es de especial interés el desarrollo centralizado de un catálogo de procedimientos quirúrgicos clasificados según el consumo y utilización de recursos en procedimientos quirúrgicos que precisan hospitalización convencional, procedimientos de cirugía mayor ambulatoria con hospitalización de día, procedimientos de cirugía menor ambulatoria que no precisan como instalación un quirófano estándar y procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano que pueden ser realizados en instalaciones distintas a los quirófanos. Ello repercute de forma directa en la utilización y consumo de recursos, facilitando su programación y gestión. Además, de las listas de espera se podrán descartar registros que al no ser realizados en un quirófano no deben formar parte de las listas de espera quirúrgica, aunque lo formen de listas de espera de técnicas. Igualmente se podrá dedicar los tiempos liberados a realizar más intervenciones quirúrgicas. Tendremos que habilitar instalaciones alternativas que nos permitan realizar la actividad de cirugía menor y los procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano. Siendo estos procedimientos susceptibles de coordinación y realización por los recursos de Atención Primaria lo que descargaría los hospitales de actividad menor que puede ser realizada en el nivel primario de asistencia.

El Servicio Madrileño de Salud debe desarrollar procedimientos administrativos normalizados de localización y comunicación con los pacientes que garanticen sus derechos. Dichos procedimientos deben permitir un trámite administrativo más sencillo y práctico que los actuales en referencia a la notificación de la fecha de intervención, de cita para consulta o para la realización de una prueba diagnóstica. Es deseable que se genere directamente desde la aplicación informática o registro correspondiente de lista de espera sobre todo para los casos en los que el contacto con el paciente sea imposible.

Estos procedimientos también pueden ser utilizados en el sentido contrario, cuando un paciente quiere anular, rechazar o suspender de forma justificada la fecha de la intervención de cita para consulta o para la realización de una prueba diagnóstica.

Por ello el incluir en las instrucciones de gestión de lista de espera un apartado para los deberes de los pacientes entre los que se incluye mantener actualizados los datos sobre su teléfono, domicilio o correo electrónico, a efectos de llamamiento, notificación o localización por parte del Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica, al que debe informar de los posibles cambios, ya que de otra forma resultaría imposible contactar con el paciente.

Igualmente, garantizar la validez como método alternativo de comunicación para todos aquellos pacientes que lo autoricen la utilización de los servicios de mensajería simples de los teléfonos móviles (SMS) o el correo electrónico.

Línea Estratégica	Descripción	
5ª Línea estratégica	Mejora de la Información y gestión de las listas de espera de consultas y pruebas diagnósticas	
	1ª Medida	<p>Elaborar un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas</p> <p><u>Definición:</u> Mejorar la información y gestión de las listas de espera diagnósticas de forma homogénea y uniforme en todos los centros, especialidades y pruebas evaluando la calidad de los registros normalizados en sus funciones asistencial, administrativa y estadística o de información.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe desarrollar un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias que se actualice periódicamente con la ayuda de una comisión técnica, siendo útil para la información y la planificación.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas para los hospitales y las especialidades. • Establecimiento de una Comisión central de evaluación de las prestaciones y pruebas del catálogo para su permanente actualización incorporando las propuestas de mejora valoradas positivamente.
	2ª Medida	<p>Establecer protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas</p> <p><u>Definición:</u> Establecer los protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas que permitan el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria desde el momento de su indicación, independientemente del proceso de citación. Establecer, difundir e implementar los criterios de identificación de consultas externas primeras, de alta resolución, de resultados y sucesivas, así como de las pruebas complementarias, tanto de diagnóstico como de control.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe establecer los protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas que permitan el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria desde el momento de su indicación que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un protocolo administrativo homogéneo de elaboración de agendas de consultas y pruebas diagnósticas para los hospitales y las especialidades. • Establecimiento de una normativa con instrucciones que defina la gestión de las agendas, sus características, diseño, bloqueo, duración, etc.

	3ª Medida	Centralización de las agendas de consultas y pruebas diagnósticas
		<p><u>Definición:</u> Centralizar todas las agendas y establecer, desarrollar e implantar un gestor de peticiones de citas y pruebas diagnósticas en todos los centros.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un gestor de peticiones de citas y pruebas diagnósticas en todos los centros que permita el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria desde el momento de su indicación que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la citación programada en las agendas de consultas y pruebas diagnósticas para los hospitales y las especialidades, así como su procedencia. • Estudio de la actividad realizada ya sea programada o no en las agendas de consultas y pruebas diagnósticas para los hospitales y las especialidades, así como su procedencia. • Análisis de la actividad no programada en las agendas de consultas y pruebas diagnósticas originada por pacientes derivados de la urgencia, por interconsulta de pacientes hospitalizados o como consecuencia de prestación de alta resolución. • Estudio de las demoras en el registro de actividad ambulatoria de aquellas solicitudes que precisen una validación por un especialista hospitalario y que por tanto figuren incluidas pero sin fecha de citación.

Línea Estratégica	Descripción	
5ª Línea estratégica	Mejora de la Información y gestión de las listas de espera de consultas y pruebas diagnósticas	
	4ª Medida	Favorecer la continuidad asistencial
		<p><u>Definición:</u> Facilitar la citación directa de consultas y pruebas desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria en todos los centros y el seguimiento clínico compartido y coordinado en el nivel asistencial adecuado en el área sanitaria.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un catálogo de citas y pruebas diagnósticas en todos los hospitales que permita el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria generados en Atención Primaria.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de catálogo de consultas y pruebas a las que atención primaria tenga acceso en todos los centros, así como su frecuentación. • Establecer una comisión centralizada entre la atención primaria y la hospitalaria que actualice el catálogo y analice la adecuación de la solicitud de consultas y pruebas desde atención primaria al catálogo establecido. <p><u>2ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un sistema de citas y pruebas diagnósticas en todos los hospitales que permita el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria generados en Atención Primaria desde el momento de su indicación que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de protocolos normalizados de citación entre ambos niveles: primaria y hospitalizada. • Estudio de la solicitud y atención de las consultas y pruebas tramitadas desde atención primaria, así como sus demoras.

Al considerar las listas de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas nos encontramos con unas diferencias fundamentales con la lista de espera quirúrgica, que mientras en las primeras tenemos la fecha de cita en las segundas no existe la fecha de intervención. Esto hace que en las listas diagnósticas tengamos demoras a fecha del periodo de corte, que son las que se analizan habitualmente en los sistemas de información, inferiores a las demoras a fecha de cita que son las que el ciudadano aprecia, pero además estas no coincide con las esperas, sobre todo cuando las listas son importantes en cuanto el tiempo de atención o el número de pacientes. En el caso de la lista de espera quirúrgica se incluyen los pacientes en espera de programar una intervención quirúrgica y por tanto disponemos de demoras a fecha del periodo de corte y espera una vez operados los pacientes. Todo ello entendiéndose por demora, el tiempo que se aplaza la asistencia cuando se está incluido en el registro de lista de espera, y espera, el tiempo que se ha tardado en prestar la asistencia prescrita cuando un paciente sale de lista de espera.

Otra de las diferencias a tener en cuenta es la clasificación de los pacientes en las listas de espera.

- En el caso de la quirúrgica, como ya hemos comentado anteriormente, pacientes en espera estructural, que son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles, pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo que son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano y pacientes transitoriamente no programables que corresponden con aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por que existen motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención, pacientes en espera médica, o por motivos personales, pacientes en espera por solicitud de aplazamiento voluntario.
- Mientras que en el caso de las listas de espera diagnósticas los pacientes incluidos en el registro se clasifican pacientes en espera estructural, que incluye a los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada o de la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles, y pacientes en espera no estructural, que corresponde a los pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita como son: los pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente, tales como, pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales o por libre elección de médico y pacientes incluidos en el registro cuya cita se ha establecido sobre una fecha concreta solicitada por el médico peticionario.

En el caso de las listas de espera diagnósticas si analizamos detenidamente los pacientes inscritos en el registro observamos que tanto las pruebas como las consultas no están debidamente clasificados. Por ejemplo, en el caso de las consultas es habitual que tengamos catalogadas como solicitudes de primeras consultas a pacientes que ya han sido vistos por facultativos de la misma especialidad pero que ahora se citan para una consulta monográfica, pacientes de revisión que se citan en huecos de primeras y viceversa, pacientes citados como revisiones en consultas de resultados cuando en la primera visita tan solo se realizó la historia clínica y la petición de pruebas complementarias por lo que estamos a la espera de su realización e informe para poder establecer una valoración diagnóstica, del pronóstico e instauración del tratamiento si ello es preciso, incluso encontramos pacientes que se citan como primeras todos los años aunque se realice un seguimiento periódico de un proceso crónico. Se debiera considerar las citas primeras y de resultados a todos los efectos con la misma consideración como si fueran consultas de alta resolución en las que son necesarias algunas pruebas para poder realizar el diagnóstico y prescribir su tratamiento alternativo.

Respecto a las pruebas observamos otros hechos diferentes tales como, la presencia de una mala clasificación de las pruebas como diagnósticas o de control en un alto porcentaje de los casos así como la creencia generalizada de que sólo atendemos en cuanto al seguimiento de las demoras en el caso de la solicitud de las primeras pruebas diagnósticas cuando igualmente es importante en el caso de las pruebas de control necesarias en los procesos asistenciales en curso pendientes de evaluar la progresión de la enfermedad en función del tratamiento

prescrito y que en muchos casos puede condicionar alternativas terapéuticas distintas en función del resultado de dichas pruebas o la confirmación del tratamiento durante otro periodo de tiempo, incluso la finalización del mismo por curación del proceso.

Todo ello hace más complicado el establecer los tiempos existentes y deseables para la atención en función de los datos existentes en los sistemas de información de todos los centros y comunidades autónomas pudiéndose clasificar el hecho de “*mal de muchos, epidemia*”.

Por otro lado las demoras y esperas en las citas tienen que ver con las fechas que se anotan en los registros de lista de espera y que al analizarlos resultan incongruentes. Así por ejemplo es frecuente que haya fecha de citas anteriores a la fecha de prescripción, pacientes inscritos sin fecha de cita a la espera de revisión por algún especialista, citas programadas que se graban como cita a primer hueco y sin embargo se citan existiendo posibilidad de cita en agenda con una demora a tres, seis meses o un año de la grabación, pacientes de consultas sucesivas o pruebas de control que se citan a primer hueco por que no se citaron cuando se prescribieron permaneciendo en buzones o carpetas archivadas, pacientes que se citan a fecha fija y en los que encontramos que se consideran primeras consultas o pruebas diagnósticas, etc.

Como podemos observar los registros de las listas de espera diagnósticas presentan una gran de incongruencia de los datos que se deben en gran parte al sistema de información de consultas y técnicas data de la época del INSALUD y desde entonces no ha sufrido modificaciones y/o actualizaciones, mientras que se han ido instalando en los hospitales sistemas de información e historias clínicas diferentes y más modernas. Los centros han ido realizando modificaciones no consensuadas a nivel central ni homogéneas respecto a la apertura de las agendas, la definición de prestaciones, los tiempos de atención para las mismas asistencias, disponibilidad de huecos a Atención Primaria, periodo de programación de agenda mínimo por especialidad o prueba, etc. Todo ello condiciona que los diferentes centros en función de quién y cómo cita genere mayor o menor número de errores en la clasificación de pacientes y de las citas realizadas.

Además por si fuera poco debemos tener en cuenta el gran volumen de registros que se manejan en las listas de espera, mientras hablamos de cientos de miles en las quirúrgicas, aquí en las diagnósticas lo hacemos de millones de registros, la actividad de consultas y pruebas complementarias es infinitamente superior a la actividad quirúrgica en sus diferentes modalidades con hospitalización, ambulante, programada o urgente.

Otro aspecto a tener en cuenta similar al anterior, es que en los hospitales la gestión de la lista de espera quirúrgica se realiza por un reducido número de personal administrativo mientras que en el caso de las listas de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas el número de personal administrativo que cita es muy numeroso acorde con el volumen de las mismas y que además se tiene acceso desde el personal administrativo de Atención Primaria. Es por ello que es muy necesario que el personal administrativo de los Servicios de Admisión encargados de la citación ambulatoria esté bien formado, conozca las agendas y prestaciones normalizadas de las diferentes especialidades y pruebas. Es habitual que el desconocimiento o el conocimiento parcial haga que un administrativo cite sobre una sola agenda generando lista de espera cuando existen otras agendas con citas disponibles y no ocupadas porque es la que con más asiduidad cita o conoce.

Es por todo ello necesario instaurar criterios de agendas homogéneas y de un catálogo de prestaciones común y centralizado impidiendo que los centros de forma unilateral y sin control modifiquen el normalizado. Se debe por tanto establecer un modelo homogéneo y posteriormente en seguimiento continuo evaluar las modificaciones pertinentes para la mejora uniforme del sistema en todos y cada uno de los hospitales teniendo en cuenta su nivel asistencial y cartera de servicios.

Los mapeos que se realizan a nivel central y consensuados con todos los centros con el objetivo de minimizar estos aspectos no son suficientes ya que al día siguiente de darlos por cerrados ya hay nuevas agendas y prestaciones creadas que hacen inválido en trabajo realizando, dejando fuera del sistema de información centralizado actividad o demoras generadas en las nuevas agendas y prestaciones generadas. La justificación habitual es que son necesarias para el seguimiento concreto de determinados planes, actividades etc. de los centros y especialidades. Este hecho que resulta digno de tener en cuenta choca con la misma justificación a nivel central del conocimiento agregado y desagregado pero uniforme de la actividad y demoras de los hospitales debiendo llegar al consenso de unos criterios y metodología que lo permita.

Otro aspecto igualmente importante es la necesidad de disponer de agendas abiertas en todos los hospitales, en todas las especialidades y pruebas por un periodo mínimo de un año, que facilite las citas de primeras consultas pero también de consultas de revisión. Las citas a mayor periodo de tiempo deben ser consideradas entre los especialistas de Atención Primaria y Hospitalaria con el desarrollo de protocolos y del establecimiento de una continuidad asistencial efectiva. Un año es un periodo lo suficientemente amplio para que se produzcan cambios en el transcurso de la enfermedad o proceso patológico en tratamiento, que además debe ser seguido complementariamente por los dos niveles de atención de una manera conjunta. Por lo que ante solicitudes por un plazo de tiempo más amplio se debería dar el alta hospitalaria al paciente para que sean los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria los que realicen el seguimiento programado más cercano al paciente con aquellas indicaciones y criterios basados en la evidencia científica disponible.

El argumento que se discute cuando se plantea que se tengan abiertas las agendas de consultas externas y pruebas durante un año es que no se puede programar con tanta distancia los recursos humanos disponibles. Ello no es cierto, lo que implica por el contrario es a una mayor planificación de los periodos de actividad y de disfrute de permisos, licencias, vacaciones y salientes de guardia y al funcionamiento como servicios jerarquizados con capacidad de gestión clínica. Es exigible de una planificación anual de los centros y servicios en donde conste la regulación de la actividad a realizar en función de los periodos estacionales que permitan una mejor atención al paciente y al mismo tiempo al disfrute de los derechos de los trabajadores cumpliendo la normativa vigente respecto a la jornada contratada y los descansos reglamentarios marcados.

La existencia de buzones para consultas sucesivas y pruebas diagnósticas de control que generan en el mejor de los casos, cuando se registran, pacientes sin cita no es deseable ya que en general todavía en estos momentos se archivan sin registro ni cita en clasificadores en papel lo que no permite conocer el volumen de la demanda existente ni las características de la misma, siendo en la mayoría de los casos un aspecto que conduce a dar una información parcial.

Actualmente se han implantado unas modalidades de asistencia a tener en cuenta como las interconsultas ambulatorias realizadas por ambos niveles de asistencia Primaria y Hospitalaria, así como las consultas no presenciales, en especial en el seguimiento de los pacientes con patologías crónicas que deberían tenerse en cuenta tanto respecto a la programación como al registro de la actividad realizada. Lo que favorece atender al paciente en su entorno, evitando desplazamientos inútiles y dando unos tiempos de respuesta más aceptables ante procesos frecuentes y previsibles dedicando unos recursos más ajustados y acordes a la asistencia prestada.

Es preciso, por tanto, generar una nueva cultura de la atención ambulatoria más acorde con la realidad y la actualidad, redactando unas nuevas instrucciones para la gestión de la actividad de consultas externas y pruebas diagnósticas así como para la gestión de la lista de espera diagnóstica que actualice las del INSALUD y que la Comunidad de Madrid desde la época de las transferencias nunca desarrolló, centrándose casi exclusivamente sobre la lista de espera quirúrgica. Igualmente es necesario el desarrollo de herramientas informáticas que permitan una gestión de la actividad y demoras de consultas externas y pruebas diagnósticas, semejante a la que realiza el RULEQ⁵³.

1ª Medida: Elaborar un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas

Definición: Mejorar la información y gestión de las listas de espera diagnósticas de forma homogénea y uniforme en todos los centros, especialidades y pruebas evaluando la calidad de los registros normalizados en sus funciones asistencial, administrativa y estadística o de información.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe desarrollar un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias que se actualice periódicamente con la ayuda de una comisión técnica, siendo útil para la información y la planificación.

Indicador de seguimiento:

- Desarrollo de un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas para los hospitales y las especialidades.
- Establecimiento de una Comisión central de evaluación de las prestaciones y pruebas del catálogo para su permanente actualización incorporando las propuestas de mejora valoradas positivamente.

En la anterior 4ª línea estratégica donde se trataba de la mejora de la organización institucional y de la gestión de los procesos administrativos de la lista de espera se hacía referencia a medidas que tenían que ver con la mejora de la organización institucional de la gestión de las listas de espera, la mejora de los registros de las listas de espera y de los sistemas de información y la mejora de la gestión administrativa donde se consideraron acciones

⁵³ Registro Unificado de Pacientes de Lista de Espera

específicas para la gestión de las consultas externas y pruebas diagnósticas. Entre dichas acciones podemos considerar:

- La designación de un coordinador o responsable de la lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas del hospital.
- La implantación de una comisión de programación, evaluación y seguimiento de la atención ambulatoria así como de las demoras de consultas y pruebas diagnósticas en el hospital formada por la dirección y los responsables de los servicios/unidades que se reunirá con una periodicidad al menos mensual.
- El desarrollo de un registro unificado de lista de espera diagnóstica (SICyT) que incluya los pacientes en espera de atención en consultas externas y para la realización de pruebas complementarias diagnósticas y/o terapéuticas.
- Desarrollo del sistema de información de atención hospitalaria (SIAE), que contenga los datos correspondientes al área ambulatoria de consultas externas y pruebas complementarias, complementando las actividades de los servicios que están ausentes y pasando de un modelo de registro y declaración voluntaria periódica a un sistema de captura de la información on line a partir de los registros de los sistemas de información hospitalarios.
- Elaboración de instrucciones para la gestión del registro de pacientes en lista de espera diagnóstica de consultas externas y pruebas complementarias del Servicio Madrileño de Salud.
- Mejora de la identificación y codificación de los diagnósticos y procedimientos diagnósticos/terapéuticos de los registros de lista de espera y de los sistemas de información.
- Desarrollo de un sistema de registro de los contactos telefónicos con los pacientes que proporcione seguridad y validez jurídica a los procesos administrativos de las llamadas telefónicas.
- Desarrollo e implantación de procedimientos administrativos de localización de pacientes homogéneos en todos los centros públicos del SERMAS según los criterios establecidos.

En este apartado, de la atención ambulatoria, por las consideraciones generales expresadas es de especial importancia elaborar un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas que va a permitir que la información disponible de todos los hospitales y especialidades respecto a la actividad y demoras de las prestaciones y pruebas complementarias sea uniforme y por lo tanto comparable y por tanto permita obtener datos de interés para la evaluación y seguimiento de los objetivos marcados así como la planificación de agendas y recursos necesarios para la atención adecuada de la población.

Conjuntamente a esta medida está la implantación de una comisión central de evaluación de las prestaciones y pruebas del catálogo para su permanente actualización de tal forma que los centros soliciten mejoras a dicha comisión y que todas aquellas que sean aprobadas sean implantadas de forma centralizada y homogénea en todos los centros. Esto supone que los centros no podrán abrir de manera específica prestaciones no normalizadas y las agendas tienen que tener una denominación y configuración homogénea.

Esto servirá para por ejemplo poder realizar seguimiento de los Pactos de gestión de pruebas diagnósticas, evaluación de la actividad de los Programas de prevención de cáncer de mama, cérvix y colon, contabilizar de forma uniforme los pacientes y las exploraciones realizadas en una determinada prueba y considerar especialidades y técnicas diagnósticas como las anatomo-patológicas que en la actualidad no son tenidas en cuenta.

Es este un proceso laborioso, que exige consenso y un trabajo en equipo entre profesionales clínicos, gestores y técnicos con experiencia en sistemas de información que nos llevará a conseguir un catálogo único que nos permita el no tener que depender de mapeos actualizados permanentes de los diferentes centros, especialidades, prestaciones y pruebas para obtener la información, siendo ésta de mucha mayor calidad y homogénea.

En este aspecto una parte muy importante es la formación de todos los agentes que participan en el proceso de la atención ambulatoria, desde los facultativos que prescriben y prestan la asistencia hasta el personal administrativo que cita y registra los datos que definen la atención prestada.

2ª Medida: Establecer protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas

Definición: Establecer los protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas que permitan el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria desde el momento de su indicación, independientemente del proceso de citación. Establecer, difundir e implementar los criterios de identificación de consultas externas primeras, de alta resolución, de resultados y sucesivas, así como de las pruebas complementarias, tanto de diagnóstico como de control.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe establecer los protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas que permitan el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria desde el momento de su indicación que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias.

Indicador de seguimiento:

- Elaboración de un protocolo administrativo homogéneo de elaboración de agendas de consultas y pruebas diagnósticas para los hospitales y las especialidades.
- Establecimiento de una normativa con instrucciones que defina la gestión de las agendas, sus características, diseño, bloqueo, duración, etc.

2ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe establecer, difundir e implementar los criterios de identificación de consultas externas primeras, de alta resolución, de resultados y sucesivas, así como de las pruebas complementarias, tanto de diagnóstico como de control que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias.

Indicador de seguimiento:

- Elaboración de los criterios que definan de manera unívoca las consultas externas primeras, de alta resolución, de resultados y sucesivas, así como de las pruebas complementarias, tanto de diagnóstico como de control para todos los hospitales y especialidades.

- Difundir e implementar los criterios definidos mediante el desarrollo y actualización de los sistemas de información y registro y formación de los profesionales que intervienen en el proceso asistencial ambulatorio.

El área de atención ambulatoria es el ámbito asistencial de las actividades definidas preferentemente para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un proceso de enfermedad o de su prevención de un paciente incluyendo las actividades diagnósticas y terapéuticas no quirúrgicas. Entre sus funciones principales se encuentran la filiación correcta de los pacientes, la citación de consultas externas, pruebas y técnicas, la petición de historia clínica donde no esté implantada electrónicamente, la armonización de las agendas con la actividad asistencial programada, la coordinación de la Atención Primaria y Hospitalaria del Área sanitaria y/o de referencia, el control, mantenimiento y actualización de los registros, así como la gestión de las listas de espera de consultas y pruebas diagnósticas.

El establecimiento de protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas que permitan el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria desde el momento de su indicación, así como el desarrollo difusión, implementación y formación al personal en los criterios de identificación de consultas externas primeras, de alta resolución, de resultados y sucesivas, así como de las pruebas complementarias, tanto de diagnóstico como de control, independientemente del proceso de citación, son aspectos muy importantes de la gestión de la actividad asistencial ambulatoria.

La definición de las características de las agendas como soporte operativo para el diseño y mantenimiento de la estructura de programación de la oferta asistencial ambulatoria según la planificación establecida por la dirección del centro y la organización de los servicios clínicos, debe contener la actividad planificada de consultas y/o técnicas para un facultativo y/o servicio en un rango horario concreto en una sala o local de consultas o de exploración determinada.

Para una correcta definición de las agendas y poder ofertar el recurso necesario para la atención que se solicita la definición de recursos constituye un requisito básico. Los recursos quedarán definidos por la dirección del centro y los responsables de los servicios y deben ser codificados de forma centralizada para su definición única en el sistema. Entre los recursos a definir consideramos los siguientes:

- El catálogo de personal sanitario, con el código de empleado y el servicio o unidad en la que presta su actividad asistencial
- La cartera de servicios del centro, incluyendo los servicios y unidades funcionales y las prestaciones asistenciales ofertadas definidas por un código, su estado (activo o no), el tiempo máximo de demora, necesidad de preparación previa, acceso a niveles asistenciales, posibilidad de derivación, la cartera de servicios de referencia e información asistencial obtenida.
- El catálogo de locales de consulta y salas especiales con el código y ubicación correspondiente.
- Calendario de días hábiles del centro y de la actividad de los servicios para dicha actividad, definiendo los días hábiles y los no disponibles para la programación, debe de comprender un año.

- Sistema de citación centralizado e informatizado, que es la herramienta básica para el desarrollo operativo de toda la gestión de esta actividad.

Una vez definidos los recursos, es necesario su mantenimiento actualizando las altas y bajas que se producen en cada momento así como las variaciones anuales del calendario laboral del centro.

Se entiende por agenda la actividad planificada de consultas y/o técnicas para un facultativo y/o servicio en un rango horario concreto en una sala de consultas o de exploración determinada. La agenda puede ser general, de acceso a todos los servicios y niveles o monográfica, con acceso restringido al servicio para una asistencia específica. Los atributos mínimos de una agenda son:

- Código de identificación y descripción literal de la misma.
- Especialidad, Servicio y unidad funcional responsable.
- Centro asistencial y sala o local donde se realiza la actividad.
- Tipo de agenda general o monográfica, acceso a niveles asistenciales y si es de referencia.
- Horario de la agenda, rango horario (hora de inicio y fin), días de la semana y turnos de trabajo mañana, tarde o ambos.
- Pacientes citados por número, por tiempo, en bloque, multicita.
- Prestaciones que se realizan especificando la duración tipo en minutos, los días, horarios y turnos en los que se atenderán.
- Facultativo responsable de realizar la actividad programada, agenda personalizada o general de servicio/unidad.
- Estado de la agenda activa o no y periodo de programación
- Condicionantes para la prestación de determinadas prestaciones como preparaciones o requisitos previos a realizar anteriores a la actividad.

Para ello se debe tener en cuenta los periodos vacacionales, en ningún momento la disminución de la actividad programada debe ser superior al 30%, registrar adecuadamente las guardias para tener en cuenta los salientes. Las aperturas, bloqueos y cierres de agenda deben de ser solicitadas por los responsables de los servicios, autorizadas por la dirección del centro y formalizadas por el Servicio de Admisión a través del coordinador de la atención ambulatoria.

Es fundamental el mantenimiento y la actualización de las agendas que pueden ocasionar el bloqueo de la misma o el cambio de su estructura. En ambos casos puede darse la circunstancia de que sea necesario el cambio de la hora o fecha asignada a pacientes programados, lo que se denomina reprogramación. Un nivel de reprogramación alto, superior al 15%, suele indicar una mala definición y gestión de la agenda. Todo cambio o apertura de agendas debe ser comunicado al personal administrativo de la unidad de citaciones en forma de instrucciones específicas y al personal de enfermería para asignar los recursos correspondientes, si ello fuera preciso.

Las agendas deben estar abiertas y operativas con las prestaciones activas al menos durante el periodo de un año, de forma que permita la citación de la actividad solicitada. Se debe tener en cuenta la existencia de lista de espera en cuyo caso se recomienda al menos un periodo de apertura semejante al tiempo de demora para la prestación de la asistencia prescrita.

La gestión de las citas consiste en el conjunto de actividades para la gestión de agendas programadas de prestaciones que demandan la atención integrada de los pacientes que requieren asistencia en consulta o procedimiento diagnósticos y/o terapéuticos no quirúrgicos. En el caso de la prestación de procedimientos con carácter urgente o a pacientes ingresados, la tramitación sólo se refiere al registro de la actividad al tener preferencia absoluta la asistencia sobre los pacientes programados ambulatorios.

Todas las solicitudes de citas deben ser originadas por un facultativo autorizado, responsable de la asistencia del paciente en un momento dado utilizando el soporte documental normalizado que al menos constará de los siguientes datos:

- Datos de filiación: apellidos y nombre, CIP, Número de historia clínica y teléfono del paciente.
- Peticionario: Atención Primaria (centro de salud y facultativo), Atención Hospitalaria (servicio y/o unidad y facultativo) con firma y CIAS.
- Servicio/Unidad solicitado y Prestación requerida.
- Fecha de la prescripción, fecha en la que se realiza la solicitud por parte del facultativo
- Fecha de la indicación, fecha para la que se solicita la consulta, procedimiento diagnóstico y/o terapéutico a criterio del facultativo que la solicita, cuando no hay fecha se entiende que es el día de la prescripción.
- Circunstancia de la prestación, considerada como primera, alta resolución, resultados, sucesiva o de revisión y preventiva.
- Prioridad, indicando el carácter normal o preferente de la prestación.
- Resumen clínico de la situación del proceso del paciente que motiva la petición.

En el caso de solicitudes de acceso directo se procede a la asignación de cita de forma inmediata y en tiempo real. En el caso de solicitudes para servicios/unidades de referencia o monográficas se remite la solicitud de forma inmediata y a tiempo real, comunicando posteriormente la cita por correo o teléfono directamente al paciente y en todo caso antes de las 48 horas desde su solicitud.

El procedimiento de asignación de la cita persigue la facilitación del día y hora en que el paciente va a ser atendido para una prestación ambulatoria no quirúrgica determinada por un facultativo concreto y en un centro y local específico. La pauta de actuación requiere:

- La identificación del paciente en el fichero maestro de pacientes, comprobando los datos referentes a financiación.
- Revisión del documento de solicitud, identificación de la prestación solicitada, la fecha de indicación y la fecha y hora idónea para el usuario que puede ocasionar la solicitud de un aplazamiento voluntario por motivos laborales, personales o por libre elección de facultativo. En los casos de los hospitales que dispongan de historia clínica electrónica la solicitud puede realizarse informáticamente.

- Búsqueda del recurso solicitado, localizando la agenda, especialidad y prestación con la fecha y hora más cercana a la propuesta por el facultativo o solicitada por el paciente.
- Emisión del formulario de citación donde se identifican los datos del paciente (Apellidos y nombre, número de historia), destino de la cita (especialidad/servicio/unidad, facultativo, agenda, prestación, prioridad, fecha de indicación o aplazamiento voluntario) origen de la cita (especialidad/servicio/unidad, facultativo, fecha de prescripción), datos de financiación.
- Confirmación de la cita e información al paciente entregando la nota de cita, documento que acredita la asignación de una cita en una agenda en una fecha y hora concreta para una determinada prestación asistencial por una especialidad/servicio/unidad específica, así como cualquier otro tipo de trámite o preparación previa a la realización de la asistencia solicitada.
- Posteriormente pueden producirse circunstancias que originen reprogramación o anulación de las citas debidas a solicitud del paciente, motivos clínicos indicados por el facultativo, solicitud de la especialidad/servicio/unidad, por modificación o bloqueo de la agenda, por motivos institucionales, por rechazar la derivación o por reprogramación múltiple de citas del mismo paciente y por error entre otros.
- En todo momento debe quedar registrado la fecha, hora y persona que realiza la anulación o reprogramación, el solicitante y el motivo y cualquier otra información que se considere de interés que se registrará en el campo de observaciones.
- En todo momento se debe comunicar el resultado de los cambios en la programación a la dirección, servicio/unidad y pacientes. La comunicación con el paciente ha de ser directa con el propio interesado o representante legal y debe constar la forma de contacto, fecha, hora y persona que contacta, resultado del contacto realizado y cualquier otra información de interés.
- Difusión de la actividad programada a todos los receptores de la información servicios/unidades y facultativos para que puedan consultar antes del inicio de la actividad el listado de actividad programada donde conste al menos los datos identificativos del paciente, el número de historia clínica, prestación asistencial, lugar, fecha y hora, servicio/unidad y facultativo responsable.

Otro aspecto importante de la atención ambulatoria es el registro de la actividad que consiste en el reconocimiento de la información asociada a la actividad realizada. Para ello se realizan diferentes actividades entre las que se encuentran:

- Captura de actividad o registro de la actividad realizada, tanto la previamente programada y realizada, como la vista y no citada, y la citada y no ejecutada, recogiendo en todos los casos la prestación atendida. La actividad se clasifica en actividad programada realizada, actividad sin cita previa, actividad realizada en otro centro vinculado, actividad urgente, actividad pacientes ingresados, actividad no realizada al no acudir a la cita para la que se había reservado un hueco en la agenda.
- El registro de la actividad, consistente en la confirmación de cada registro programado realizado o no y el registro de pacientes no programados en tiempo real. El registro de la actividad no programada (urgente e ingresado) se realiza filiando los pacientes para la prestación atendida sin cita previa.
- La captura de la actividad es fundamental y debe ser revisada diariamente. Deben existir procedimientos que nos avisen de la actividad pendiente de capturar ya que a partir de esta información se mantienen y actualizan las bases de datos de actividad de los

servicios/unidades y las atenciones prestadas o no a los pacientes, que pueden conllevar efectos legales. El formulario de captura de actividad se debe facilitar por los responsables de la agenda donde se especifica los pacientes vistos y no vistos y su procedencia programada, ingresado o urgente. La captura propiamente dicha puede ser realizada on line por el facultativo que realiza la prestación o por el personal administrativo del área asistencial a partir del formulario facilitado por el responsable de la agenda.

Por último, es importante tener en cuenta la coordinación organizativa del proceso asistencial, aspecto que hace referencia al conjunto de actividades administrativas asociadas al soporte operativo del proceso asistencial. Se consideran incluidas las siguientes actividades:

- Emisión de justificantes de asistencia que justifican la asistencia de un paciente al centro para recibir asistencia médica de forma normalizada. El justificante contiene al menos la siguiente información: identificación del paciente (nombre y apellidos, DNI), fecha de la asistencia, fecha de la expedición y usuario que tramita el documento. Hay que ser muy cuidadosos en la emisión de justificantes de la información que se refleja y a quien se le emite, comprobando siempre si tiene derecho a la misma, en especial con niños y personas incapacitadas legalmente.
- Soporte administrativo a la gestión clínica en la generación y edición de informes clínicos, recuperando del sistema la información contenida en el formulario, la información contenida en la legislación vigente y la definida en su formato por la dirección del centro y los servicios/unidades a través de la Comisión de Historias Clínicas del centro.
- Soporte informativo al proceso clínico, actuando como punto de referencia para la transmisión de información específica en los aspectos administrativos relativos al ingreso y asistencia del paciente relacionados con su proceso asistencial. Para ello es recomendable la existencia en el centro de un Manual de Acogida, un Manual de Procedimiento del Servicio de Admisión y la autorización de acceso al Sistema de Información Institucional de Instrucciones Previas.
- La gestión del transporte sanitario que incluye la tramitación de las solicitudes de transporte no urgente para los pacientes que tengan indicación clínica (diálisis, oncología, rehabilitación) recomendada por un facultativo autorizado. Los centros deben disponer de un local de transferencia donde el paciente espera mientras se hace efectivo el traslado con el objetivo de dejar libre el recurso, consulta, sala de exploración, etc., que estaba ocupando.

3ª Medida: Centralización de las agendas de consultas y pruebas diagnósticas

Definición: Centralizar todas las agendas y establecer, desarrollar e implantar un gestor de peticiones de citas y pruebas diagnósticas en todos los centros.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un gestor de peticiones de citas y pruebas diagnósticas en todos los centros que permita el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria desde el momento de su indicación que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias.

Indicador de seguimiento:

- Análisis de la citación programada en las agendas de consultas y pruebas diagnósticas para los hospitales y las especialidades, así como su procedencia.
- Estudio de la actividad realizada ya sea programada o no en las agendas de consultas y pruebas diagnósticas para los hospitales y las especialidades, así como su procedencia.
- Análisis de la actividad no programada en las agendas de consultas y pruebas diagnósticas originada por pacientes derivados de la urgencia, por interconsulta de pacientes hospitalizados o como consecuencia de prestación de alta resolución.
- Estudio de las demoras en el registro de actividad ambulatoria de aquellas solicitudes que precisen una validación por un especialista hospitalario y que por tanto figuren incluidas pero sin fecha de citación.

La centralización de todas las agendas y el establecimiento, desarrollo e implantación de un gestor de peticiones de citas y pruebas diagnósticas en todos los centros facilita la gestión y coordinación de las listas de espera diagnósticas.

Se trata de centralizar las listas de espera que incluyen a todos los pacientes de todos los facultativos de un área concreta y para una especialidad en particular con el fin de obtener una mayor eficiencia y capacidad de responder a un criterio de prioridad relativa. Para su correcto funcionamiento, tanto la población como los clínicos y los gestores necesitan un conocimiento pleno de las listas y tiempos de espera a fin de adoptar decisiones bien informadas.

Para conseguir los efectos positivos de la coordinación de las listas de espera, todos los profesionales sanitarios deben comprender la eficacia de esta medida, estando garantizada la seguridad y calidad del modelo. Es imprescindible que el planteamiento de una centralización de la lista de espera esté soportada por un planteamiento clínico riguroso y consensuado con los profesionales, ya que de no ser así y se trata simplemente de centralizarlas con carácter puramente administrativo, el modelo fracasará. Es preciso la gestión clínica de las mismas y la implicación de los profesionales en la atención sanitaria prestada que deberá estar basada en la participación activa y responsable de los profesionales y en la consecución de los objetivos fijados. Ello supone, por tanto, la gestión de las acciones, tareas y recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes por los profesionales sanitarios, todo ello en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

Esta medida permite igualmente la priorización de pacientes y el establecimiento de tiempos de demora, siendo de singular valor para garantizar la equidad de utilización. Consiste en establecer sistemas para organizar las listas de espera de manera que se atiendan en primer lugar los pacientes cuya ganancia total sea mayor, entendiendo esta ganancia por paciente en términos de gravedad de la enfermedad, de beneficio esperado u otros condicionantes sociales y económicos. El resultado esperable es que el paciente que espera más tiempo no debe ser el que más lo necesite o mayor beneficio pueda obtener con la asistencia prescrita.

Sin embargo, en la práctica común, dentro del conjunto de pacientes que esperan para una determinada prestación ambulatoria no urgente, los tiempos de demora en la atención suelen ser similares, a pesar de que los pacientes tengan niveles diferentes de necesidad sentida y/o objetiva. Esto se debe a que la única variable utilizada en la priorización, al menos

explícitamente, es el tiempo de espera. La forma habitual y predominante de gestionar la lista de espera es aquella en la que se atiende a quien primero llega, por tanto, el orden en el que los pacientes reciben el servicio está determinado por un único criterio, su orden de entrada en la lista y por tanto pacientes diferentes son tratados de igual forma.

Es probable que como consecuencia de esta actuación las personas incluidas en una lista de espera sufran un riesgo adicional derivado del tiempo de espera hasta que obtienen la prestación sanitaria solicitada que conlleva un tratamiento o seguimiento específico. Pero, además, no todas las personas en lista de espera tienen las mismas necesidades sociales, familiares, económicas, etc. y por tanto la repercusión sobre la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar puede ser muy diferente.

Un sistema de priorización explícito permite garantizar que hay consistencia y transparencia en la provisión de la atención. La participación ciudadana en el establecimiento de prioridades puede suponer una mayor aceptabilidad y confianza en el sistema.

4ª Medida: Favorecer la continuidad asistencial

Definición: Facilitar la citación directa de consultas y pruebas desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria en todos los centros y el seguimiento clínico compartido y coordinado en el nivel asistencial adecuado en el área sanitaria.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un catálogo de citas y pruebas diagnósticas en todos los hospitales que permita el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria generados en Atención Primaria.

Indicador de seguimiento:

- Establecimiento de catálogo de consultas y pruebas a las que atención primaria tenga acceso en todos los centros, así como su frecuentación.
- Establecer una comisión centralizada entre la atención primaria y la hospitalaria que actualice el catálogo y analice la adecuación de la solicitud de consultas y pruebas desde atención primaria al catálogo establecido.

2ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un sistema de citas y pruebas diagnósticas en todos los hospitales que permita el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria generados en Atención Primaria desde el momento de su indicación que permita la visión homogénea de la actividad y listas de espera diagnóstica de los centros, especialidades, prestaciones y pruebas complementarias.

Indicador de seguimiento:

- Desarrollo de protocolos normalizados de citación entre ambos niveles: primaria y hospitalizada.
- Estudio de la solicitud y atención de las consultas y pruebas tramitadas desde atención primaria, así como sus demoras.

El Servicio Madrileño debe favorecer la continuidad asistencial facilitando la citación directa de consultas y pruebas desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria en todos los centros y el seguimiento clínico compartido y coordinado en el nivel asistencial adecuado en el área sanitaria.

Una de las medidas a implantar es la formalización en los Contratos de Gestión de los hospitales y de los centros de salud un catálogo de acceso directo a consultas y pruebas que no debe de estar condicionado por el nivel del hospital que se tenga de referencia, para lo cual se debe establecer un sistema de referencias y derivaciones centralizado que permita el acceso homogéneo de todos los pacientes a las prestaciones definidas.

Para ello en primer lugar se deberá realizar un estudio de la situación actual de partida analizando en cada centro de salud y en cada hospital las derivaciones de especialidades, consultas y pruebas a las que atención primaria tiene acceso directo en las agendas de los hospitales. En un segundo momento se consensuará un catálogo homogéneo por una comisión central entre atención primaria y atención hospitalaria que se base en la evidencia y permita un uso responsable de los recursos. Como objetivo debe considerarse que se tenga acceso de forma gradual a todas las prestaciones que faciliten la atención y el seguimiento del paciente de forma directa por los facultativos de atención primaria sin necesidad de derivación al hospital.

Es necesario realizar un análisis de las derivaciones tanto cuantitativo como cualitativo. Para ello es preciso establecer tasas de derivación y frecuentación basadas en la realidad existente que contemple la diferente utilización del sistema en las distintas zonas geográficas por los pacientes. Igualmente se debe analizar la pertinencia de la derivación realizada en función de la patología o proceso considerado.

El establecimiento de protocolos específicos para la atención de procesos en determinado grupo de pacientes, la figura de especialistas consultores a nivel del hospital y el desarrollo de interconsultas no presenciales entre los clínicos de ambos niveles son medidas que han resultado eficaces en algunos centros y comunidades autónomas. Aquellas medidas que mejoren el funcionamiento del sistema sanitario inciden favorablemente en la disminución de los tiempos de demora y mejoran la accesibilidad. No debemos, sin embargo, obviar que estas mejoras en la accesibilidad deben ir acompañadas de un mantenimiento e incremento de la calidad de los cuidados prestados.

Por otra parte el que el paciente sea atendido lo más cercano a su entorno y en el primer nivel de atención y en el momento preciso debe ser el objetivo de todos, ello además da satisfacción a los pacientes y motiva a los profesionales. Ello se facilita con la existencia de historias clínicas electrónicas interoperables, visores clínicos e implantación de historias clínicas únicas para el paciente en el que se registre la asistencia por parte de todos los agentes participantes en la misma independientemente del nivel donde se actúe.

Es decir, para mejorar y favorecer la continuidad asistencial entre los dos niveles se debe analizar la organización, las indicaciones, la frecuentación, la capacidad del sistema, las tendencias en materia de práctica clínica y otros factores subyacentes que intervienen en los resultados finales y, por consiguiente, en los tiempos de demora. El objetivo es conseguir la mejor asistencia posible, en el lugar adecuado y en el momento preciso para lograr la mejor salud en la población.

El sistema sanitario español presenta características que le diferencian de otros sistemas de países desarrollados, como el escaso desarrollo de la atención socio-sanitaria, el elevado número de consultas por habitante o asegurado, tanto en los centros de salud de atención primaria como en los hospitales, la elevada tasa de frecuentación de urgencias o el importante peso del gasto farmacéutico respecto al total del gasto sanitario. Las reflexiones y propuestas de actuación en estos puntos han sido insuficientes y siempre de naturaleza parcelar, no existiendo una visión clara y una formulación precisa de cuáles eran las bases, objetivos y metas finales del Sistema Nacional de Salud en su conjunto.

Esta realidad ha provocado problemas de accesibilidad, descoordinación en los procesos de atención entre ambos niveles, una fragmentación del sistema y una falta de actuaciones en prevención, tanto primaria como secundaria. Estas peculiaridades han debilitado la propia capacidad de los servicios sanitarios para proporcionar una respuesta suficiente a la demanda asistencial, generando situaciones de espera excesiva para la atención de pacientes en consulta externa primaria y hospitalaria, en pruebas diagnósticas y en procedimientos quirúrgicos.

Las estrategias a corto plazo que han dominado el escenario de actuación de las administraciones y que determinan el tipo de respuesta obtenido han sido los auto-conciertos, conciertos, planes de demora, etc. Este tipo de abordaje no plantea medidas que actúen sobre los factores que afectan a la oferta o a la demanda y que estén sustentadas en necesidades evaluadas, explícitas y transparentes, por lo que la implicación de los profesionales es baja y la participación activa y bidireccional de los ciudadanos ha sido inexistente. Para conseguir este objetivo es necesario lograr la implicación no solo de la Administración sino también de los profesionales tanto desde el punto de vista clínico como de gestión.

Las nuevas tendencias a los autocuidados, la formación y capacitación de los pacientes y cuidadores para que puedan ser gestores de su propio proceso, la responsabilización de los pacientes como parte activa de la atención de los problemas de salud en el uso racional de los recursos hace que los pacientes y asociaciones deban participar en el diseño de la atención sanitaria.

Los pacientes no son el problema deben ser parte de la solución del mismo, para lo cual deben participar activamente corresponsabilizándose de la asistencia y siendo conscientes de que el seguimiento de las recomendaciones realizadas por el personal sanitario buscan la mejora de su salud, el cuidado de los periodos de enfermedad y la rehabilitación cuando ello sea necesario y posible, sin olvidar que es mejor prevenir que curar actuando de manera responsable en la adquisición de prácticas y hábitos de vida saludables.

Por último no debemos olvidarnos del aspecto y del espacio socio-sanitario y de la colaboración entre los servicios sociales y los sanitarios. Pacientes y familias independientes pasan a ser dependientes al presentar un proceso de enfermedad, el sistema debe prever estas situaciones para prestar la atención sanitaria precisa en el momento adecuado y coordinar la prestación social cuando ello sea necesario para reintegrar al medio al paciente lo antes posible.

Línea Estratégica	Descripción	
6ª Línea estratégica	Adecuación de la demanda y optimización de los rendimientos de consultas externas y pruebas diagnóstica	
	1ª Medida	Actuación sobre la variabilidad clínica en consultas y pruebas diagnósticas
		<p><u>Definición:</u> Actuar sobre la variabilidad clínica en consultas y pruebas diagnósticas estableciendo protocolos consensuados de derivación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria en procesos graves y frecuentes entre los centros de salud y los hospitales.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe establecer, desarrollar e implantar protocolos y circuitos consensuados entre los dos niveles asistenciales que permitan el acceso ágil de los ciudadanos a la asistencia hospitalaria para los procesos más frecuentes y los de mayor gravedad o prioritarios.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar los protocolos y circuitos consensuados entre los equipos de atención primaria y los servicios hospitalarios para la derivación de consultas externas en los procesos más frecuentes y los de mayor gravedad. • Considerar los protocolos y circuitos consensuados entre los equipos de atención primaria y los servicios hospitalarios para la solicitud de pruebas diagnósticas en los procesos más frecuentes y los de mayor gravedad. • Estudiar la frecuentación por mil TSI en consultas y pruebas diagnósticas sobre el número total de pacientes y de las entradas en lista de espera por centro, especialidad y prueba. • Comparar la frecuentación por mil TSI en consultas y pruebas diagnósticas sobre la actividad realizada por centro, especialidad y prueba. • Analizar las entradas en lista de espera diagnóstica en relación al número de consultas atendidas por centro, especialidad y prueba.
	2ª Medida	Optimización de los recursos en consultas y pruebas diagnósticas
		<p><u>Definición:</u> Establecer criterios de mejora para la optimización de los recursos físicos, humanos y equipamiento asignados a consultas externas y pruebas diagnósticas en los centros, especialidades y técnicas del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Optimizar en todos los centros, especialidades y técnicas diagnósticas la asignación de recursos en base a criterios normalizados y homogéneos.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer agendas tipo por turno, jornada o sesión en consultas externas y pruebas diagnósticas por especialidad y técnica. • Analizar la actividad programada y la realizada por consulta y técnica por turno, jornada o sesión ordinaria y extraordinaria.
	3ª Medida	Establecer sistemas de retribución variables
		<p><u>Definición:</u> Asociar el rendimiento objetivo en base a indicadores en consultas y pruebas diagnósticas a la retribución variable a nivel de los centros y servicios/unidades del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> Implantar Contratos de Gestión por centro y Acuerdos de gestión por servicio/unidad con objetivos, indicadores y metas ponderados que faciliten la evaluación del desempeño y el rendimiento asociado a la productividad variable.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud Contratos de Gestión con objetivos, indicadores y metas para evaluar su grado de cumplimiento e instaurar un sistema de reparto de la productividad variable. • Establecer en todos los servicios/unidades del Servicio Madrileño de Salud Acuerdos de Gestión con objetivos, indicadores y metas para evaluar su grado de cumplimiento e instaurar un sistema de reparto de la productividad variable.

Línea Estratégica	Descripción	
6ª Línea estratégica	Adecuación de la demanda y optimización de los rendimientos de consultas externas y pruebas diagnóstica	
	4ª Medida	Implantar Pactos de Gestión normalizados
		<p><u>Definición:</u> Implantar Pactos de Gestión normalizados en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud como compromiso de la mejora de la Lista de Espera de pruebas diagnósticas ampliando para ello de forma programada la actividad de tarde en días laborables y durante la jornada de los sábados, domingos y festivos.</p> <p><u>1ª Acción:</u> En el Servicio Madrileño de Salud implantarán Pactos de Gestión en todos los centros y especialidades que sea necesario para la mejora de la lista de espera diagnóstica ampliando la actividad programada de tarde en días laborables y durante la jornada de los sábados, domingos y festivos e internalizando gradualmente la actividad asistencial externalizada a través de conciertos a centros privados.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de los indicadores de lista de espera diagnóstica en las técnicas, especialidades y centros con Pactos de Gestión para la realización de Lista de Espera propia. • Mejora de los indicadores de lista de espera diagnóstica en las técnicas, especialidades y centros con Pactos de Gestión para la realización de Lista de Espera ajena.
	5ª Medida	Instaurar nuevos modelos de asistencia
		<p><u>Definición:</u> Implantar modelos generalizados y homogéneos en la práctica asistencial en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud que redunden en la mejora de la atención y contribuyan a la mejora de la lista de espera diagnóstica en consultas externas y técnicas.</p> <p><u>1ª Acción:</u> En el Servicio Madrileño de Salud implantarán nuevos modelos y se desarrollaran los ya existentes con el objetivo de mejora de la atención y de los tiempos de espera de consultas y técnicas diagnósticas.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer modelos de consulta de alta resolución en los procesos más frecuentes y sencillos generando alta el mismo día de la asistencia con la realización de las pruebas complementarias precisas. • Definir e implantar consultas no presenciales en las agendas programadas de las consultas externas de los centros y servicios/unidades. • Desarrollar en determinadas especialidades el uso de la telemedicina en la práctica habitual de consultas externas. • Impulsar la figura de especialistas consultores de referencia en atención hospitalaria para consultas externas y pruebas diagnósticas. • Potenciar el papel del personal de enfermería en la atención sanitaria.

Línea Estratégica	Descripción	
6ª Línea estratégica	Adecuación de la demanda y optimización de los rendimientos de consultas externas y pruebas diagnóstica	
	6ª Medida	Implantar la Gestión Clínica
		<p><u>Definición:</u> Implantar la Gestión Clínica de forma normalizada en todos los servicios y unidades de los centros del Servicio Madrileño de Salud que de forma voluntaria lo elijan como modelo de gestión que permite mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.</p> <p><u>1ª Acción:</u> En el Servicio Madrileño de Salud se implantará el modelo de Gestión Clínica en las especialidades que lo elijan como modelo de gestión basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles. En este caso los objetivos se dirigen a la gestión de la lista de espera diagnóstica en consultas externas y técnicas.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de pacientes programados procedentes de lista de espera y correspondientes a la población diana marcada como objetivo. • Demora máxima para la realización de una prueba a pacientes hospitalizados inferior a 24 horas o procedentes de urgencias inferior a 4 horas. • Demora máxima de 60 días en lista de espera estructural de consultas y de 30 días en lista de espera estructural de pruebas diagnósticas. • Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas no procedentes de lista de espera. • Índice entre las entradas y salidas en lista de espera diagnóstica a nivel de centro, especialidad y prueba en seguimiento mensual y acumulado en relación con el objetivo. • Porcentaje de pacientes en lista de espera estructural sobre el total de pacientes en lista de espera diagnóstica. • Relación entre la espera media de los pacientes que han salido de lista de espera y la demora media de los pacientes en lista de espera diagnóstica. • Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica en jornada ordinaria sobre el total de las salidas. • Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica en jornada extraordinaria mediante Pactos de Gestión sobre el total de las salidas. • Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica sin atención por no acudir a la cita sobre el total de las salidas.
	7ª Medida	Establecer criterios de seguridad y eficacia en la asistencia
		<p><u>Definición:</u> Establecer e implantar en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud criterios seguros y eficaces en la asistencia sanitaria estableciendo protocolos y siguiendo las indicaciones de las especialidades sobre actividad evitable o no deseable que redunden en la mejora de la atención y contribuyan a la mejora de la lista de espera diagnóstica en consultas externas y técnicas.</p> <p><u>1ª Acción:</u> En el Servicio Madrileño de Salud implantará criterios seguros y eficaces en la asistencia sanitaria mediante el establecimiento de protocolos y las indicaciones de actividad evitable que aconsejan las especialidades médicas aplicados a las consultas y técnicas diagnósticas.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer prácticas asistenciales no deseables en las técnicas diagnósticas más frecuentes. • Elaboración e implantación de protocolos clínicos para la derivación y/o solicitud de pruebas diagnósticas, tanto a nivel de primaria como de los hospitales incluyendo criterios de adecuación para evaluación del grado de cumplimiento.

Los objetivos de esta línea están orientados a racionalizar la demanda y conseguir una gestión óptima de consultas externas y pruebas diagnósticas. Para ello se plantean medidas que permitan vincular el rendimiento a complementos de productividad y actuaciones sobre la demanda, gestión clínica y optimización de los rendimientos de las actividades ambulatorias.

Al actuar sobre esta línea estratégica debemos de incidir, al igual que lo hicimos al tratar el área quirúrgica, en aspectos que tratan sobre la variabilidad clínica, la gestión clínica, la optimización de recursos, la accesibilidad y la seguridad y eficacia en la asistencia ambulatoria

de los procesos asistenciales. Algunos aspectos han sido tratados conjuntamente anteriormente, mientras que otros se ha considerado adecuado presentarlos de forma diferenciada al presentar algunas características dignas de tener en cuenta.

Un elemento a tener en cuenta para el desarrollo de esta medida es la situación de los sistemas de información y registros de lista de espera. Desde las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas apenas se han desarrollado de forma importante, y además se mantienen todavía diferencias significativas entre las distintas comunidades, a pesar de la publicación del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Algunas comunidades como Madrid, ha venido incumpliendo los criterios y normas para la elaboración del registro de pacientes en lista de espera y no proporciona datos al Ministerio de Sanidad.

Es necesario que el Ministerio de Sanidad asuma el liderazgo, desarrollándose un sistema de información útil para las comunidades donde se recojan las investigaciones sobre los factores que influyen en las listas de espera; mientras que las comunidades autónomas asuman el compromiso de su participación, análisis y desarrollo en sus ámbitos respectivos, evaluando los resultados de la aplicación de los tiempos de garantía en la lista de espera a corto, medio y largo plazo.

Parece lógico plantearse el establecimiento de nuevos escenarios organizativos y de asistencia sanitaria en los que se plantee un enfoque integrado de todo el proceso de atención, considerando aspectos como los procedimientos administrativos, la organización estructural y funcional, la gestión clínica, la variabilidad de la práctica asistencial, la optimización de recursos, la accesibilidad efectiva de la población, la seguridad y eficacia en la asistencia de los procesos asistenciales, el diagnóstico, el tratamiento, la gestión de datos clínicos, la formación, la educación sanitaria, la corresponsabilidad de los pacientes y cuidadores, etc.

Se deben de actualizar, modificar y desarrollar aspectos contemplados en las normativas actuales y vigentes y que ya sea a nivel estatal o comunitario no han contemplados y están pendientes de impulso y mejora. En el momento actual las tecnologías de la información y la comunicación han de ser un soporte fundamental en el desarrollo de estos nuevos modelos organizativos.

El mejor abordaje en la gestión de las listas de espera es no resignarse a la inevitabilidad de su existencia en un sistema público como el nuestro y a las actitudes de incremento periódico de la oferta asistencial en sus diferentes modalidades. Es posible un abordaje integral y multifactorial de la accesibilidad y de los tiempos de demora en los servicios sanitarios públicos. La estrategia debe estar basada en que más no es necesariamente mejor, que debemos buscar la eficacia y efectividad y solo hacer las acciones y actividades que la evidencia muestra. Esto solo puede conseguirse introduciendo los cambios necesarios para que el modelo se oriente exclusivamente a las necesidades del paciente, la variabilidad de la práctica clínica esté controlada y las ineficiencias organizativas y de gestión queden minimizadas.

El incremento de los recursos no se ha acompañado de modificaciones sustanciales en las condiciones y métodos de trabajo de los profesionales sanitarios y las fórmulas de financiación destinadas a la disminución de las listas son un elemento clave para entender algunos de los problemas y tensiones que se producen en el ámbito sanitario. La actuación sobre las listas de

espera se ha entendido como un elemento situado fuera del escenario habitual de prestación de servicios sanitarios, desarrollándose modelos de financiación a través de Pactos de Gestión fijándose la actividad, los rendimientos y objetivos a alcanzar, la auto-concertación directa con los profesionales mediante pago por acto y el concierto con la sanidad privada mediante financiación pública. Estos diferentes modelos se han desarrollado con diferentes variantes en las distintas autonomías y hospitales con resultados dispares.

Habitualmente la situación planteada responde a dinámicas internas de presión profesional y sindical en los centros, a estrategias de los gestores y la administración, a presiones en los niveles de decisión políticos para la mejora y presentación de resultados favorables, etc., de este modo los profesionales de cada centro negocian sus propios incentivos existiendo importantes diferencias retributivas entre comunidades, hospitales y profesionales, que se justifican en una mal entendida autonomía de gestión.

El impacto de la auto-concertación en las retribuciones de los profesionales es considerable y ha desencadenado una reivindicación justa en los profesionales que no tenían esta actividad y un desánimo importante en los profesionales comprometidos con los objetivos institucionales y que realizan una buena gestión de los recursos asistenciales asignados. Es por todos conocido⁵⁴ que el pago por acto para reducir la lista de espera quirúrgica incentiva comportamientos oportunistas que tienen como consecuencia el incremento innecesario de los tiempos de espera y el riesgo de intervenir a personas que en otras circunstancias no se haría. Se ha introducido el pago por acto médico como un epígrafe más de la nómina en un sistema retributivo de carácter salarial. La paz social ha tenido un alto coste, tanto económico como profesional que no ha solucionado a medio y largo plazo la situación de las listas de espera. Los diferentes servicios de salud no han querido modificar el sistema retributivo introduciendo nuevas dedicaciones horarias o elementos ligados al rendimiento o a los resultados y esta situación condiciona fuertemente el futuro para un abordaje serio y riguroso de los tiempos de demora.

Son necesarias por tanto medidas de gestión que pongan el acento en la adecuación y control de la demanda, la planificación sanitaria con arreglo a criterios de evidencia científica y las buenas prácticas de los profesionales, que son, en último término, los auténticos determinantes del consumo de recursos. Está suficientemente demostrado en la literatura médica que una parte de la lista de espera se genera por la dificultad de precisar la indicación quirúrgica o diagnóstica pudiéndose observar importantes variaciones en los procesos de enfermedad y en la utilización de recursos. El pensarse dos veces la indicación quirúrgica o diagnóstica mediante la puesta en marcha de consultas de segunda opinión permite actuar en la puerta de entrada a la lista de espera, la indicación de la inclusión, desde el conocimiento clínico de los profesionales.

El origen de la variabilidad en la toma de decisiones clínicas individuales se encuentra en la incertidumbre ante la falta o desconocimiento de la existencia de evidencia científica adecuada sobre actuaciones diagnósticas o terapéuticas. Esta incertidumbre se ve agravada por las presiones externas o institucionales que reciben los profesionales, así como los recursos y oferta disponibles. De la necesidad de disponer de una información precisa para tomar decisiones en situaciones de incertidumbre surgen las guías de práctica clínica diseñadas para

⁵⁴ AES (2008) Asociación de Economía de la Salud, Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un pacto de la sanidad AES, Barcelona (2008)

ayudar a la resolución de los problemas asistenciales dentro de un marco de conocimiento crítico y científico.

La continuidad asistencial de la atención al paciente debe estar asegurada mediante el diseño de procesos y el establecimiento conjunto de pautas de actuación, ya que tanto la atención primaria como la hospitalaria actúan sobre pacientes y procesos comunes. Este planteamiento se traduce en la planificación del proceso asistencial del paciente evitando la repetición de pruebas complementarias, de consultas sucesivas innecesarias, etc., causantes de la prolongación en el tiempo ya la aparición de demoras en la resolución de los problemas de salud planteados.

Actualmente nos encontramos con un desequilibrio entre los dos niveles asistenciales, la atención primaria ha delegado en la mayoría de los casos su función diagnóstica en el hospital, donde se concentra la tecnología y la mayoría de las pruebas diagnósticas. Esta situación ha propiciado que el hospital asuma cada vez más pacientes que deberían ser atendidos en atención primaria, un exceso de demanda en consultas externas, revisiones continuas de múltiples patologías crónicas, etc. si realizamos una evaluación de la efectividad clínica de las consultas se encuentran tasas de indicación no adecuadas entre el 15% y 20%, que es superior en las consultas monográficas y en el ámbito de las urgencias. Estos datos sugieren que cerca de un tercio de la actividad ambulante de los facultativos hospitalarios son evitables. La frecuentación en consulta a nivel de atención primaria de casi 6 consultas por persona y año y de casi 2 a nivel de atención hospitalaria que en comparación con los datos de países desarrollados de nuestro entorno apoyan lo descrito anteriormente.

En los próximos años van a seguir aumentando las enfermedades crónicas y las patologías ligadas al envejecimiento. La organización de los hospitales y centros de salud está orientado a la atención de patología aguda, cuando la realidad es que al menos el 60% de lo que se atiende en los hospitales y el 80% de lo atendido en primaria es patología crónica. Tenemos, por tanto, que adoptar un enfoque diferente, donde además del objetivo de curar, se incorpore el objetivo de cuidar, mantener, recuperar funciones y rehabilitar. Este nuevo enfoque requiere modelos organizativos diferentes que garanticen una continuidad sanitaria y social donde queden bien definidas para cada paciente los distintos aspectos de sus necesidades. En esta nueva organización, la atención primaria, la atención hospitalaria y los servicios sociales forman un espacio socio-sanitario único. La utilización de las tecnologías de la comunicación para el seguimiento y control de los pacientes, el papel de la enfermería y de los trabajadores sociales son elementos que deben intervenir de forma planificada.

1ª Medida: Actuación sobre la variabilidad clínica en consultas y pruebas diagnósticas

Definición: Actuar sobre la variabilidad clínica en consultas y pruebas diagnósticas estableciendo protocolos consensuados de derivación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria en procesos graves y frecuentes entre los centros de salud y los hospitales.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe establecer, desarrollar e implantar protocolos y circuitos consensuados entre los dos niveles asistenciales que permitan el acceso ágil de los ciudadanos a la asistencia hospitalaria para los procesos más frecuentes y los de mayor gravedad o prioritarios.

Indicador de seguimiento:

- Analizar los protocolos y circuitos consensuados entre los equipos de atención primaria y los servicios hospitalarios para la derivación de consultas externas en los procesos más frecuentes y los de mayor gravedad.
- Considerar los protocolos y circuitos consensuados entre los equipos de atención primaria y los servicios hospitalarios para la solicitud de pruebas diagnósticas en los procesos más frecuentes y los de mayor gravedad.
- Estudiar la frecuentación por mil TSI en consultas y pruebas diagnósticas sobre el número total de pacientes y de las entradas en lista de espera por centro, especialidad y prueba.
- Comparar la frecuentación por mil TSI en consultas y pruebas diagnósticas sobre la actividad realizada por centro, especialidad y prueba.
- Analizar en el caso de las técnicas radiológicas el factor de conversión entre exploraciones realizadas y pacientes atendidos.
- Analizar las entradas en lista de espera diagnóstica en relación al número de consultas atendidas por centro, especialidad y prueba.

La variabilidad en la práctica clínica es un hecho evidente en la práctica asistencial que viene condicionada, en buena medida, por factores como aspectos sociodemográficos, culturales o estados de salud de la población que no son modificables. También puede deberse a variaciones o preferencias en la práctica profesional de los sanitarios. En este caso, no sería justificable si condiciona inequidades o deterioro en la calidad asistencial, como las diferencias relevantes en los tiempos de espera para una intervención quirúrgica, existentes entre hospitales del Servicio Madrileño de Salud. La existencia de protocolos o guías clínicas contribuye a la disminución de estos componentes de la variabilidad.

La monitorización de la actividad asistencial, mediante protocolos, guías clínicas y vías clínicas de adecuación a la evidencia clínica existente, tiene un papel trascendental en la disminución de la variabilidad clínica, en la mejora de la calidad asistencial y en los resultados en tiempos de demora. En este mismo sentido, programas de segunda opinión y/o la valoración de casos conjuntos en sesiones clínicas favorecen un mejor ajuste de las derivaciones a consulta y de las solicitudes de técnicas a la evidencia científica disponible.

Como medida de desarrollo de la continuidad asistencial entre niveles se deben por tanto establecer circuitos, protocolos y guías de derivación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria en consultas y pruebas diagnósticas en procesos graves y/o frecuentes, incluyendo criterios de adecuación y evaluación del grado de cumplimiento de los mismos. No es tan importante el desarrollar un gran número de ellos, como el disponer de aquellos que representen un mayor porcentaje de la actividad realizada o que son necesarios para la agilización de la asistencia en procesos considerados graves para los pacientes.

Deben considerarse como un parámetro obligatorio a desarrollar en los Contratos de Gestión de los Centros y en los Acuerdos de Gestión de los servicios, unidades y equipos de los centros del SERMAS⁵⁵.

⁵⁵ Servicio Madrileño de Salud

2ª Medida: Optimización de los recursos en consultas y pruebas diagnósticas

Definición: Establecer criterios de mejora para la optimización de los recursos físicos, humanos y equipamiento asignados a consultas externas y pruebas diagnósticas en los centros, especialidades y técnicas del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: Optimizar en todos los centros, especialidades y técnicas diagnósticas la asignación de recursos en base a criterios normalizados y homogéneos.

Indicador de seguimiento:

- Establecer agendas tipo por turno, jornada o sesión en consultas externas y pruebas diagnósticas por especialidad y técnica.
- Analizar la actividad programada y la realizada por consulta y técnica por turno, jornada o sesión ordinaria y extraordinaria.

En realidad esta medida de optimización de recursos de consultas externas y pruebas diagnósticas es otro aspecto de la variabilidad de la práctica clínica. El normal funcionamiento de los centros y especialidades ante los mismos procesos y técnicas condiciona un consumo diferente de recursos. Además al analizar mediante estudios de adecuación de las solicitudes de pruebas y de la derivación a consulta hospitalaria aquellas que resulten evitables e innecesarias se observa una gran variabilidad por centro, especialidad y técnica. Resulta imprescindible analizar el rendimiento de los locales de consulta y el equipamiento de pruebas diagnósticas en base a su mantenimiento, renovación e instalación de nuevos equipos.

En las medidas referentes a la optimización de los recursos en consultas y pruebas diagnósticas nos referimos fundamentalmente al aumento de productividad y rendimiento de los recursos sin implicar necesariamente un incremento adicional de la financiación. Por ello es importante el establecer de forma homogénea la actividad a desarrollar en jornada ordinaria por recurso unitario y disponible, que conste en los Contratos y Pactos de Gestión y que sirva junto con la calidad de la asistencia prestada como uno de los indicadores de asignación de recursos.

Una mayor eficiencia en la utilización de los recursos físicos disponibles mejora de una forma significativa la actividad asistencial. Una mejor gestión de camas, locales de consulta, quirófanos, equipamiento tecnológico, etc., tratando de minimizar los tiempos muertos y consiguiendo unos rendimientos adecuados, mejora las listas de espera de forma específica. La utilización eficiente de las tecnologías de diagnóstico puede permitir una reducción importante de tiempos de demora. La aplicación de tecnologías de la información permite el aprovechamiento de los recursos tecnológicos y su disponibilidad en el tiempo y en el espacio.

La introducción de modelos como la reingeniería de procesos en el manejo de las listas de espera ha demostrado su eficacia en la detección de puntos críticos y cuellos de botella en las patologías con tiempos de demora, permitiendo, por tanto, reorientar las actuaciones.

3ª Medida: Establecer sistemas de retribución variables

Definición: Asociar el rendimiento objetivo en base a indicadores en consultas y pruebas diagnósticas a la retribución variable a nivel de los centros y servicios/unidades del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: Implantar Contratos de Gestión por centro y Acuerdos de gestión por servicio/unidad con objetivos, indicadores y metas ponderados que faciliten la evaluación del desempeño y el rendimiento asociado a la productividad variable.

Indicador de seguimiento:

- Establecer en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud Contratos de Gestión con objetivos, indicadores y metas para evaluar su grado de cumplimiento e instaurar un sistema de reparto de la productividad variable.
- Establecer en todos los servicios/unidades del Servicio Madrileño de Salud Acuerdos de Gestión con objetivos, indicadores y metas para evaluar su grado de cumplimiento e instaurar un sistema de reparto de la productividad variable.

El Contrato de Gestión con los centros y los Pactos de Gestión con los servicio/unidades contribuye a trasladar a la realización operativa de las estrategias que se han priorizado para el ejercicio en curso, en línea con el planteamiento estratégico general del Servicio Madrileño de Salud a más largo plazo.

Dichos contratos y pactos ayudan a alinear a toda la organización, profesionales, niveles asistenciales y estructuras, en la consecución de los objetivos de cada acción y estrategia, ofreciendo un marco en el que sea posible aportar mediante la negociación y compromiso la parte correspondiente a cada ámbito de trabajo. Estos documentos de trabajo permiten vincular los objetivos entre los diferentes niveles de prestación asistencial, evaluar el grado de cumplimiento y relacionar objetivos con un sistema de incentivación y de productividad variable.

En la mayoría de los sistemas públicos de salud, en la práctica los médicos son asalariados, lo que se considera que tiene repercusiones negativas sobre su productividad. Este sistema salarial cerrado se considera como desincentivador, puesto que remunera en la misma cuantía al profesional independientemente de su esfuerzo y/o grado de compromiso con los objetivos del servicio/hospital. Esta situación se intenta corregir con la introducción de medidas de incentivación dentro del acuerdo anual de objetivos según el grado de cumplimiento de los mismos. Su repercusión sobre las listas de espera puede ser positiva al introducir los tiempos de demora para consultas y pruebas diagnósticas entre los objetivos de los profesionales y los servicios.

4ª Medida: Implantar Pactos de Gestión normalizados

Definición: Implantar Pactos de Gestión normalizados en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud como compromiso de la mejora de la Lista de Espera de pruebas diagnósticas ampliando para ello de forma programada la actividad de tarde en días laborables y durante la jornada de los sábados, domingos y festivos.

1ª Acción: En el Servicio Madrileño de Salud implantarán Pactos de Gestión en todos los centros y especialidades que sea necesario para la mejora de la lista de espera diagnóstica ampliando la actividad programada de tarde en días laborables y durante la jornada de los sábados, domingos y festivos e internalizando gradualmente la actividad asistencial externalizada a través de conciertos a centros privados.

Indicador de seguimiento:

- Mejora de los indicadores de lista de espera diagnóstica en las técnicas, especialidades y centros con Pactos de Gestión para la realización de Lista de Espera propia.
- Mejora de los indicadores de lista de espera diagnóstica en las técnicas, especialidades y centros con Pactos de Gestión para la realización de Lista de Espera ajena.

Al analizar la información disponible sobre recursos disponibles, actividad realizada y lista de espera diagnóstica se observa que ciertos centros tienen lista de espera estructural y/o no estructural y con la actividad planificada no podrían alcanzar los objetivos marcados; otros sí pueden alcanzar los objetivos con la actividad que actualmente están desarrollando pero sólo pueden atender a su propia lista de espera; mientras que algunos además de absorber su propia lista tienen posibilidad de actuar como centros de apoyo para los demás hospitales al tener mayor capacidad quirúrgica. Por ello en el primer y tercer grupo se plantean Pactos de Gestión por especialidad y centro ya sea para internalizar la asistencia o para externalizarla a un centro público con buena gestión y recursos suficientes.

Los Pactos de Gestión a diferencia de los sistemas de auto-concertación o peonadas son un instrumento de negociación y compromiso entre la Dirección y los Servicios que pretenden desarrollar la Gestión Clínica en las unidades asistenciales basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

En dichos Pactos se marcan los objetivos de actividad, los recursos económicos y presupuestarios asignados al servicio/unidad en el Pacto de Gestión y que constituyen el marco y el límite en que debe desarrollarse el conjunto de la actividad asistencial que se genere como consecuencia del mismo.

Dichos Pactos de Gestión en sus diferentes anexos, relacionan los Recursos Humanos participantes y describen los objetivos ponderados, organizados en bloques de mejora de la organización, disminución de la variabilidad clínica, gestión clínica, optimización de recursos,

mejora de la accesibilidad, seguridad y eficacia en la asistencia y mejora de la gestión administrativa. Cada objetivo tiene una ponderación, una meta a alcanzar, el valor actual del servicio/especialidad y un apartado para realizar el seguimiento mensual de los mismos y observar los resultados conseguidos.

Además se plantea un régimen de inspección y un sistema de seguimiento y evaluación continuada de los resultados basados en indicadores precisos y medibles a partir de los sistemas de información disponibles. La no disponibilidad del Registro de Lista de Espera de Consultas externas y Técnicas diagnósticas mensual y del Sistema de Información de Atención Hospitalaria mensual en los dos primeros días hábiles siguientes a la finalización de cada mes formalizado de forma adecuada para la evaluación del Pacto de Gestión es excluyente de la posibilidad de realizar dicho Pacto.

En todos los casos de reparto de incentivos entre el personal adherido al Pacto de Gestión, se hará en función del porcentaje de resultados asistenciales y de calidad obtenidos en la evaluación provisional y final respecto a la financiación inicial presupuestada.

5ª Medida: Instaurar nuevos modelos de asistencia

Definición: Implantar modelos generalizados y homogéneos en la práctica asistencial en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud que redunden en la mejora de la atención y contribuyan a la mejora de la lista de espera diagnóstica en consultas externas y técnicas.

1ª Acción: En el Servicio Madrileño de Salud implantarán nuevos modelos y se desarrollarán los ya existentes con el objetivo de mejora de la atención y de los tiempos de espera de consultas y técnicas diagnósticas.

Indicador de seguimiento:

- Establecer modelos de consulta de alta resolución en los procesos más frecuentes y sencillos generando alta el mismo día de la asistencia con la realización de las pruebas complementarias precisas.
- Definir e implantar consultas no presenciales en las agendas programadas de las consultas externas de los centros y servicios/unidades.
- Desarrollar en determinadas especialidades el uso de la telemedicina en la práctica habitual de consultas externas.
- Impulsar la figura de especialistas consultores de referencia en atención hospitalaria para consultas externas y pruebas diagnósticas.
- Potenciar el papel del personal de enfermería en la atención sanitaria.

Las medidas descritas de implantar consultas de alta resolución, consultas no presenciales, telemedicina y especialistas consultores tienen por objetivo disminuir los tiempos de asistencia y mejorar las listas de espera diagnóstica. La mayor parte de las actuaciones propuestas van encaminadas tanto a la mejora de la resolución de la asistencia en el ámbito de Atención Primaria como de la Atención Hospitalaria.

Las consultas de alta resolución permiten que en un solo acto se realice la atención y el diagnóstico mediante la realización de las pruebas complementarias necesarias y/o procedimientos terapéuticos precisos emitiendo el alta ambulatoria del paciente. Ello permite una mejora en el tiempo de atención y repercute positivamente sobre las agendas de consultas y técnicas evitando consultas de resultados y sucesivas y demoras en la realización de pruebas y aplicación de tratamientos.

Ante la evolución de la asistencia sanitaria para la atención de seguimiento de procesos crónicos y la evaluación de resultados de pruebas complementarias realizadas es posible la realización de consultas no presenciales, telefónicas o mediante correo electrónico que evitan desplazamientos y disminuyen los tiempos de atención.

Igualmente, por ejemplo en el caso de oftalmología y dermatología, hay experiencias que demuestran que el uso de la telemedicina para el diagnóstico de lesiones es de gran utilidad proporcionando una atención de calidad en unos tiempos razonables y evitando desplazamientos de los pacientes a las consultas de los hospitales.

En esta misma línea el que facultativos de las especialidades básicas hospitalarias hagan de consultores del personal sanitario de atención primaria favorece la resolución de los procesos y al mismo tiempo produce un sistema de formación continuada que permite adquirir conocimientos y experiencias con el desarrollo de la práctica asistencial ordinaria.

Por último, el potenciar el papel del personal de enfermería en la atención sanitaria, es de gran importancia ya que son profesionales bien formados y que pueden desarrollar una serie de competencias complementarias a las de los médicos y facilitar y agilizar la asistencia sanitaria.

6ª Medida: Implantar la Gestión Clínica

Definición: Implantar la Gestión Clínica de forma normalizada en todos los servicios y unidades de los centros del Servicio Madrileño de Salud que de forma voluntaria lo elijan como modelo de gestión que permite mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

1ª Acción: En el Servicio Madrileño de Salud se implantará el modelo de Gestión Clínica en las especialidades que lo elijan como modelo de gestión basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles. En este caso los objetivos se dirigen a la gestión de la lista de espera diagnóstica en consultas externas y técnicas.

Indicador de seguimiento:

- Porcentaje de pacientes programados procedentes de lista de espera y correspondientes a la población diana marcada como objetivo.
- Demora máxima para la realización de una prueba a pacientes hospitalizados inferior a 24 horas o procedentes de urgencias inferior a 4 horas.
- Demora máxima de 60 días en lista de espera estructural de consultas y de 30 días en lista de espera estructural de pruebas diagnósticas.

- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas no procedentes de lista de espera.
- Índice entre las entradas y salidas en lista de espera diagnóstica a nivel de centro, especialidad y prueba en seguimiento mensual y acumulado en relación con el objetivo.
- Porcentaje de pacientes en lista de espera estructural sobre el total de pacientes en lista de espera diagnóstica.
- Relación entre la espera media de los pacientes que han salido de lista de espera y la demora media de los pacientes en lista de espera diagnóstica.
- Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica en jornada ordinaria sobre el total de las salidas.
- Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica en jornada extraordinaria mediante Pactos de Gestión sobre el total de las salidas.
- Porcentaje de salidas de lista de espera diagnóstica sin atención por no acudir a la cita sobre el total de las salidas.

La implantación decidida de la Gestión Clínica implica la participación voluntaria activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones. En lo que respecta a la gestión de la lista de espera los responsables de los servicios/unidades deben intervenir minimizar la variabilidad clínica de los profesionales y en la optimización de recursos con el objetivo de conseguir la mejor accesibilidad a la asistencia para los pacientes. Un aspecto importante a considerar es la gestión de las listas de espera es la priorización y programación de la atención en función de la necesidad y adecuación, generando menor incertidumbre en los profesionales y los propios pacientes.

La planificación de los recursos disponibles, tanto propios como externos, hace que los responsables de los servicios/unidades puedan organizar la actividad con la participación activa de todos los profesionales pertenecientes al servicio, el liderazgo de los responsables y el alineamiento de los objetivos de todos ellos.

7ª Medida: Establecer criterios de seguridad y eficacia en la asistencia

Definición: Establecer e implantar en todos los centros del Servicio Madrileño de Salud criterios seguros y eficaces en la asistencia sanitaria estableciendo protocolos y siguiendo las indicaciones de las especialidades sobre actividad evitable o no deseable que redunden en la mejora de la atención y contribuyan a la mejora de la lista de espera diagnóstica en consultas externas y técnicas.

1ª Acción: En el Servicio Madrileño de Salud implantará criterios seguros y eficaces en la asistencia sanitaria mediante el establecimiento de protocolos y las indicaciones de actividad evitable que aconsejan las especialidades médicas aplicados a las consultas y técnicas diagnósticas.

Indicador de seguimiento:

- Establecer prácticas asistenciales no deseables en las técnicas diagnósticas más frecuentes.
- Elaboración e implantación de protocolos clínicos para la derivación y/o solicitud de pruebas diagnósticas, tanto a nivel de primaria como de los hospitales incluyendo criterios de adecuación para evaluación del grado de su cumplimiento.

La asistencia sanitaria prestada además de calidad y accesible debe ser segura. Las especialidades médicas han elaborado una serie de prácticas habituales realizadas en los centros y prescritas por los facultativos que con el grado de evidencia científica disponible son evitables y ello conlleva en un alto porcentaje de los casos efectos beneficiosos para el paciente y un importante impacto sobre la actividad realizada y las listas de espera diagnósticas.

Igualmente se plantea la elaboración e implantación de protocolos clínicos para la derivación y/o solicitud de pruebas diagnósticas, incluyendo criterios de adecuación para evaluación del grado de su cumplimiento.

Tradicionalmente este tipo de medidas partían de los hospitales y se intentaban aplicar al primer nivel, sin embargo es conocido por todos que el grado de actividad evitable y en algunos casos de actividad no deseable se da en ambos niveles y es por lo que estas actividades deben de implantarse tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Uno de los aspectos más importantes son aquellos que tienen que ver con la utilización de las técnicas radiológicas, ya que producen una acumulación de la radiación a lo largo de la vida, como es el caso de la radiología convencional simple y telemandada y la tomografía computarizada de la que se abusa en su indicación en casos en los que se puede evitar y que debería ser adecuadamente protocolizada.

Línea Estratégica	Descripción	
7ª Línea estratégica	Garantía de información a los ciudadanos sobre las listas de espera	
	1ª Medida	Habilitar acceso a la información personal de cada paciente
		<p><u>Definición:</u> Habilitar acceso normalizado y personalizado a los pacientes inscritos en listas de espera que permita la consulta de los procesos pendientes a nivel de las especialidades, procesos y técnicas diagnósticas de todos los centros del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un sistema de acceso seguro que permita el acceso personalizado del ciudadano a la información del registro centralizado de pacientes en lista de espera que permita la consulta de los procesos pendientes de atención.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de acceso a la información personal mediante un sistema de seguro y personalizado que permita la consulta de los procesos pendientes de atención. • Evaluación del número de campos publicados y disponibles para consulta en la web. • Evaluar el número total de consultas personalizadas realizadas al sistema web y el número de consultas web que realizan de media los pacientes durante el seguimiento de su proceso asistencial. • Evaluar el número total de consultas personalizadas realizadas al sistema telefónico y el número de consultas telefónicas que realizan de media los pacientes durante el seguimiento de su proceso asistencial.
	2ª Medida	Publicar periódicamente información normalizada de las listas de espera
		<p><u>Definición:</u> Publicar periódicamente información normalizada de las listas de espera quirúrgica, de consultas externas y pruebas diagnósticas.</p> <p><u>1ª Acción:</u> El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un sistema de información adaptado a lo descrito en el Real Decreto 605/2003 referente a las listas de espera quirúrgica, de consultas externas y pruebas diagnósticas.</p> <p><u>Indicador de seguimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicación semestral del número de pacientes en lista de espera estructural, frecuentación, demora y espera media y demora prospectiva de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, consulta externa o prueba diagnóstica por especialidad, proceso y técnica de todos los centros hospitalarios. • Evaluación del número de indicadores publicados y disponibles para consulta en la web. • Evaluar el número total de consultas realizadas al sistema web durante un determinado periodo.

Con la finalidad de que los ciudadanos puedan ejercer su derecho a recibir información sobre los servicios, prestaciones y pruebas complementarias disponibles así como los requisitos y acceso a los mismos se debe establecer un sistema de información en materia de listas de espera que recoja la normativa existente y vigente en la actualidad. Es importante destacar que el acceso se realizará bajo condiciones que garanticen la seguridad, confidencialidad y privacidad, determinadas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los marcos normativos a considerar son:

- La ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en su artículo 27 sobre derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario, indica que:
 1. El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Este derecho incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado.

2. En situaciones de riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre su salud, se arbitrarán los mecanismos necesarios para cada circunstancia que mejor protejan los derechos de cada ciudadano.
3. El ciudadano tiene derecho a mantener su privacidad y a que se garantice la confidencialidad de sus datos sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.
4. El ciudadano como paciente tiene derecho a conocer la identidad de su médico o facultativo, quien será responsable de proporcionarle toda la información necesaria que requiera, para poder elegir y, en su caso, otorgar su consentimiento a la realización de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, profilácticos y otros, que su estado de salud precise.
5. El ciudadano como paciente tiene derecho a conocer si el procedimiento, diagnóstico o terapéutico que le sea dispensado será empleado en un proyecto docente o en una investigación clínica, a efectos de poder otorgar su consentimiento.
6. El paciente, por decisión propia, podrá requerir que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados u otros, y que sean éstos quienes otorguen el consentimiento por sustitución.
7. El derecho a la información sobre la propia salud incluye el acceso a la información escrita en la historia clínica, resultados de pruebas complementarias, informes de alta, certificados médicos, y cualquier otro documento clínico que contenga datos sanitarios propios. El grado de confidencialidad de los mismos debe ser decidido por el paciente.
8. El ciudadano tiene derecho a ser informado de los riesgos para su salud en términos comprensibles y ciertos, para poder tomar las medidas necesarias y colaborar con las autoridades sanitarias en el control de dichos riesgos.
9. Los ciudadanos tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, así como a una segunda opinión, en los términos que reglamentariamente se determinen.
10. El ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.

Igualmente la citada Ley12/2001 en su artículo 29 sobre información sanitaria,nos informa que:

1. La autoridad sanitaria velará por el derecho de los ciudadanos a recibir, por cualquier medio de comunicación, información sanitaria clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada, de calidad y basada en la evidencia científica, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud.
2. La autoridad sanitaria garantizará el derecho a recibir información sanitaria por medio de las siguientes actuaciones:
 - a) Desarrollo de mecanismos de acreditación que permitan la identificación por parte del ciudadano y del profesional de las fuentes de información que cumplan con los requisitos exigibles.
 - b) Desarrollo de redes de información sanitaria integrada de calidad, cumpliendo con todas las medidas que estén vigentes en materia de protección de datos de carácter personal y de identificación mediante firma digital avanzada.
 - c) Fomento del autocontrol responsable en la información sanitaria.

- d) Control directo de la publicidad sanitaria en los casos y en la forma que reglamentariamente se determine.
 - e) Difusión directa de información sanitaria de interés para el ciudadano con especial énfasis en situaciones de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias.
 - f) Difusión de la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder el ciudadano, así como sobre las normas para su uso.
- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación clínica, en su capítulo II sobre el derecho de información sanitaria, en el artículo 4 sobre el derecho a la información asistencial, define:
 1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
 2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
 3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Igualmente la citada Ley 41/2002 en el artículo 5 sobre el titular del derecho a la información asistencial, informa que:

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

- 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 Sistema Nacional de Salud, en su artículo 4 sobre garantías de la información que debe facilitarse a los ciudadanos indica:
 - El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establecerá las características y contenidos de la información general sobre los tiempos de espera de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud, asegurando la comparabilidad de los datos entre las comunidades autónomas. El Ministerio de Sanidad y Consumo hará pública, con periodicidad semestral, esta información, referida a los datos existentes a 30 de junio y 31 de diciembre de cada año.
 - Cada ciudadano tendrá acceso a la información personalizada sobre la espera prevista en relación con su proceso asistencial, que será proporcionada por su servicio de salud.
 - Sin perjuicio de las políticas de información al ciudadano de cada servicio de salud, las comunidades autónomas harán pública la información sobre listas de espera en consonancia con sus estructuras organizativas

Este mismo Real Decreto 605/2003 en su artículo 5 sobre garantías de información sobre demoras máximas en el acceso a las consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas no urgentes en el Sistema Nacional de Salud, indica que las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en el ámbito de sus competencias, atendiendo a los criterios de planificación y utilización eficiente de sus recursos, deberán informar sobre las garantías de tiempos máximos de demora en el acceso a los servicios de atención sanitaria a que se refiere este real decreto.

Por tanto, garantizar a los ciudadanos la información adecuada, individualizada y transparente sobre las esperas sanitarias posibilita un ejercicio efectivo de sus derechos. Para ello debemos:

- Facilitar, con carácter periódico, a la opinión pública y a través de diferentes medios, datos sobre número de pacientes y tiempos de demora, así como sobre el significado de los términos utilizados.
- Información individualizada a cada usuario del sistema público acerca de su situación y la demora para la prestación que se le haya indicado.
- Difundir a los ciudadanos información sobre los plazos y las garantías de demora que se establezcan, normativamente, en la comunidad autónoma.

El sistema de información debe establecer diferencias entre la información personal que recibirá cada paciente desde el momento de su inclusión en lista de espera quirúrgica, de consultas externas y pruebas diagnósticas y la información de carácter general que sobre este aspecto difundirá la administración sanitaria a los ciudadanos y a la sociedad en general.

Además, con independencia de todo lo anterior, la administración sanitaria utilizará esfuerzos y medios para informar a la población en relación a los servicios y prestaciones sanitarias y, en particular, sobre las siguientes cuestiones:

- Información general sobre el estado de situación de las listas de espera en la Comunidad de Madrid.
- Los derechos y deberes de los ciudadanos.
- La ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- La organización general de los centros sanitarios con referencia a las prestaciones y la cartera de servicios que disponen y acerca de los requisitos que los ciudadanos deben cumplir para el acceso a los mismos.
- Sobre el uso adecuado de las prestaciones y servicios sanitarios.
- En relación a la promoción y educación para la salud, prevención de la enfermedad y autocuidados.

1ª Medida: Habilitar acceso a la información personal de cada paciente

Definición: Habilitar acceso normalizado y personalizado a los pacientes inscritos en listas de espera que permita la consulta de los procesos pendientes a nivel de las especialidades, procesos y técnicas diagnósticas de todos los centros del Servicio Madrileño de Salud.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un sistema de acceso seguro que permita el acceso personalizado del ciudadano a la información del registro centralizado de pacientes en lista de espera que permita la consulta de los procesos pendientes de atención.

Indicador de seguimiento:

- Establecimiento de acceso a la información personal mediante un sistema de seguro y personalizado que permita la consulta de los procesos pendientes de atención.
- Evaluación del número de campos publicados y disponibles para consulta en la web.
- Evaluar el número total de consultas personalizadas realizadas al sistema web y el número de consultas web que realizan de media los pacientes durante el seguimiento de su proceso asistencial.
- Evaluar el número total de consultas personalizadas realizadas al sistema telefónico y el número de consultas telefónicas que realizan de media los pacientes durante el seguimiento de su proceso asistencial.

Como ha sido comentado con anterioridad, el sistema de información debe establecer diferencias entre la información personal que recibirá cada paciente desde el momento de su inclusión en lista de espera quirúrgica, de consultas externas y pruebas diagnósticas y la información de carácter general que sobre este aspecto difundirá la administración sanitaria a los ciudadanos y a la sociedad en general. En primer lugar se plantea la medida que habilite acceso a la información personal de cada paciente, acceso personalizado a la consulta de procesos asistenciales pendientes y registrados en las listas de espera.

La información se basará en un registro centralizado de pacientes en lista de espera y el paciente podrá tener acceso a información personalizada sobre su situación en lista de espera, fecha de inclusión, tiempo de demora a la fecha de consulta, frecuentación por mil tarjetas sanitarias individuales, tiempo medio de demora y espera, demora prospectiva, consulta de su programación, posibilidad de confirmación, servicios/unidades asistenciales disponibles y gestión de incidencias y sugerencias.

En el momento de la inclusión en el registro de lista de espera, el paciente, su representante legal o la persona autorizada para ello recibirá el correspondiente documento acreditativo, el que debe constar claramente el motivo y la fecha de inclusión así como la fecha, la hora y el lugar donde se realizará la asistencia ambulatoria de consulta externa o de la exploración diagnóstica. En el documento debe constar de forma visible el procedimiento que se debe seguir para obtener información sobre su situación en lista de espera así como poder manifestar cualquier tipo de manifestación, queja o sugerencia al respecto.

Para la puesta en marcha de esta medida, se implantará un sistema de acceso seguro que permita el acceso personalizado del ciudadano, a través de identificación por tarjeta sanitaria y/o número de seguridad social, certificado digital y/o DNI en función del nivel de acceso a información. Además, se facilitará un código de acceso al ser incorporado a la lista de espera y se establecerán los procedimientos de acceso a la información través de página web y consulta telefónica.

La Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud establecerá los modelos de soporte documental a los que se hace referencia con la finalidad de su unificación en todos los centros del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.

Además la Consejería de Sanidad a través del Centro de Atención Personalizada (CAP) dependiente de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud facilitará a través de medios telefónicos y telemáticos con las debidas garantías de seguridad, confidencialidad y privacidad los siguientes servicios:

- Información general sobre tiempos de demora y espera para intervención quirúrgica, consulta externa y pruebas diagnósticas.
- Oferta de servicios asistenciales y de libre elección.
- Consulta por el paciente de su programación quirúrgica y/o atención ambulatoria en consulta o técnica diagnóstica.
- Confirmación de la programación de la asistencia pendiente.
- Seguimiento del proceso de gestión de la demanda y oferta asistencial.
- Seguimiento y control de la calidad del proceso de oferta de servicios al ciudadano.
- Gestión de cualquier manifestación, incidencia, queja y sugerencia al respecto.

Los ciudadanos deben tener una información y comunicación permanente, han de ser formados adecuadamente en salud y conocimiento de los procesos de enfermedad. A una mayor formación corresponde una mayor eficacia y eficiencia en la participación, y una mayor corresponsabilidad. Para que la participación sea lo más efectiva posible se requiere un doble aprendizaje, que la Administración tiene que ceder poder y que los ciudadanos tienen que aceptar la responsabilidad.

2ª Medida: Publicar periódicamente información normalizada de las listas de espera

Definición: Publicar periódicamente información normalizada de las listas de espera quirúrgica, de consultas externas y pruebas diagnósticas.

1ª Acción: El Servicio Madrileño de Salud debe de establecer, desarrollar e implantar un sistema de información adaptado a lo descrito en el Real Decreto 605/2003 referente a las listas de espera quirúrgica, de consultas externas y pruebas diagnósticas.

Indicador de seguimiento:

- Publicación semestral del número de pacientes en lista de espera estructural, frecuentación, demora y espera media y demora prospectiva de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, consulta externa o prueba diagnóstica por especialidad, proceso y técnica de todos los centros hospitalarios.
- Evaluación del número de indicadores publicados y disponibles para consulta en la web.
- Evaluar el número total de consultas realizadas al sistema web durante un determinado periodo.

Como primer paso a realizar antes de la publicación periódica de la información de las listas de espera se cumplirá con el compromiso de elaborar y publicar las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica, de consultas externas y de pruebas diagnósticas, así como la adaptación de los sistemas de información a lo requerido en el Real Decreto 605/2003 para lo que se deberá modificar el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica RULEQ y el Sistema de Información de Consultas Externas y Técnicas diagnósticas SICyT.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a través del Servicio Madrileño de Salud hará públicos con carácter semestral los datos estadísticos relativos a las lista de espera quirúrgicas, de consultas externas y pruebas diagnósticas siguiendo el sistema de información previsto en 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 Sistema Nacional de Salud.

Esta información será enviada así mismo al Ministerio de Sanidad que en virtud del artículo 4 del citado Real Decreto 605/2003 hará pública dicha información referida a los datos existentes a 30 de junio y 31 de diciembre de cada año.

Como dispone el artículo 2 en el punto 4 del Real Decreto 605/2003, la Comunidad de Madrid deberá disponer de un sistema de información sobre las listas de espera en consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas que tendrá en cuenta los anexos contenidos en dicha normativa.

La información estará igualmente disponible en la página web de la Consejería y en todos los centros del Servicio Madrileño y será accesible para todos los ciudadanos. La información de listas de espera quirúrgica, consulta externa y pruebas diagnósticas estará disponible por centro, especialidad, proceso y técnica.

VIII. PRESUPUESTO Y FINANCIACIÓN DEL PLAN:

Las estimaciones efectuadas señalan que el gasto total de las medidas contenidas en el Plan ascenderá a unos 20 millones de euros anuales, lo que supone en el periodo de ejecución del Plan 2.016-2.019 la presupuestación de alrededor de 80 millones de euros con el objetivo de consolidar las medidas puestas en marcha para la mejora de las listas de espera en la Comunidad de Madrid.

Este presupuesto se ha obtenido sobre la base de analizar los refuerzos que hubiera que realizar en la oferta asistencial de los centros en base a la situación actual y si se comportase la demanda en base histórica respecto a los parámetros de frecuentación, inclusión en lista de espera, rendimientos, programación de lista de espera, derivaciones a centros concertados y de apoyo y las posibles modificaciones que ello pudiera inducir al adoptar la normativa estatal en lo referente a los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas como marca el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

En el gasto previsto, por tanto, se tienen en cuenta

- por una parte, el derivado de las medidas estructurales o contingentes dirigidas a la mejora de la lista de espera y,
- por otra, aquellas que hacen referencia al desarrollo y puesta en marcha de medidas específicas de gestión, información y sistemas necesarias para el progreso del citado plan.

Además se ha tenido en cuenta los compromisos adquiridos de ampliar la actividad programada en jornada de tarde en días laborables en el caso de la lista de espera quirúrgica así como internalizar actividad asistencial en los centros hospitalarios públicos y disminuir la externalizada a través de conciertos a centros privados. La cuantía de actividad anual a realizar una cantidad estimada de 8.000 intervenciones quirúrgicas.

El detalle de lo expuesto se describe a continuación:

Concepto	Anual	%
Capítulo I	8.500.000	42,50%
Productividad	5.500.000	64,71%
Personal estatutario	3.000.000	35,29%
Capítulo II	9.500.000	47,50%
Material sanitario	5.750.000	60,53%
Productos farmacéuticos	2.500.000	26,32%
Mantenimiento aplicaciones	1.250.000	13,16%
Capítulo VI	2.000.000	10,00%
Reposición de equipamiento	1.000.000	50,00%
Adquisición de equipamiento	1.000.000	50,00%
TOTAL	20.000.000	100,00%

Financiación

Respecto a la financiación de estos costes se efectuará según lo reflejado en la Ley 6/2015, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2016, lo descrito en la Sección 17 sobre Sanidad con cargo a los programas 311P Dirección y gestión administrativa del Servicio Madrileño de Salud, 312A Atención Hospitalaria y 312C Plan Integral listas de espera.

- Con cargo a la sección 17 Sanidad, **Programa 311P Dirección y gestión administrativa del Servicio Madrileño de Salud** cuyo centro gestor corresponde a los Servicios Centrales del Servicio Madrileño de Salud
- Con cargo a los presupuestos Sección 17 Sanidad, Programa 312A Atención Hospitalaria de los centros gestores de Capítulo I artículo 19 personal estatutario, del Capítulo II artículo 25 asistencia sanitaria y servicios sociales con medios ajenos y artículo 27 material sanitario y productos farmacéuticos y capítulo VI inversiones reales.
- Finalmente con cargo a la sección 17 Sanidad, Programa 312C Plan Integral listas de espera dotado de 46.533.464€ de los cuales 13.319.299€ en capítulo I gastos de personal y 33.214.165€ en capítulo II gastos corrientes en bienes y servicios, cuyo centro gestor corresponde a los Servicios Centrales del Servicio Madrileño de Salud.

Financiación ejercicio 2016

La financiación del gasto de las medidas contenidas en el Plan y cuyo desarrollo y ejecución está previsto durante el presente ejercicio 2016, va a ser realizada por el Servicio Madrileño de Salud a partir de los programas, capítulos y artículos descritos anteriormente y suponen 20.000.000€ según el siguiente desglose por capítulos y cantidades.

- Capítulo I: el presupuesto de gasto estimado supone 8,5 millones de euros y representa el 42,5% del total. Se desglosa en:
 - conceptos de productividad 5,5 millones de euros (64,71% del gasto de Capítulo I) y
 - en gastos de personal 3,0 millones de euros (35,29% restante) en el que están incluidos las cotizaciones sociales.
- Los gastos de Capítulo II estimados por un importe de 9,5 millones de euros que se traduce en un porcentaje de 47,5% del total, de los cuales:
 - 5,75 millones de euros (60,53% del gasto de capítulo II) serán dedicados a material sanitario,
 - 2,5 millones de euros (26,32%) a productos farmacéuticos y
 - 1,25 millones de euros (13,16% restante) a mantenimiento y desarrollo de aplicaciones.

- Respecto al Capítulo VI los gastos representan 2.000.000 millones de euros que suponen el 10,0% del total, que se distribuyen a partes iguales en:
 - reposición de material inventariado y
 - adquisición de nuevo equipamiento.

Presupuestación futura

Para los siguientes ejercicios en función del cronograma, el grado de desarrollo del mismo, los resultados obtenidos en la evaluación y dado el carácter dinámico del Plan cuyas medidas tendrán un desarrollo paulatino y acompasado a lo largo del proceso de ejecución, será el propio presupuesto en el que se detallan las cantidades que del coste total se asignan a los diferentes programas y capítulos. Por tanto el desglose deberá concretarse en función del desarrollo del Plan durante el ejercicio 2016 y de la propia evolución de la demanda, aspecto difícil de cuantificar más allá de los análisis de tendencias. En función de estas variables deberá adecuarse para el ejercicio 2017 y siguientes la oferta asistencial y el desglose presupuestario correspondiente en los distintos programas y capítulos.

IX. CRONOGRAMA:

La puesta en marcha e implantación de las medidas del Plan Integral de Mejora de Listas de Espera del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid, será progresivo y continuado a lo largo de toda la legislatura. En el plazo de seis meses a partir de su aprobación la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se compromete a dictar las normas reglamentarias oportunas para el adecuado cumplimiento en el presente Plan.

Para asegurar la puesta en marcha inmediata de las distintas medidas, se entiende que las diferentes decisiones y programas que se adopten, de contenido económico irán con cargo al programa presupuestario que existe específicamente creado para tal finalidad y con efectos a la fecha de puesta en marcha de la medida específica.

El despliegue de las medidas seguirán un desarrollo cronológico condicionado por el contexto socioeconómico en cada momento y por la asignación presupuestaria de la Asamblea de la Comunidad de Madrid, procediéndose a una revisión anual de los objetivos y si es preciso modificando las líneas estratégicas y adecuando las actuaciones que se derivan de ellas siempre bajo la premisas de que se trata de un Plan abierto, flexible y participativo, elementos estos fundamentales para la consolidación de las metas de reducción y mejora de los tiempos de espera y demora.

Es decir, durante el periodo de vigencia del presente Plan, la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud adoptarán cuantas medidas adicionales o específicas se deriven de la evaluación y seguimiento del Plan para garantizar el objetivo del mismo.

Como se ha indicado en la introducción, este Plan Integral de Mejora de Listas de Espera está encaminado a disminuir tanto el número de pacientes en lista de espera como la demora y espera de los pacientes que esperan para la realización de una intervención quirúrgica programada, una primera consulta de atención especializada o bien una primera prueba diagnóstica.

Todos los centros hospitalarios públicos, así como los diferentes organismos y entes públicos del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid consideraran prioritarios los objetivos propuestos en el presente Plan, dedicando a su cumplimiento todos sus esfuerzos económicos, materiales y profesionales.

En su desarrollo es fundamental la participación directa de los profesionales que integran los servicios y unidades, de los jefes de servicio tanto médicos como quirúrgicos, y de los servicios centrales, así como de los servicios de Admisión, Archivo y Documentación Clínica de los hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud, todos ellos bajo la coordinación y liderazgo de las Direcciones de los centros y de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Las actuaciones recogidas en este Plan se inician en el presente año 2016, y su desarrollo se extiende durante los años 2016, 2018 y 2019 con la finalidad de dar cumplimiento el 31 de diciembre de 2019 a los objetivos de demora planteados, con el fin de mejorar la calidad del sistema sanitario y por extensión de la salud de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

Puesto que la mayoría de las actuaciones precisarán de acciones corporativas de tipo asistencial, organizativo, y de gestión, que deberán ser abordadas de forma coordinada y uniforme, la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, actuará en apoyo de todas las actividades que se desarrollen para asegurar el éxito del Plan.

El presente Plan Integral de Mejora de Listas de Espera, es una actuación ejecutiva enmarcada dentro de las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad del Gobierno de la Comunidad de Madrid para la mejora de la calidad y eficiencia de las prestaciones sanitarias a los ciudadanos, por lo que será el propio Servicio Madrileño de Salud quien monitorizará la puesta en marcha, el grado de ejecución y la evaluación de los procesos y medidas recogidos en este Plan.

X. EVALUACIÓN:

La evaluación y seguimiento del Plan Integral de Mejora de la Lista de Espera se realizará de manera permanente por los distintos centros directivos implicados en el mismo dentro del ámbito de sus respectivas competencias y supervisado por la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

La evaluación y seguimiento se define como la parte fundamental del Plan Integral de Mejora de Listas de Espera. Es el mecanismo mediante el cual se garantiza la realización de un seguimiento adecuado, permanente y periódico de los resultados y análisis del impacto de las medidas de actuación previstas y la posible aplicación de medidas correctoras ante las posibles desviaciones observadas.

El plan de evaluación está basado en un programa de auditoría interna continua destinado a evaluar la implantación, desarrollo, ejecución y cumplimiento de objetivos. En dicho programa se analizarán todos los indicadores expuestos alcanzando a los aspectos más fundamentales como la gestión de la demanda asistencial, la gestión de la lista de espera, la fiabilidad de los sistemas de información, la gestión de la oferta de servicios, la derivación de pacientes a centros públicos de apoyo y concertados, la calidad asistencial, etc.

El programa de auditoria interna tendrá en cuenta entre otras las siguientes cuestiones:

- La conectividad y accesibilidad de los registros de lista de espera.
- La fiabilidad de los sistemas de información necesarios para la monitorización del Plan.
- La cumplimentación de todos los datos necesarios de los registros de lista de espera, con especial énfasis en los que hacen referencia a la fecha de inclusión, al diagnóstico, procedimiento quirúrgico y prioridad.
- Cumplimentación de los criterios de inclusión, exclusión y priorización por los servicios competentes para la programación de los mismos.
- Análisis de la congruencia de las fechas de inclusión y de prescripción así como todas aquellas que marquen interrupción del cómputo por causas clínicas, voluntarias o personales.
- La demanda existente en el global del Servicio Madrileño, los centros, los servicios y las patologías.
- Los tiempos de demora y espera media y máxima por centros, servicios y patologías.
- La derivación de pacientes a centros públicos de apoyo y concertados.
- La existencia documentada de la inclusión y de las demoras clínicas, voluntarias y personales.
- Los rendimientos de los quirófanos, el porcentaje de intervenciones programadas procedentes de la lista de espera, las suspensiones quirúrgicas, el porcentaje de ambulatorización de procesos, la programación en jornada ordinaria de tarde y en jornada extraordinaria, así como el porcentaje de derivación de pacientes.

Igualmente, la Inspección podrá realizar evaluaciones específicas de situaciones que se desvíen de los estándares de los objetivos marcados.

Además se monitorizarán un número reducido de indicadores que deberán estar incluidos en un Cuadro de Mandos de seguimiento del Plan, elaborado por el Servicio Madrileño de Salud, con remisión mensual a la Consejería de Sanidad, y a los centros dependientes del SERMAS.

Los indicadores seleccionados serán fácilmente medibles, específicos, significativos de los resultados alcanzados y la situación existente en cada momento y sensibles a los cambios introducidos por las medidas implantadas.

Tendrán un seguimiento continuo y con periodicidad al menos mensual que permitirá revisar, de manera continua, las condiciones de cumplimiento de los estándares de los objetivos del Plan e implantar medidas de ajuste o correctoras en caso necesario.

El Plan Integral de reducción de Lista de Espera se monitorizará y evaluará a través de los siguientes indicadores:

- Indicadores de proceso: Grado de cumplimiento de los objetivos de eficiencia de recursos sanitarios:
 - Rendimiento quirúrgico en jornada ordinaria.
 - Índice de entradas/salidas en lista de espera.

- Indicadores de resultados:
 - Número de total de pacientes incluidos en el Registro de lista de espera quirúrgica, de consultas de Atención Hospitalaria y pruebas diagnósticas, en cada una de las especialidades de todos los centros hospitalarios públicos
 - Indicadores relativos a los tiempos de espera y de número de pacientes en lista, que se adaptarán a los criterios generales expresados en 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 del Sistema Nacional de Salud, en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y la modificación de la Orden 602/2004, de 14 de junio por la que se aprueban las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

- Otros indicadores:

Todas las medidas específicas y estructurales para el abordaje integral de las esperas en el Plan Integral de Mejora de Listas de Espera en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid 2016-2019 tendrán su correspondiente reflejo en los Presupuestos Generales de la Comunidad durante el periodo de duración y vigencia del mismo.

En relación con el gasto, se valorará el seguimiento del gasto ejecutado sobre el previsto específicamente para la implantación del Plan.

Los indicadores de gasto se monitorizarán desde el sistema de seguimiento presupuestario.

DOCUMENTO I

PACTO DE GESTIÓN ENTRE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Y EL SERVICIO/UNIDAD DE XXXXXXXXXXXX DEL HOSPITAL XXXXXXXXXXXX PARA ESTABLECER LA MEJORA DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA AMPLIANDO LA ACTIVIDAD PROGRAMADA EN JORNADA DE TARDE DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL AÑO 2.015 Y EL PRIMER CUATRIMESTRE DEL AÑO 2.016 EN DICHO SERVICIO/UNIDAD.

En Madrid, a **XXX** de Octubre de 2.015

REUNIDOS

De una parte el Director Gerente del Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, D. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, actuando en virtud de nombramiento de fecha **XXXXXXXXXXXX** en representación del centro.

Y de otra parte, el Jefe de Servicio de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** del Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, Dr. D. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, actuando como responsable del servicio/unidad en virtud de nombramiento de fecha **XXXXXXXXXXXX**.

MANIFIESTAN

- I. Que el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud y el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015 y el Decreto 196/2015, amparan la realización de Pactos de Gestión.
- II. Que el presente Pacto de Gestión es el instrumento de negociación y compromiso con el que la Dirección Gerencia del Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** se dota para establecer las actividades extraordinarias que los Servicios/Unidades del centro deben llevar a cabo en la mejora de la lista de espera quirúrgica, de la comunidad de Madrid en general y del centro en particular, ampliando la actividad programada en los centros públicos en horario de tarde y priorizando los centros públicos frente a otras opciones.
- III. Que la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, prevé que las administraciones sanitarias contemplen procedimientos en los que participen los profesionales en un contexto de gestión clínica de las organizaciones sanitarias.
- IV. Que la Gestión Clínica constituye una forma de gestión de las unidades asistenciales basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados; supone por tanto la gestión de las acciones, tareas y recursos disponibles para mejorar los niveles

de salud de los pacientes por los profesionales sanitarios, todo ello en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

- V. Que para el Servicio Madrileño de Salud, la gestión clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios/unidades de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.
- VI. Que en el presente Pacto se especifican los objetivos a alcanzar, la actividad a realizar y los recursos que dispondrá el servicio/unidad para hacerlo, la asignación de incentivos, y el marco y la dinámica de las relaciones mutuas, por medio del seguimiento, valoración y evaluación de objetivos, metas e indicadores objeto del presente Pacto.
- VII. Que el Servicio de **XXXXXXXXXX** del Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** (en adelante denominado el servicio/unidad) es un dispositivo asistencial con la finalidad de garantizar la prestación de una atención médica integral de calidad en el estudio, diagnóstico, tratamiento, formación, gestión e investigación de las enfermedades del Aparato **XXXXXXXXXX**, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud, cuyo responsable médico es su Jefe de Servicio y en cuyas dependencias se lleva a cabo la actividad y gestión de la asistencia, docencia e investigación.
- VIII. Que el Jefe de Servicio asume la dirección y gestión del servicio/unidad asistencial con las funciones de:
- a. Representar al servicio/unidad.
 - b. Realizar la propuesta de objetivos para su estudio y aprobación.
 - c. Organizar, dirigir, priorizar y evaluar las actividades y objetivos del servicio/unidad.
 - d. Establecer protocolos, normas de funcionamiento o cualquier otra medida que permita una mejora en los estándares de la atención recibida por los pacientes.
 - e. Asumir las responsabilidades en la gestión de los recursos humanos y económicos de la forma más eficiente y eficaz posible, con los índices de calidad habituales y en base a los pactados con la Dirección del Hospital.
 - f. Colaborar en la implantación, desarrollo y mantenimiento del sistema de evaluación que permita la medición de los resultados obtenidos, tanto a nivel global como a nivel de cada uno de los miembros adscritos a dicho servicio/unidad.
 - g. Formalizar con la Dirección Gerencia del hospital el Pacto de Gestión que define los compromisos de actividad, resultados, calidad, coste e incentivos del servicio/unidad.
 - h. Aquellas otras funciones que se le encomienden.

- IX. Que los Recursos Humanos asignados al servicio/unidad están informados y que colaboran en el logro de los objetivos marcados son los que se describen en el **ANEXO I** a este Pacto de Gestión.
- X. Que el servicio/unidad tiene encomendados unos objetivos de actividad y calidad que se reflejan en el **ANEXO II** del presente Pacto de Gestión.

En consideración a todo ello, ambas partes acuerdan suscribir el presente Pacto de Gestión para establecer la actividad del servicio/unidad, de acuerdo con las siguientes,

CLÁUSULAS:

PRIMERA.- Objeto del Pacto de Gestión

El objeto del presente Pacto de Gestión es la mejora de la Lista de Espera Quirúrgica ampliando la actividad programada a la jornada de tarde, sin merma ni perjuicio de la que se realiza con carácter ordinario en jornada de mañana, y que se refleja en el **ANEXO III** al citado Pacto.

El incremento de actividad que llevará a cabo el servicio/unidad hasta el día 30 de abril de 2016 se realizará en base a la asignación presupuestaria determinada en el presente Pacto, para cubrir los gastos en que incurra dicho servicio/unidad a tales efectos, a fin de conseguir los objetivos de mejora de la Lista de Espera Quirúrgica del Hospital y el cumplimiento de los objetivos de actividad y calidad marcados por el Servicio Madrileño de Salud a los Hospitales del Sistema Nacional de Salud ubicados en la Comunidad Autónoma de Madrid.

El pacto se desglosará por anualidades. Durante el mes de enero de 2016 se realizará una liquidación de la actividad desarrollada en 2015. Durante el mes de mayo de 2016 se liquidará la actividad desarrollada desde el 1 de enero al 30 de abril de 2016, si dicha actividad fuera necesaria para la consecución de los objetivos marcados.

SEGUNDA.- Régimen Jurídico

El presente Pacto de Gestión entre el Jefe de Servicio y el Director Gerente del Hospital tiene naturaleza funcional y organizativa, teniendo consideración de acuerdo funcional sometido al régimen jurídico de la Institución que es el régimen administrativo y presupuestario y a toda la normativa de aplicación. En base a lo cual, el Jefe de Servicio se compromete a elevar cuantas propuestas de asignación de recursos posibiliten la consecución del presente Pacto y el Hospital iniciará y resolverá, en su caso, todos los expedientes administrativos pertinentes dentro del escenario presupuestario y del principio de legalidad.

TERCERA.- Participación de los profesionales

Este Pacto de Gestión pretende potenciar la actitud de liderazgo de sus Jefes de Servicio. Por tanto, es responsabilidad del Jefe de Servicio difundir este Pacto entre los profesionales del citado servicio/unidad, de manera que lo conozcan, así como las características de los incentivos que en el mismo se establecen, a fin de fomentar la corresponsabilidad de todos los profesionales en la consecución de los objetivos asistenciales y presupuestarios, que son clave en la dinámica del conjunto del Servicio Madrileño de Salud.

CUARTA.- Información y Gestión

El Jefe de Servicio y la Dirección del centro deben implementar las acciones que permitan hacer un seguimiento continuado de los objetivos establecidos en este Pacto, cuya información será analizada por el Servicio Madrileño de Salud quien informará del cumplimiento de este Pacto de Gestión.

Entre las acciones a implementar correcta y adecuadamente están el Registro de Lista de Espera Quirúrgica mensual, el Registro de Quirófano mensual y el Conjunto Mínimo Básico de Datos mensual dentro de los dos primeros días hábiles del mes siguiente. En caso de no realizarse adecuadamente dichas acciones el Pacto de Gestión quedará rescindido al impedir su correcta evaluación y seguimiento.

QUINTA.- Objetivos de actividad

El incremento de la actividad que este Pacto de Gestión prevé es realizar **XXXXXXXXXX** procedimientos quirúrgicos en el hospital y facilitar la derivación a centros públicos sin lista de espera quirúrgica de **XXXXXXXXXX** procedimientos quirúrgicos, que se detallan en el **ANEXO III**, desde la fecha de la firma de este Pacto hasta el día 31 de diciembre de 2.015.

SEXTA.- Marco económico y presupuestario

Los recursos presupuestarios (financieros) asignados al servicio/unidad en este Pacto de Gestión constituyen el marco y el límite en que debe desarrollarse el conjunto de la actividad asistencial que se genere como consecuencia del mismo. El detalle de la financiación del presente Pacto de Gestión se detalla en el **ANEXO III**.

La financiación unitaria de los procedimientos quirúrgicos supone la responsabilidad asistencial desde el momento de la intervención quirúrgica hasta el alta clínica del paciente, No será objeto de financiación adicional las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso así como las reintervenciones o tratamientos que hubieran de realizarse a los pacientes siempre que estén relacionadas con el proceso inicial.

El presupuesto total asignado a este Pacto de Gestión es de **xxxxxxx€** para la realización máxima de **xxxxxxxxxxx** procedimientos quirúrgicos. Dicho presupuesto se desglosa en Capítulo I para gastos de personal **xxxxxxx€** y en incentivación a los profesionales **xxxxxxx€** y **xxxxxxx€** Capítulo II para gastos y bienes corrientes.

SEPTIMA.- Vigencia del Pacto de Gestión

El presente Pacto de Gestión tendrá un plazo de ejecución de la actividad que será desde la fecha de la firma hasta el día 30 de abril de 2.016, realizándose la primera evaluación a fecha 31 de diciembre de 2015, pudiéndose prorrogar expresamente por períodos cuatrimestrales salvo en los casos de rescisión o denuncia contemplados en el mismo.

Si durante la vigencia del Pacto de Gestión, se detectase la conveniencia o necesidad de su modificación, se podrá proceder a efectuar dichos cambios mediante la formalización de una Cláusula Adicional al mismo.

OCTAVA.- Régimen de Inspección

En cualquier momento de la vigencia del Pacto de Gestión, el personal adscrito a la Dirección General de Inspección y Ordenación de la Consejería de Sanidad podrá comprobar el cumplimiento de las condiciones pactadas, la calidad del proceso asistencial y la adecuación, en general, de todo lo actuado a las normas de carácter sanitario y administrativo que le sean de aplicación.

NOVENA.- Seguimiento y valoración de resultados

Ambas partes deberán realizar el seguimiento y evaluación de los resultados del presente Pacto de la siguiente manera:

- **Valoración mensual:** Tendrá carácter provisional, y se presentará en los cinco primeros días hábiles siguientes a la finalización de cada mes.
- **Valoración provisional:** La valoración provisional se realizará a fecha 31 de diciembre de 2.015 evaluado los resultados obtenidos con los objetivos marcados dentro de los siete primeros días hábiles siguientes a la finalización del citado periodo. En función de los resultados obtenidos se decidirá la prórroga cuatrimestral del Pacto, la actividad a realizar y los objetivos a alcanzar a 30 de abril de 2.016.
- **Valoración definitiva:** La valoración definitiva se realizará al finalizar el presente pacto, entendiéndose como resultados definitivos aquellos que verifiquen las valoraciones provisionales y sus rectificaciones a día 30 de abril de 2.016. Dicha evaluación se realizará dentro de los siete primeros días hábiles siguientes a la finalización del periodo de vigencia del citado Pacto.

La no disponibilidad del Registro de Lista de Espera Quirúrgica mensual, del Registro de Quirófano mensual y del Conjunto Mínimo Básico de Datos mensual en los dos primeros días hábiles siguientes a la finalización de cada mes formalizado de forma adecuada para la evaluación del Pacto de Gestión es excluyente de la posibilidad de realizar dicho Pacto.

La no consecución de los objetivos de Mejora de la Accesibilidad descritos en el **ANEXO II** en la evaluación provisional es excluyente de la percepción de la financiación reflejada en el Pacto de Gestión.

En la evaluación provisional se deben conseguir los objetivos excluyentes de Mejora de la Accesibilidad (20 puntos) del Pacto de Gestión y alcanzar al menos otros 60 puntos en el resto de apartados para el reparto del 100% de los incentivos presupuestados entre el personal adherido al Pacto.

Si en la evaluación provisional se cumplen los objetivos excluyentes de Mejora de la Accesibilidad (20 puntos) del Pacto de Gestión y se alcanza una cifra superior a los 40 puntos pero inferior a 60 puntos en el resto de apartados sólo se repartirá el 50% de los incentivos presupuestados.

Cuando en la evaluación provisional se cumplen los objetivos excluyentes de Mejora de la Accesibilidad (20 puntos) del Pacto de Gestión y se alcanza una cifra inferior a 40 puntos en el resto de apartados sólo se repartirá el 25% de los incentivos presupuestados.

En todos los casos de reparto de incentivos entre el personal adherido al Pacto de Gestión, se hará en función del porcentaje de resultados asistenciales y de calidad obtenidos en la evaluación provisional y final respecto a la financiación presupuestada.

La Dirección Gerencia en circunstancias excepcionales podrá proponer al Órgano competente del Servicio Madrileño de Salud alegaciones a las valoraciones realizadas a los efectos que estime oportunos teniendo en cuenta su naturaleza de provisionales o definitivas. El Servicio Madrileño de Salud resolverá dichas alegaciones de manera justificada en un plazo máximo de tres días hábiles.

DECIMA.- Asignación de incentivos por cumplimiento del Pacto de Gestión

El Jefe de Servicio establecerá el cumplimiento de los objetivos asistenciales para cada uno de los facultativos, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario, en base a los resultados de la evaluación final de los objetivos obtenidos en el presente Pacto, con las limitaciones descritas en la cláusula novena.

Los incentivos personales podrán asignarse directamente mediante productividad variable, entre aquellos profesionales del servicio/unidad que de forma voluntaria se incorporen al pacto, y que quedan reflejados en el **ANEXO I**.

En el **ANEXO IV**, se reflejarán las nuevas contrataciones que, con cargo al presupuesto asignado al presente Pacto, se realicen para el cumplimiento de los objetivos del mismo y que se detraerán del reparto de incentivos individuales al personal adherido al Pacto.

UNDECIMA.- Cierre del Pacto

El Pacto se dará por cerrado y concluido con la satisfacción de ambas partes mediante la suscripción del Documento de Cierre que refleje el grado de cumplimiento del servicio/unidad de en sus objetivos de actividad, calidad y presupuesto, y el grado de cumplimiento por parte del Hospital en cuanto a la parte de los incentivos devengados.

En caso de incumplimiento por alguna de las partes el Documento de Cierre reflejará cada una de las situaciones de forma justificada, pormenorizada e individual.

DUODECIMA.- Incumplimiento de los objetivos del Pacto

En caso de incumplimiento involuntario e imputable a causas ajenas o de fuerza mayor, los resultados se imputaran a valoraciones posteriores de forma retrospectiva, hasta la valoración final. De tal forma que el incumplimiento de los objetivos de un determinado mes podrá ser imputable a la valoración de los resultados del mismo mes corriente o a la de los resultados de otro mes en el caso de que la valoración definitiva modifique positivamente la valoración provisional.

Por tanto, las penalizaciones en este Pacto se entienden como la capacidad de que la Dirección Gerencia aplique el resultado de las valoraciones de forma acumulada y continua en el tiempo hasta que se produzca el Documento de Cierre.

Una vez suscrito el Documento de Cierre no podrán revisarse las valoraciones a efectos de asignación de incentivos.

DECIMOTERCERA.- Resolución de conflictos

En caso de conflicto de interpretación de resultados y/o de valoraciones o si alguna de las partes entiende que la otra ha incumplido una o varias de las cláusulas de este Pacto, podrán acudir ambas o una de las dos partes afectadas ante el Órgano

competente del Servicio Madrileño de Salud, a fin de solicitar su intermediación y arbitraje, siendo su dictamen inapelable.

Y ambas partes, revisado el presente Pacto de Gestión con las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad y del Servicio Madrileño de Salud y de acuerdo a las cláusulas contenidas en el mismo acuerdan cumplir lo estipulado en dicho Pacto y en prueba de su conformidad con cuanto antecede y para la debida constancia, firman por triplicado el presente documento en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento, para los efectos y consideraciones que sean oportunos.

El Director Gerente del Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXX	El Jefe Servicio/Unidad XXXXXXXXXXXXXXXXXXdel Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Fdo.: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Fdo.: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Vº. Bº. Servicio Madrileño de Salud Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria	
Fdo.: César Pascual Fernández	

ANEXO I

Recursos Humanos

El servicio/unidad de **XXXXXX** del Hospital **XXXXXXX** para la realización del presente Pacto de Gestión cuenta con el siguiente personal adscrito, que está informado y se adhiere a dicho Pacto:

Servicio/ Unidad	Categoría/Puesto	Nombre y apellidos	Informado (Si/No)	Adherido (Si/No)	Firma
	Jefe Servicio				
	Jefe Sección				
	Adjunto/FEA				
	Adjunto/FEA				
	Enfermer@				
	Auxiliar Enfermería				
	Auxiliar Administrativo				
	Celador				

ANEXO II

Objetivos de actividad y calidad del servicio/unidad ~~XXXXXXXXXX~~ del Hospital ~~XXXXXXXXXX~~ acordados en el presente Pacto de Gestión con el personal adherido a dicho Pacto:

Los objetivos pactados de mejora de la organización, disminución de la variabilidad clínica, gestión clínica, optimización de recursos, accesibilidad, ambulatorización de procesos y gestión administrativa referentes a la actividad asistencial y calidad del servicio/unidad de ~~XXXXXXXXXXXXXX~~ se relacionan a continuación:

ACUERDO DE GESTIÓN		DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	ACTUAL	REALIZADO
AREA ESTRATEGICA	VALOR	INDICADOR	META	VALOR	VALOR
MEJORA ORGANIZACIÓN					
MEJORA ORGANIZACIÓN¹		Coordinador de Quirófano	SI		
		Comisión de Programación Quirúrgica	SI		
		Cumplimentación CMBD	SI		
		Cumplimentación Registro LEQ	SI		
		Cumplimentación Registro Quirófano	SI		
DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD CLÍNICA			15		
DISMINUCIÓN VARIABILIDAD CLÍNICA	5	Frecuentación % ₀ TSI sobre el total de LEQ			
	5	Frecuentación % ₀ TSI sobre el Total Entradas en LEQ			
	5	% Entradas en LEQ / 1 ^a Consultas atendidas			
MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA			26		
GESTIÓN CLÍNICA	3	% IQ Programadas procedentes de LEQ			
	3	% IQ Programadas procedente de ingresos urgentes			
	3	% IQ Programadas no procedente de LEQ			
	5	Índice entradas/salidas			
	3	%LEQ Estructural sobre el total de lista de espera			
	3	Relación espera media/demora media			
	3	% Salidas LEQ Jornada ordinaria/Total salidas LEQ			
3	% Salidas LEQ Sin intervención/Total salidas LEQ				
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS			19		
OPTIMIZACIÓN RECURSOS	3	Estancia media preoperatoria IQ Programadas con hospitalización procedentes LEQ	<1 día		
	3	Estancia media preoperatoria IQ Programadas con hospitalización diferidas urgentes	<2 días		
	3	Rendimiento quirófano, anestesia, cirugía	>80,75,70%		
	3	IQ Programadas / quirófano / día hábil			
	4	% Suspensiones IQ Programadas	<3,5%		
3	Estancia media postoperatoria ajustada al proceso				
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD			20		
ACCESIBILIDAD²	10	Nº pacientes >180 días de espera para Intervención Quirúrgica en LEQ Estructural en seguimiento mensual	0		
	10	Nº pacientes >360 días de espera para Intervención Quirúrgica en LEQ no Estructural en seguimiento mensual	0		
MEJORA AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS			10		
AMBULATORIZACIÓN PROCESOS	4	% CMA Programada sobre el total de IQ Programadas			
	3	Aumento actividad Hospital de Día Quirúrgico	>5%		
	3	Aumento actividad quirúrgica fuera de quirófano	>5%		
MEJORA DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA			10		
GESTIÓN ADMINISTRATIVA²	3	% Codificación Clínica Diagnóstico CIE en LEQ y Quirófano	>98%		
	3	% Codificación Procedimiento quirúrgico CIE en LEQ y Quirófano	>98%		
	4	% Confirmación fecha IQ Programada al paciente	100%		

¹ La no disponibilidad es excluyente de la posibilidad de realizar el Pacto de Gestión.

² La no consecución del objetivo es excluyente de la percepción de la financiación reflejada en el Pacto de Gestión. En la evaluación final se deben de conseguir los objetivos excluyentes del Pacto de Gestión para el reparto de incentivos al personal adherido al Pacto. El reparto de incentivos se hará en función del grado de consecución de los objetivos evaluados.

ANEXO III

Actividad máxima pactada del Servicio de **XXXXXX, del Hospital **XXXXXXXXXX**, financiación máxima y derivación máxima a hospitales públicos sin LEQ correspondiente al objeto del presente Pacto de Gestión:**

Procedimientos quirúrgicos >180 días en Lista de Espera Quirúrgica Estructural y >360 días en Lista de Espera Quirúrgica no Estructural:

Se tiene en cuenta el número máximo de Procedimientos quirúrgicos pactados, financiación unitaria en Capítulo I para gastos de personal e incentivación a los profesionales, Capítulo II y la financiación total en euros.

Procedimiento quirúrgico	Actividad máxima 31/12/2.015	Financiación unitaria Incentivación profesional Capítulo I en €	Otra Financiación unitaria Capítulo I en €	Financiación unitaria Capítulo II en €	Financiación total en €
TOTAL					

El hospital y el servicio/unidad se comprometen a facilitar la derivación a centros públicos sin lista de espera quirúrgica de:

Procedimientos quirúrgicos >180 días en Lista de Espera Quirúrgica Estructural y procedimientos >360 días en Lista de Espera Quirúrgica no Estructural:

Procedimiento quirúrgico	Derivación máxima >180 días y >360 días 31/12/2.015
TOTAL	

ANEXO IV

Profesionales del servicio/unidad de XXXX del Hospital XXXXXXXX adheridos al presente Pacto de Gestión mediante nuevas contrataciones realizadas con motivo del mismo:

En las nuevas contrataciones relacionar la categoría/puesto, el nombre y apellidos, el tipo de contrato, la duración de la contratación, la jornada y el horario de trabajo.

Categoría /puesto	Nombre y apellidos	Tipo contrato	Duración contratación	Jornada	Horario

La financiación para dichas contrataciones se obtendrá de la financiación global del Pacto de Gestión. Una vez deducido el coste de las nuevas contrataciones, el resto de la financiación se destinará a incentivos del personal adherido a dicho Pacto.

DOCUMENTO II

PACTO DE GESTIÓN ENTRE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Y EL SERVICIO/UNIDAD DE XXXXXXXXXXXX DEL HOSPITAL XXXXXXXXXXXX PARA ESTABLECER LA MEJORA DE LA LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPÉUTICAS AMPLIANDO LA ACTIVIDAD PROGRAMADA EN JORNADA DE TARDE Y FINES DE SEMANA DURANTE EL AÑO 2.016 EN DICHO SERVICIO/UNIDAD.

En Madrid, a **XXX** de Octubre de 2.016

REUNIDOS

De una parte el Director Gerente del Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, **D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, actuando en virtud de nombramiento de fecha **XXXXXXXXXXXXX** en representación del centro.

Y de otra parte, el Jefe de Servicio de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** del Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, Dr. **D. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, actuando como responsable del servicio/unidad en virtud de nombramiento de fecha **XXXXXXXXXXXXX**.

MANIFIESTAN

- XI. Que el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud y el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015 y el Decreto 196/2015, amparan la realización de Pactos de Gestión.
- XII. Que el presente Pacto de Gestión es el instrumento de negociación y compromiso con el que la Dirección Gerencia del Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** se dota para establecer las actividades extraordinarias que los Servicios/Unidades del centro deben llevar a cabo en la mejora de la Lista de Espera de Pruebas Diagnósticas y/o Terapéuticas, de la Comunidad de Madrid en general y del centro en particular, ampliando la actividad programada en los centros públicos en horario de tarde en días laborables así como durante la jornada de los sábados, domingos y festivos y priorizando los centros públicos frente a otras opciones.
- XIII. Que la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de la Profesiones Sanitarias, prevé que las administraciones sanitarias contemplen procedimientos en los que participen los profesionales en un contexto de gestión clínica de las organizaciones sanitarias.
- XIV. Que la Gestión Clínica constituye una forma de gestión de las unidades asistenciales basada en la participación activa y responsable de los

profesionales en la consecución de los objetivos fijados y supone por tanto la gestión de las acciones, tareas; y recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes por los profesionales sanitarios, todo ello en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

- XV. Que para el Servicio Madrileño de Salud, la Gestión Clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios/unidades de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.
- XVI. Que en el presente Pacto se especifican los objetivos a alcanzar, la actividad a realizar y los recursos que dispondrá el servicio/unidad para hacerlo, la asignación de incentivos, y el marco y la dinámica de las relaciones mutuas, por medio del seguimiento, valoración y evaluación de objetivos, metas e indicadores objeto del presente Pacto.
- XVII. Que el Servicio/Unidad de **XXXXXXXXXXXXXX** del Hospital **XXXXXXXXXXXXXX** (en adelante denominado el Servicio/Unidad) es un dispositivo asistencial con la finalidad de garantizar la prestación de una atención médica integral de calidad en el estudio, diagnóstico, tratamiento, formación, gestión e investigación de la salud y la enfermedad en el ámbito de su competencia y conocimiento, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud, cuyo responsable médico es su Jefe de Servicio y en cuyas dependencias se lleva a cabo la actividad y gestión de la asistencia, docencia e investigación.
- XVIII. Que el Jefe de Servicio asume la dirección y gestión del servicio/unidad asistencial con las funciones de:
- Representar al servicio/unidad.
 - Realizar la propuesta de objetivos para su estudio y aprobación.
 - Organizar, dirigir, priorizar y evaluar las actividades y objetivos del servicio/unidad.
 - Establecer protocolos, normas de funcionamiento o cualquier otra medida que permita una mejora en los estándares de la atención recibida por los pacientes.
 - Asumir las responsabilidades en la gestión de los recursos humanos y económicos de la forma más eficiente y eficaz posible, con los índices de calidad habituales y en base a los pactados con la Dirección del Hospital.
 - Colaborar en la implantación, desarrollo y mantenimiento del sistema de evaluación que permita la medición de los resultados obtenidos, tanto a nivel global como a nivel de cada uno de los miembros adscritos a dicho servicio/unidad.
 - Formalizar con la Dirección Gerencia del hospital el Pacto de Gestión que define los compromisos de actividad, resultados, calidad, coste e incentivos del servicio/unidad.
 - Aquellas otras funciones que se le encomienden.

- XIX. Que los Recursos Humanos asignados al servicio/unidad están informados y que colaboran en el logro de los objetivos marcados son los que se describen en el **ANEXO I** a este Pacto de Gestión.
- XX. Que el servicio/unidad tiene encomendados unos objetivos de actividad y calidad que se reflejan en el **ANEXO II** del presente Pacto de Gestión.

En consideración a todo ello, ambas partes acuerdan suscribir el presente Pacto de Gestión para establecer la actividad del servicio/unidad, de acuerdo con las siguientes,

CLÁUSULAS:

PRIMERA.- Objeto del Pacto de Gestión

El objeto del presente Pacto de Gestión es la mejora de la Lista de Espera de Pruebas Diagnósticas y/o Terapéuticas ampliando la actividad programada al horario de tarde en días laborables y a la jornada de los sábados, domingos y festivos, sin merma ni perjuicio de la que se realiza con carácter ordinario tanto en jornada de mañana como de tarde, y que se refleja en el **ANEXO III** al citado Pacto.

Este incremento de actividad, que llevará a cabo el Servicio/Unidad durante el ejercicio 2016 se realizará en base a la asignación presupuestaria determinada en el presente Pacto, para cubrir los gastos en que incurra dicho Servicio/Unidad a tales efectos, a fin de conseguir los objetivos de mejora de la Lista de Espera de Pruebas Diagnósticas y/o Terapéuticas del Hospital y el cumplimiento de los objetivos de actividad y calidad marcados por el Servicio Madrileño de Salud a los Hospitales públicos ubicados en la Comunidad Autónoma de Madrid.

El pacto se desglosa por trimestres dentro de la anualidad considerada, en este caso 2016. Durante los 10 primeros días del mes siguiente a la finalización del trimestre considerado se realizará una liquidación de la actividad desarrollada en el periodo analizado. De tal forma que, a modo de ejemplo, durante el mes de abril de 2016 se liquidará la actividad desarrollada desde el 1 de enero al 31 de marzo de 2016, siempre que dicha actividad fuera necesaria para la consecución de los objetivos marcados. Con la única excepción de las nuevas contrataciones de personal necesario acordado que se liquidará mensualmente.

SEGUNDA.- Régimen Jurídico

El presente Pacto de Gestión entre el Jefe de Servicio y el Director Gerente del Hospital tiene naturaleza funcional y organizativa, teniendo consideración de acuerdo funcional sometido al régimen jurídico de la Institución que es el régimen administrativo y presupuestario y a toda la normativa de aplicación. En base a lo cual, el Jefe de Servicio se compromete a elevar cuantas propuestas de asignación de recursos posibiliten la consecución del presente Pacto y el Hospital iniciará y resolverá, en su caso, todos los expedientes administrativos pertinentes dentro del escenario presupuestario y del principio de legalidad.

TERCERA.- Participación de los profesionales

Este Pacto pretende potenciar la actitud de liderazgo de sus Jefes de Servicio. Por tanto, es responsabilidad del Jefe de Servicio difundir este Pacto de Gestión entre los profesionales del citado servicio/unidad, de manera que lo conozcan, así como las características de los incentivos que en el mismo se establecen, a fin de fomentar la

corresponsabilidad de todos los profesionales en la consecución de los objetivos asistenciales y presupuestarios, que son clave en la dinámica del conjunto del Servicio Madrileño de Salud.

CUARTA.- Información y Gestión

El jefe de Servicio y la Dirección del centro deben implementar las acciones que permitan hacer un seguimiento continuado de los objetivos establecidos en este Pacto, cuya información será analizada por el Servicio Madrileño de Salud quien informará del cumplimiento de este Pacto de Gestión.

Entre las acciones a implementar correcta y adecuadamente están el envío del Sistema de Información de Consultas y Técnicas (SICyT) mensual, el Sistema de Información de Atención Hospitalaria (SIAE) mensual dentro de los dos primeros días hábiles siguientes a la finalización de cada mes formalizado de forma adecuada para la realización operativa del seguimiento y evaluación del Pacto de Gestión a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. En caso de no realizarse adecuadamente dichas acciones el Pacto de Gestión quedará rescindido al impedir su correcta evaluación y seguimiento.

QUINTA.- Objetivos de actividad

El incremento de la actividad que este Pacto de Gestión prevé es la realización de las técnicas en pacientes asignados a Pacto y/o concierto, que a continuación se detallan, desde la fecha de la firma de este Pacto hasta el día 31 de diciembre de 2016.

Técnicas Diagnóstico y/o Terapéuticas	Actividad Anual Nº pacientes	Nº pacientes Pacto	Nº pacientes Concierto

SEXTA.- Marco económico y presupuestario

Los recursos presupuestarios (financieros) asignados al Servicio en este Pacto de Gestión constituyen el marco y el límite en que debe desarrollarse el conjunto de la actividad asistencial que se genere como consecuencia del mismo. El detalle de la financiación del presente Pacto de Gestión se detalla en el **ANEXO III**.

La financiación unitaria de las técnicas diagnósticas y/o terapéuticas supone la responsabilidad asistencial desde el momento de la prescripción hasta la realización de la prueba y la elaboración del informe clínico diagnóstico del paciente, No será objeto de financiación adicional las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso así como las actuaciones que hubieran de realizarse a los pacientes siempre que estén relacionadas con el proceso inicial.

El presupuesto total asignado a este Pacto de Gestión es de **XXXXXXXXX€** para la realización máxima de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas en **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** pacientes (**XXX N° xxxx, XXX N° xxxx**). Dicho presupuesto se desglosa en Capítulo I gastos de personal que incluye los correspondientes a la incentivación de los profesionales y la contratación de personal pactada para el desarrollo de la actividad acordada. Respecto al Capítulo II para gastos y bienes corrientes, éstos serán asumidos dentro del presupuesto ordinario del hospital.

SEPTIMA.- Vigencia del Pacto de Gestión

El presente Pacto de Gestión tendrá un plazo de ejecución de la actividad que será desde la fecha de la firma hasta el día 31 de diciembre de 2.016, realizándose seguimientos mensuales y evaluaciones trimestrales siendo la primera evaluación a fecha 31 de marzo de 2016, pudiéndose prorrogar expresamente por períodos anuales, salvo en los casos de rescisión o denuncia contemplados en el mismo.

Si durante la vigencia del Pacto de Gestión, se detectase la conveniencia o necesidad de su modificación, se podrá proceder a efectuar dichos cambios mediante la formalización de una Cláusula Adicional al mismo.

OCTAVA.- Régimen de Inspección

En cualquier momento de la vigencia del Pacto de Gestión, el personal adscrito a la Dirección General de Inspección y Ordenación de la Consejería de Sanidad podrá comprobar el cumplimiento de las condiciones pactadas, la calidad del proceso asistencial y la adecuación, en general, de todo lo actuado a las normas de carácter sanitario y administrativo que le sean de aplicación.

NOVENA.- Seguimiento y valoración de resultados

Ambas partes deberán realizar el seguimiento y valoración de los resultados del presente Pacto de la siguiente manera:

- **Valoración mensual:** Tendrá carácter provisional, y se presentará en los cinco primeros días hábiles siguientes a la finalización de cada mes.
- **Valoración provisional:** La valoración provisional se realizará dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a la finalización de cada trimestre, siendo la primera valoración a fecha 10 de abril de 2.016 evaluado los resultados obtenidos con los objetivos marcados. En función de los resultados obtenidos se decidirán las propuestas de mejora a realizar en función de los objetivos a alcanzar, con periodicidad trimestral.
- **Valoración definitiva:** La valoración definitiva se realizará al finalizar el periodo de vigencia del presente Pacto de Gestión, entendiéndose como resultados definitivos aquellos que verifiquen las valoraciones provisionales y sus rectificaciones a día 31 de diciembre de 2.016. Dicha evaluación se realizará dentro de los diez primeros días hábiles siguientes a la finalización del periodo de vigencia del citado Pacto.

La no disponibilidad del Sistema de Información de Consultas y Técnicas (SICyT) mensual, el Sistema de Información de Atención Hospitalaria (SIAE) mensual dentro de los dos primeros días hábiles siguientes a la finalización de cada mes formalizado de forma adecuada para la evaluación del Pacto de Gestión es excluyente de la posibilidad de realizar dicho Pacto.

La Dirección Gerencia utilizará estas valoraciones a los efectos que estime oportunos, teniendo en cuenta su naturaleza de provisionales o definitivas, comunicándolo al Jefe de Servicio y con el conocimiento y aprobación de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

La no consecución de los objetivos de Mejora de la Accesibilidad descritos en el **ANEXO II** en las evaluaciones provisionales es excluyente de la percepción de la financiación extraordinaria reflejada en el Pacto de Gestión, teniendo que hacer frente a las contrataciones de personal el Hospital con los presupuestos ordinarios del centro.

En la evaluación provisional se deben conseguir los objetivos excluyentes de Mejora de la Accesibilidad (20 puntos) del Pacto de Gestión y alcanzar al menos otros 60 puntos en el resto de apartados para el reparto del 100% de los incentivos presupuestados entre el personal adherido al Pacto.

Si en la evaluación provisional se cumplen los objetivos excluyentes de Mejora de la Accesibilidad (20 puntos) del Pacto de Gestión y se alcanza una cifra superior a los 40 puntos pero inferior a 60 puntos en el resto de apartados sólo se repartirá el 80% de los incentivos presupuestados.

Cuando en la evaluación provisional se cumplen los objetivos excluyentes de Mejora de la Accesibilidad (20 puntos) del Pacto de Gestión y se alcanza una cifra inferior a 40 puntos en el resto de apartados sólo se repartirá el 50% de los incentivos presupuestados.

En todos los casos el reparto de incentivos entre el personal adherido al Pacto de Gestión, se hará en función del porcentaje de resultados asistenciales y de calidad obtenidos en la evaluación provisional y final respecto a la financiación presupuestada.

La Dirección Gerencia en circunstancias excepcionales podrá proponer al Órgano competente del Servicio Madrileño de Salud alegaciones a las valoraciones realizadas a los efectos que estime oportunos teniendo en cuenta su naturaleza de provisionales o definitivas. El Servicio Madrileño de Salud resolverá dichas alegaciones de manera justificada en un plazo máximo de tres días hábiles.

DECIMA.- Asignación de incentivos por cumplimiento del Pacto de Gestión

El Jefe de Servicio establecerá el cumplimiento de los objetivos asistenciales y de calidad para cada uno de los facultativos, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario, en base a los resultados obtenidos en las evaluaciones provisionales y de la evaluación final de los objetivos acordados en el presente Pacto de Gestión, con las limitaciones descritas en la cláusula novena.

Los incentivos personales podrán asignarse directamente mediante productividad variable, entre aquellos profesionales y trabajadores del servicio/unidad que de forma voluntaria se incorporen al pacto, y que quedan reflejados en el **ANEXO I**.

En el **ANEXO IV**, se reflejarán las nuevas contrataciones que, con cargo al presupuesto asignado al presente Pacto, se realicen para el cumplimiento de los objetivos del mismo, y que se detraerán de la financiación del citado Pacto de Gestión.

UNDECIMA.- Cierre del Pacto

El Pacto se dará por cerrado y concluido con la satisfacción de ambas partes mediante la suscripción del Documento de Cierre que refleje el cumplimiento del Servicio/Unidad en sus objetivos de actividad, calidad y presupuesto, y el cumplimiento por parte del Hospital en cuanto a la parte de los incentivos devengados, así como la contratación del personal necesario para el desarrollo del mismo y acordado en el presente Pacto de Gestión.

En caso de incumplimiento por alguna de las partes se podrá prorrogar la fecha de vencimiento de las obligaciones no cumplidas, en cuyo caso el Documento de Cierre reflejará cada una de las situaciones de forma pormenorizada e individualizada.

DUODECIMA.- Incumplimiento de los objetivos del Pacto

En caso de incumplimiento involuntario e imputable a causas ajenas o de fuerza mayor, los resultados se imputaran a valoraciones posteriores de forma retrospectiva, hasta la valoración final. De tal forma que el incumplimiento de los objetivos de un determinado mes podrá ser imputable a la valoración de los resultados del mismo mes corriente o a la de los resultados de otro mes en el caso de que la valoración definitiva modifique positivamente la valoración provisional.

Por tanto, las penalizaciones en este Pacto se entienden como la capacidad de que la Dirección Gerencia aplique el resultado de las valoraciones de forma acumulada y continua en el tiempo hasta que se produzca el Documento de Cierre.

Una vez suscrito el Documento de Cierre no podrán revisarse las valoraciones a efectos de asignación de incentivos.

DECIMOTERCERA.- Resolución de conflictos

En caso de conflicto de interpretación de resultados y/o de valoraciones o si alguna de las partes entiende que la otra ha incumplido una o varias de las cláusulas de este Pacto, podrán acudir ambas o una de las dos partes afectadas ante el Órgano competente del Servicio Madrileño de Salud, a fin de solicitar su intermediación y arbitraje, siendo su dictamen inapelable.

Y ambas partes, revisado el presente Pacto de Gestión con las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad y del Servicio Madrileño de Salud y de acuerdo a las cláusulas contenidas en el mismo acuerdan cumplir lo estipulado en dicho Pacto y en prueba de su conformidad con cuanto antecede y para la debida constancia, firman por triplicado el presente documento en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento, para los efectos y consideraciones que sean oportunos.

El Director Gerente del Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXX	El Jefe Servicio/Unidad XXXXXXXXXXXXXXXXXXdel Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Fdo.: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Fdo.: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Vº. Bº. Servicio Madrileño de Salud Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria	
Fdo.: César Pascual Fernández	

ANEXO I

Recursos Humanos

El Servicio/Unidad de **XXXXXX** del Hospital **XXXXXXX** cuenta con el siguiente personal adscrito, que está informado y se adhiere al presente Pacto de Gestión:

Servicio/Unidad	Categoría/Puesto	Nombre y apellidos	Informado (Si/No)	Adherido (Si/No)	Firma
	Jefe Servicio				
	Jefe Sección				
	Adjunto/FEA				
	Adjunto/FEA				
	Personal Técnico Especialista				
	Enfermería				
	Auxiliar Enfermería				
	Auxiliar Administrativo				
	Celador				

ANEXO II

Objetivos de actividad y calidad del Servicio/Unidad XXXXXXXXXX del Hospital XXXXXXXXXX acordados en el presente Pacto de Gestión con el personal adherido en dicho Pacto:

Los objetivos pactados de mejora de la organización, disminución de la variabilidad clínica, gestión clínica, optimización de recursos, accesibilidad, protocolización de procesos y gestión administrativa referentes a la actividad asistencial y calidad del Servicio/Unidad de XXXXXXXXXX se relacionan a continuación:

ACUERDO DE GESTIÓN		VALORACIÓN	OBJETIVO	ACTUAL	REALIZADO
AREA ESTRATEGICA	VALOR	INDICADOR	META	META	META
MEJORA ORGANIZACIÓN					
MEJORA ORGANIZACIÓN¹		Coordinador de Consultas y Técnicas diagnósticas	SI		
		Comisión de Programación de la actividad ambulatoria	SI		
		Cumplimentación adecuada de SICyT	SI		
		Cumplimentación adecuada de SIAE	SI		
DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD CLÍNICA			18		
DISMINUCIÓN VARIABILIDAD CLÍNICA	3	Frecuentación % ₀ TSI sobre el Total de LET	< 5% ₀		
	3	Frecuentación % ₀ TSI sobre el Total Entradas en LET	<20% ₀		
	3	Frecuentación % ₀ TSI sobre el Total actividad realizada a paciente			
	3	%Total Entradas en LET estructural / 1ª Consultas atendidas	<20%		
	3	% Actividad realizada a paciente / Total Consultas atendidas	<40%		
	3	% Actividad realizada a paciente procedente AP / Total actividad	<		
MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA			21		
GESTIÓN CLÍNICA	2	% Pacientes Programadas procedentes de LET	>70%		
	2	% Pacientes realizados procedentes de urgencias atendidas	<10%		
	2	% Pacientes realizados procedentes de ingresos de hospitalización	<20%		
	3	Índice de conversión técnicas diagnósticas / paciente	<1,xx		
	3	Índice entradas / salidas	<0,98		
	2	%LET Estructural sobre el total de lista de espera de técnicas	<40%		
	3	Relación espera media / demora media	>1		
	2	% Salidas LET Jornada ordinaria / Total salidas LET	>80%		
2	% Salidas LET Sin realización de la técnica / Total salidas LEQ	<5%			
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS			17		
OPTIMIZACIÓN RECURSOS	3	Demora máxima realización prueba en Pacientes hospitalizados	<24 horas		
	3	Demora máxima realización prueba en Pacientes urgentes	< 4 horas		
	3	Rendimiento sobre agenda tipo	>95%		
	4	Pacientes / técnica / jornada mañana y/o tarde ordinaria hábil	>		
	4	Pacientes / técnica / jornada mañana y/o tarde extraordinaria hábil	>		
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD			20		
ACCESIBILIDAD*	10	Número de pacientes que superan los 21 días de espera para la técnica en LET Estructural en seguimiento mensual	0		
	10	Número de pacientes que superan los 40 días de espera para la técnica en LET no Estructural en seguimiento mensual	0		
SEGURIDAD y EFICACIA EN LA ASISTENCIA DE LOS PROCESOS (Reducción efectos adversos)			17		
SEGURIDAD Y EFICACIA EN LA ASISTENCIA DE LOS PROCESOS	4	% Solicitudes justificadas con informe pedidas desde Aten. Primaria	>90%		
	3	Ecografía tiroidea en pacientes con hipotiroidismo subclínico	<5%		
	3	Radiografía/TC/RM en pacientes con dolor cervical y/o lumbar agudo sin signos de alarma	<5%		
	7	Elaboración 1 protocolo clínico de petición de la prueba objeto de Pacto para el área sanitaria puesta en marcha incluyendo criterios de adecuación y evaluación con grado de cumplimiento (1º trimestre elaboración, 2º implantación, 3º y 4º evaluación)	>90%		
MEJORA DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA			7		
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	5	% Identificación prueba diagnóstica/control en SICyT	100%		
	2	% Confirmación fecha prueba diagnóstica Programada al paciente	100%		

¹ La no disponibilidad es excluyente de la posibilidad de realizar el Pacto de Gestión.

² La no consecución del objetivo es excluyente de la percepción de la financiación reflejada en el Pacto de Gestión.

En la evaluación final se deben de conseguir los objetivos excluyentes del Pacto de Gestión para el reparto de incentivos al personal adherido al Pacto. El reparto de incentivos se hará en función del grado de consecución de los objetivos evaluados.

ANEXO III

Actividad máxima pactada del Servicio de ~~XXXXXX~~, del Hospital ~~XXXXXXXXXX~~, financiación y derivación máxima correspondiente al objeto del presente Pacto de Gestión:

Pacientes a los que se realizan técnicas diagnósticas y/o terapéuticas >21 días en Lista de Espera Estructural de 1ª Pruebas diagnósticas y >40 días en Lista de Espera no Estructural de Pruebas diagnósticas de control:

Se tiene en cuenta el número máximo de pacientes a los que realizar técnicas diagnósticas y/o terapéuticas pactadas, la financiación unitaria en Capítulo I para gastos de personal e incentivación a los profesionales y la financiación total en euros.

Número de Pacientes por Técnica diagnóstica y/o Terapéutica	Actividad máxima	Financiación unitaria Capítulo I en €	Financiación total en €
TOTAL			

ANEXO IV

Profesionales del Servicio/Unidad de XXXX del Hospital XXXXXXXX adheridos al presente Pacto de Gestión mediante nuevas contrataciones realizadas con motivo del mismo:

En las nuevas contrataciones relacionar la categoría/puesto, el nombre y apellidos, el tipo de contrato, la duración de la contratación, la jornada y el horario de trabajo.

Categoría/ puesto	Nombre y apellidos	Tipo contrato	Duración contratación	Jornada	Horario

La financiación para dichas contrataciones se obtendrá de la financiación global del Pacto de Gestión. Una vez deducido el coste de las nuevas contrataciones, el resto de la financiación se destinará a incentivos del personal adherido a dicho Pacto.

DOCUMENTO III

ORDEN/2016, DE DE, POR LA QUE SE APRUEBAN LAS INSTRUCCIONES DE GESTIÓN DEL REGISTRO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Mediante Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y con el carácter de norma básica, se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. La norma mencionada en su artículo 2.1, señala que el sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud en materia de listas de espera se estructura a partir del registro de pacientes en lista de espera y de indicadores básicos, mínimos y comunes que permitan la homogeneidad en la evaluación global objetiva de las listas de espera.

Por su parte, el Decreto 62/2004, de 15 de abril, por el que se crea la Unidad Central de Gestión, Los Comités Técnicos, la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, viene a definir los mecanismos de gestión necesarios para lograr la consecución de los objetivos del Plan.

El Capítulo V del citado Decreto define los aspectos generales del Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, que era preciso desarrollar a fin de establecer unos criterios homogéneos de gestión del citado registro. Teniendo en cuenta lo señalado, y en virtud de lo establecido en la disposición final primera del Decreto 62/2004, de 15 de abril, se publicó la Orden 602/2004, de 14 de junio por la que se aprueban las Instrucciones de Gestión del Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

El tiempo transcurrido y la experiencia acumulada, así como los cambios operados en las estructuras del Servicio Madrileño de Salud, hacen necesario en este momento modificar las instrucciones en la gestión del registro, acorde con las actuales necesidades que permitan alcanzar, de modo eficiente, los objetivos para los que ha sido configurado.

En su virtud, y de acuerdo con lo establecido en la disposición final primera del Decreto 62/2004, de 15 de abril, dispongo:

Artículo único. Aprobación de Instrucciones.-Se aprueban las Instrucciones de Gestión del Registro de Pacientes del Servicio Madrileño de Salud, cuyo texto se inserta a continuación.

DISPOSICIONES FINALES

Disposición final primera. Desarrollo.-Se faculta al titular del órgano directivo del que dependa el Servicio Madrileño de Salud para dictar cuantas instrucciones estime necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la presente Orden.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.-La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.

INSTRUCCIONES DE GESTIÓN DEL REGISTRO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

Primera. Ámbito de aplicación.-

El Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud incluye a todos los pacientes con derecho a la asistencia sanitaria pública en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid con prescripción programada no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico quirúrgico establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.

No se incluirán en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica. Igualmente, quedan excluidas:

- a. Las intervenciones quirúrgicas de trasplante de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el apartado 2 del artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- b. Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.
- c. La atención sanitaria de urgencia, incluyendo reimplantes de miembros y atención a quemados.
- d. La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

Segunda. Clasificación de pacientes.-

Clasificación de pacientes incluidos en el registro, en función del tipo de espera:

- a. Pacientes en espera estructural: son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.
- b. Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo: son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.

- c. Pacientes transitoriamente no programables: son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:
 - 1. Pacientes en espera médica por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención.
 - 2. Pacientes en espera, por solicitud de aplazamiento de la intervención por motivos personales o laborales.

Tercera. Criterios de inclusión en el Registro.-

Criterios generales:

Se incluyen en el Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica, los pacientes que, teniendo derecho a asistencia sanitaria, reúnan los requisitos definidos en el epígrafe anterior.

Se entiende como pacientes con derecho a la asistencia sanitaria pública en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid a los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria contemplados en el artículo 1.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para aquellas prestaciones incluidas en la cartera de servicios regulada mediante 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, y su normativa de desarrollo, señaladas en el anexo.

El derecho a la atención sanitaria se acreditará mediante:

- a. Tarjeta Sanitaria Individual expedida por la Comunidad de Madrid.
- b. Los pacientes procedentes de otras Comunidades Autónomas deberán estar en posesión de la correspondiente propuesta de derivación, emitida por su órgano autonómico de salud competente y contar con la aceptación del centro receptor y de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.
- c. Los pacientes procedentes de países de la Unión Europea o con convenio de asistencia sanitaria con el Estado español, tendrán que disponer de la correspondiente propuesta de derivación aceptada por la Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud y contar con la aceptación del centro receptor.

Criterios clínicos:

Entre los criterios clínicos a tener en cuenta para la inclusión de pacientes en el registro se encuentran:

- a. La indicación quirúrgica se adecuará a los protocolos y guías de práctica clínica elaboradas por los Comités Técnicos en colaboración con la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud y facultativos de las especialidades quirúrgicas que generen mayor demanda y lista de espera quirúrgica, incluida la de Anestesia y Reanimación, contando para ello con las respectivas sociedades científicas.

- b. Sólo se incluirán los procesos con indicación quirúrgica cierta y por lo tanto no se incluirán en el registro aquellos procesos sin indicación quirúrgica cierta en ese momento, aunque previsiblemente puedan tenerla en un futuro.
- c. Los segundos tiempos de intervención quirúrgica que precisen un tiempo de espera predeterminado no deben ser incluidos al finalizar la primera intervención, sino cuando exista de nuevo indicación quirúrgica cierta.
- d. Los procesos bilaterales con resolución en un único tiempo quirúrgico se incluirán en el registro como un único proceso.
- e. En procesos bilaterales que van a ser intervenidos en dos tiempos quirúrgicos diferentes se procederá con cada uno de ellos como procesos independientes y, por tanto, una vez resuelto el primero se iniciará el procedimiento de inclusión en el registro para el segundo.
- f. En aquellos pacientes en los que esté prevista la realización de más de un procedimiento quirúrgico en un único tiempo, se llevará a cabo un único registro de lista de espera, siendo el orden de codificación acorde a la complejidad de los procedimientos previstos.
- g. En aquellos pacientes en los que esté prevista la realización de más de un procedimiento quirúrgico distintos entre sí, en dos o más tiempos quirúrgicos diferentes, se procederá con cada uno de ellos como procesos independientes y, por tanto, una vez resuelto el primero se iniciará el procedimiento de inclusión en el registro para el/los siguiente/es, siendo el orden de inclusión el más prioritario prescrito por el especialista quirúrgico para la salud del paciente en cada momento.

Cuarta. Gestión del Registro.-

El Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica será único para todos los centros públicos o concertados del Servicio Madrileño de Salud, si bien la gestión del mismo se realizará de forma descentralizada desde los centros hospitalarios, a través de los Servicios de Admisión, Archivo y Documentación Clínica.

La Dirección de cada hospital establecerá las medidas pertinentes para garantizar la centralización en el Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica la Gestión del registro de todos los pacientes en lista de espera quirúrgica.

Quinta. Contenido del Registro.-

En el Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica se inscribirán los siguientes datos:

A. Datos relacionados con la identificación del paciente:

- a. Nombre y apellidos del paciente.
- b. Identificador personal del registro en lista de espera quirúrgica.
- c. Código de identificación personal del paciente: CIP y CIAS.
- d. Número de historia clínica.
- e. Sexo.
- f. Fecha de nacimiento.
- g. Domicilio habitual: Vía, nº, piso, letra, municipio, código postal
- h. Dos teléfonos de contacto.
- i. Si el paciente es del ámbito de referencia del hospital.
- j. Entidad o Institución que financia el episodio del paciente.

B. Datos relacionados con el centro hospitalario:

- a. Hospital y Servicio/Sección que le ha incluido en la lista de espera.
- b. Datos del facultativo, nombre, apellidos y CIAS, que indica la intervención quirúrgica.

C. Datos relacionados con la intervención quirúrgica:

- a. Diagnóstico/s principal y secundarios del paciente y su codificación CIE.
- b. Procedimiento/s quirúrgico/s previsto/s principal y secundarios y su codificación CIE.
- c. Tipo de cirugía:
 1. Con ingreso
 2. Ambulatoria.
- d. Tipo de anestesia: Se cumplimentará cuando tras la consulta preanestésica se conozca el tipo de anestesia previsto.
- e. Prioridad clínica:
 1. Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a treinta días naturales, así como los pacientes con patología quirúrgica oncológica.
 2. Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica y social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días naturales, así como los pacientes con patología quirúrgica cardiológica valvular o coronaria.
 3. Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.
En este caso se establecerá como fecha máxima de permanencia en lista de espera estructural para los procedimientos quirúrgicos catarata, prótesis de rodilla y prótesis de cadera un plazo inferior a los 180 días naturales como establece el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
Igualmente se establecerá como fecha máxima de permanencia en lista de espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo público en un plazo inferior a los 360 días naturales.
Siendo el objetivo y compromiso institucional que en el plazo de 24 meses a partir de la publicación de la citada Orden ningún paciente presente una demora superior a los 240 días, independientemente del tipo de lista en la que esté clasificado: en espera estructural, en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo o transitoriamente no programable por motivos clínicos, voluntarios o personales.
- f. Tipo de lista de espera quirúrgica:
 1. E-Estructural.
 2. R-En espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo.
 3. T-Transitoriamente no programable por motivos clínicos, voluntarios o personales.

- g. Preoperatorio:
 - 1. No precisa.
 - 2. Pendiente.
 - 3. Realizado.
- h. Fecha de realización del preoperatorio.
- i. Fecha de caducidad del preoperatorio.
- j. Si el paciente es susceptible o no de ser derivado a otro centro alternativo.
 - 1. Paciente derivable.
 - 2. Paciente no derivable.
- k. Si el paciente ha recibido el APTO por el servicio de Anestesia y Reanimación para poder ser intervenido quirúrgicamente.
 - 1. Si Apto.
 - 2. No Apto.
- l. Centro alternativo de apoyo público o concertado, en el caso de pacientes derivados a otro centro.

D. Situación del paciente en relación a la Lista de Espera Quirúrgica:

- a. Fecha de prescripción: fecha en la que el especialista quirúrgico hace la indicación de intervención.
- b. Fecha de presentación de la solicitud de inclusión en lista de espera: fecha en la que el paciente presenta en el Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica el documento de prescripción de intervención quirúrgica.
- c. Fecha de Aceptación por el paciente de su inclusión en el registro: fecha en la que el paciente suscribe el documento de información sobre lista de espera. Esta fecha coincidirá con la de presentación de la solicitud de inclusión.
- d. Fecha de inclusión: fecha de incorporación al registro y coincidirá con la fecha en la que el paciente entregue la solicitud de inscripción en la Unidad de Admisión, Archivo y Documentación Clínica correspondiente. Para el cómputo se asimilará a la fecha de prescripción.
- e. Fecha de notificación: fecha en que se le comunica al paciente de forma fehaciente que comienza a computar el plazo máximo de demora. Para el cómputo se asimilará a la fecha de prescripción.
- f. Fecha máxima de permanencia en lista de espera estructural: Plazo máximo fijado para la realización de la intervención quirúrgica en función de la prioridad y tipo de lista de espera.
- g. Fecha máxima de programación quirúrgica: Plazo máximo que la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera asigna al hospital de origen del usuario para fijar a éste fecha de cita para su intervención en dicho Centro Hospitalario, en función de la prioridad y tipo de lista de espera.
- h. Fecha de programación de la intervención quirúrgica: fecha en la que se le programa al paciente el procedimiento quirúrgico por el que se encuentra en lista de espera.
- i. Fecha de derivación a centro de intervención: fecha en la que el paciente acepta su derivación a centros alternativos de apoyo públicos o concertados.
- j. Fecha de rechazo de derivación: fecha en la que el paciente rechaza la derivación a centro alternativo.
- k. Centro de intervención: Centro hospitalario en el que se realiza efectivamente la intervención quirúrgica, ya sea programada o urgente.

- I. Demora en días naturales desde la fecha de inclusión/prescripción para pacientes en lista de espera, una vez descontados los periodos en los que por motivos clínicos, voluntarios o personales no han podido ser programados.

E. Datos relacionados con la suspensión y baja en la Lista de Espera Quirúrgica:

- a. Causa de la suspensión del cómputo del tiempo máximo de espera quirúrgica:

1. Transitoriamente no programable por motivo médico.
2. Transitoriamente no programable por demora voluntaria del paciente.
3. En espera tras rechazar la derivación a otro centro alternativo de apoyo público o concertado.

- b. Fecha de inicio de la suspensión.

- c. Fecha de reanudación del cómputo del tiempo máximo de espera quirúrgica, una vez desaparecida la causa que motivó la suspensión.

- d. Motivo de baja/salida del Registro de lista de espera: Causa por la cual causa baja/salida del registro:

1. Intervención quirúrgica programada en el propio hospital en jornada ordinaria en turno de mañana.
2. Intervención quirúrgica programada en el propio hospital en jornada ordinaria en turno de tarde realizada por facultativos que tienen su jornada en turno de tarde, prolongación de la jornada semanal en turno de tarde y actividad compensatoria guardias para mayores de 55 años en turno de tarde.
3. Intervención quirúrgica programada en el propio hospital en jornada extraordinaria.
4. Intervención quirúrgica urgente en el propio hospital.
5. Intervención quirúrgica programada en hospital público de apoyo.
6. Intervención quirúrgica programada en hospital concertado.
7. Intervención quirúrgica por cauces ajenos al SERMAS.
8. Defunción del paciente.
9. Renuncia voluntaria del paciente a la intervención quirúrgica.
10. Intervención pospuesta por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención por un periodo superior a tres meses.
11. Intervención pospuesta a petición del paciente por un tiempo superior a los tres meses o el tiempo total de aplazamientos solicitados sea mayor de tres meses.
12. Rechazo a la propuesta de intervención en 5 o más centros alternativos públicos de apoyo habiendo permanecido voluntariamente en lista de espera un tiempo superior a los 3 meses.
13. Revisión médica de la indicación/exclusión por motivos clínicos.
14. Paciente ilocalizable.
15. El paciente no acude a la preparación quirúrgica o a la intervención quirúrgica programada.
16. Duplicidad del paciente en el registro de lista de espera.
17. Otros motivos de salida no contemplados explícitamente.

- e. Fecha de baja/salida del Registro de lista de espera: Fecha en la que el paciente sale del Registro causando baja en el mismo.

Sexta. Flujo de pacientes.-

1. Inclusión en el Registro.

Los médicos especialistas quirúrgicos son los responsables de la indicación y el establecimiento de la prioridad clínica, a efectos de la situación del paciente en el registro de lista de espera quirúrgica.

El médico especialista quirúrgico que sienta la indicación es responsable de la correcta cumplimentación del documento de prescripción quirúrgica.

El documento de prescripción quirúrgica recogerá al menos los siguientes datos (modelo en **ANEXO 1**- Prescripción de Intervención quirúrgica Programada no Urgente):

- a. Nombre y apellidos del paciente.
- b. Número de historia clínica.
- c. Domicilio habitual: Vía, nº, piso, letra, municipio, código postal.
- d. Fecha de nacimiento/edad.
- e. Sexo.
- f. Dos Teléfonos de contacto.
- g. Centro hospitalario: nombre, domicilio, teléfono de contacto y logotipo institucional.
- h. Código identificativo de la Seguridad Social o de la Entidad Financiadora del proceso quirúrgico.
- i. Servicio/Sección Quirúrgico al que pertenece el facultativo quirúrgico responsable de la prescripción quirúrgica.
- j. Diagnóstico/s principal y secundario/s, descripción literal y codificación CIE.
- k. Procedimiento/s quirúrgico/s previsto/s principal y secundario, descripción literal y codificación CIE.
- l. Tipo de cirugía prevista, diferenciando Cirugía con ingreso y Cirugía ambulatoria.
- m. Prioridad clínica:
 1. Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a treinta días naturales, así como los pacientes con patología quirúrgica oncológica.
 2. Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica y social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días naturales, así como los pacientes con patología quirúrgica cardiológica valvular o coronaria.
 3. Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.
- n. Preoperatorio:
 1. No precisa.
 2. Pendiente.
 3. Realizado.
- m. Si el paciente es susceptible o no de ser derivado a otro centro alternativo público de apoyo o concertado.

1. Paciente derivable.
 2. Paciente no derivable.
- n. Observaciones: en este apartado se debe de anotar enfermedades asociadas o circunstancias del paciente que puedan condicionar el estudio preoperatorio, el ingreso o la intervención.
 - o. Nombre y Apellidos, CIAS y firma del médico especialista que establece la indicación.
 - p. Fecha en que se establece la indicación.

Todo paciente incluido en el Registro de lista de espera quirúrgica debe contar con historia clínica que junto con la anamnesis y exploración clínica, incluirá aquellas exploraciones complementarias utilizadas para sentar la indicación quirúrgica.

El paciente presentará el documento de prescripción en el Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica donde, en caso de ser necesario, se le facilitarán las citas para la realización del estudio preoperatorio y la valoración preanestésica, así como todas las interconsultas que fueran necesarias.

En ese momento se le proporcionará un documento acreditativo (modelo en **ANEXO 2**-Información sobre Lista de Espera Quirúrgica) que deberá ser suscrito por el paciente y en el que conste:

- a. Nombre y apellidos del paciente.
- b. Número de historia clínica.
- c. Domicilio habitual: Vía, nº, piso, letra, municipio, código postal.
- d. Fecha de nacimiento/edad.
- e. Sexo.
- f. Centro hospitalario.
- g. Código identificativo de la Seguridad Social o de la Entidad Financiadora del proceso quirúrgico.
- h. Servicio/Sección Quirúrgico al que pertenece el facultativo quirúrgico responsable de la prescripción quirúrgica.
- i. Fecha y motivo de la indicación quirúrgica, tipo de cirugía, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, prioridad.
- j. Información sobre el tiempo máximo de demora y si es susceptible o no de ser derivado a otro centro alternativo público de apoyo o concertado.
- k. Posibilidad de oferta de centro alternativo público de apoyo o concertado para ser intervenido.
- l. Procedimiento para obtener información sobre su situación en la lista de espera quirúrgica.
- m. Obligaciones del centro hospitalario mientras el paciente se encuentre en el Registro de lista de espera quirúrgica.
- n. Deberes del paciente mientras se encuentra en el Registro de lista de espera quirúrgica.

Una vez obtenida la conformidad del Servicio de Anestesia y Reanimación se comunicará al Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica que registrará los siguientes datos:

- a. Tipo de anestesia prevista.
- b. Clasificación ASA para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.
- c. Fecha de caducidad del preoperatorio.

2. Programación quirúrgica.

La selección de pacientes para cirugía se realizará en función de:

1. Prioridad clínica establecida por el médico especialista quirúrgico.
2. Tipo de espera: Tendrán prioridad los pacientes en lista de espera estructural.
3. Antigüedad: A igual prioridad clínica se intervendrá antes al paciente con mayor permanencia en lista de espera.

Séptima. Derivación de pacientes a otros centros.-

Aquellos excesos de demanda quirúrgica que no puedan ser atendidos por los hospitales de área en los plazos de demora previstos por la autoridad sanitaria, podrán derivarse a hospitales públicos de apoyo o a centros concertados.

Contractualmente se garantizará que los centros de apoyo concertados cumplen los mismos estándares de calidad que los centros públicos de apoyo pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud.

Asimismo, contractualmente se garantizará que los centros concertados cumplen las garantías de seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos referentes a la salud de los pacientes establecidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Pública, así como en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Carácter Personal y la Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal de la Comunidad de Madrid, así como en las disposiciones de desarrollo de dichas normas legales.

Los pacientes derivados a otro centro de apoyo alternativo público o concertado permanecerán en el Registro de lista de espera del hospital de origen hasta la resolución del proceso en el centro de apoyo al que hayan sido derivados. La condición de paciente derivado se reflejará en el Registro de lista de espera quirúrgica.

A partir de la entrada en lista de espera se podrá ofertar al paciente un centro alternativo, de apoyo público o concertado, garantizando siempre el cumplimiento de las cuotas de derivación asignadas a cada hospital por la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud. El rechazo del paciente se acreditará documentalmente (modelos en **ANEXOS 3**-Documento de demora voluntaria **presencial** tras rechazo de derivación a un centro alternativo público de apoyo o concertado **y 4**-Documento de demora voluntaria **telefónica** tras rechazo de derivación a un centro alternativo público de apoyo o concertado) y la condición de paciente en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo se reflejará en el Registro de lista de espera quirúrgica.

Si acepta la derivación a un centro alternativo: El centro de destino de apoyo, público o concertado, actuará de acuerdo con el procedimiento establecido en el epígrafe correspondiente al flujo de pacientes.

El centro de destino del paciente será el responsable del contacto con el paciente para su programación quirúrgica.

Las direcciones de los centros de origen y destino deben poner en marcha formas fluidas de comunicación entre sí. Los Servicios de Admisión, Archivo y Documentación Clínica de los centros de origen y de destino son los interlocutores válidos para la transmisión de documentación clínica y datos administrativos de los pacientes. Se comunicará simultáneamente la situación del paciente y sus modificaciones a la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera.

Cuando el centro de apoyo de destino haya intervenido al paciente lo comunicará diariamente al centro de origen que lo dará de baja en lista de espera.

Una vez intervenido el paciente en el centro de apoyo de destino, se remitirá una copia del Informe de Alta al hospital de origen para su archivo en la historia clínica.

Cualquier complicación vinculada con el procedimiento quirúrgico en el postoperatorio inmediato será asumida por el centro de destino. En el caso de centros concertados, la materialización de estos aspectos se ajustará a los contratos y pliegos de condiciones en vigor para dichos centros.

Los centros de apoyo de destino deben informar diariamente al centro de origen, a través del RULEQ, sobre la situación de los pacientes derivados, recogiendo las siguientes incidencias:

- a. Estado del estudio preoperatorio.
- b. Valoración preanestésica.
- c. Pacientes en situación de demora médica por motivos clínicos o demora voluntaria del paciente por motivos personales: El centro de destino lo comunicará al centro de origen que suspenderá el cómputo del tiempo de espera, pasando el paciente a la situación de paciente derivado transitoriamente no programable.
- d. Pacientes ilocalizables por el centro de destino: El centro de destino lo comunicará al centro de origen, acompañando justificación del intento de localización, al menos con tres llamadas infructuosas (una de ellas al menos por la tarde) y ausencia de respuesta en el plazo de cinco días a carta o telegrama con acuse de recibo. La comunicación al centro de origen además del formalizarlo en RULEQ lo realizará documentalmente mediante carta certificada o burofax con acuse de recibo. Se dará de baja al paciente en lista de espera.
- e. Pacientes que, una vez derivados rechazan la derivación: Pasarán a situación de en espera por rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo. El centro de destino lo comunicará al centro de origen, formalizándolo en el RULEQ y acompañando justificación mediante correo certificado o burofax con acuse de recibo.
- f. Pacientes rechazados por considerar que no existe indicación quirúrgica: El centro de destino deberá formalizarlo en el RULEQ y acreditarlo documentalmente mediante informe clínico. Serán dados de baja en lista de espera por el centro de origen.
- g. Pacientes rechazados por tratarse de un diagnóstico o un procedimiento no acordado: El paciente debe ser revisado nuevamente por el centro de origen manteniendo su situación en lista de espera.

- h. Pacientes que renuncian voluntariamente a ser intervenidos: Serán dados de baja en lista de espera por el centro de origen. El centro de destino lo comunicará al centro de origen, formalizándolo en RULEQ y acompañando justificación mediante correo certificado o burofax con acuse de recibo.
- i. Pacientes que no acuden a la preparación quirúrgica: Si el paciente no justifica debidamente la inasistencia será dado de baja en lista de espera por el centro de origen. El centro de destino debe formalizarlo en RULEQ y justificarlo documentalmente mediante correo certificado o burofax con acuse de recibo.
- j. Pacientes que no acuden a la intervención quirúrgica: Causará baja en lista de espera. El centro de destino debe formalizarlo en RULEQ y justificarlo documentalmente mediante correo certificado o burofax con acuse de recibo.
- k. Paciente rechazado por motivos clínicos (riesgo): Debe ser revisado por el centro de origen, quedando en situación de transitoriamente no programable por motivo clínico. En caso de ser intervenido en el centro de origen el centro concertado será penalizado.

Octava. Salidas del Registro de Lista de Espera Quirúrgica.-

La gestión de las salidas de lista de espera quirúrgica corresponde a los Servicios de Admisión, Archivo y Documentación Clínica que hayan incluido al paciente en lista de espera.

Como criterio general, deberá existir una acreditación documental que justifique el motivo de salida de lista de espera. No obstante, en aquellos casos en que esto no sea posible se registrarán como mínimo los siguientes datos:

- a. Fecha de contacto con el paciente, familiar o tutor responsable.
- b. Persona que comunica el motivo de baja.
- c. Motivo de salida del registro de lista de espera.
- d. Procedimiento de notificación: teléfono, correo certificado, telegrama, burofax.
- e. Persona que registra la baja.

Los motivos de salida del registro de lista de espera son:

- a. Por intervención quirúrgica:
 - 1. Programada en el propio centro en jornada ordinaria en turno de mañana: La fecha de baja será el mismo día de realización de la intervención para la que se encontraba en espera.
 - 2. Programada en el propio hospital en jornada ordinaria en turno de tarde. La fecha de baja será el mismo día de realización de la intervención para la que se encontraba en espera.
 - 3. Programada en el propio centro en jornada extraordinaria: La fecha de baja será el mismo día de realización de la intervención para la que se encontraba en espera.
 - 4. Urgente en el propio centro: La fecha de baja será el mismo día de realización de la intervención para la que se encontraba en espera.
 - 5. Programada en otro centro alternativo público de apoyo. La baja en el registro se producirá cuando se tenga constancia de la intervención, preferiblemente mediante el Informe de Alta emitido por el centro donde

ha sido intervenido. La fecha de baja será la de realización de la intervención.

6. Programada en hospital concertado: La baja en el registro se producirá cuando se tenga constancia de la intervención, preferiblemente mediante el Informe de Alta emitido por el centro donde ha sido intervenido. La fecha de baja será la de realización de la intervención.
 7. Satisfacción de la demanda por otros cauces ajenos al SERMAS: Si no existe documentación específica deberán constar los datos descritos anteriormente.
- b. Por otros motivos:
1. Petición expresa del paciente o renuncia voluntaria a la intervención quirúrgica.
 2. Rechazo a la propuesta de intervención en 5 o más centros alternativos públicos de apoyo habiendo permanecido voluntariamente en lista de espera un tiempo superior a los 3 meses.
 3. Revisión médica de la indicación o exclusión por motivos clínicos: Cuando por motivos clínicos se considere que la intervención quirúrgica ya no es necesaria o aconsejable, se reflejará este hecho en la historia clínica del paciente. Además el médico especialista quirúrgico deberá ponerlo en conocimiento del Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica.
 4. La no asistencia a la preparación quirúrgica: Si el paciente no justifica debidamente la inasistencia será dado de baja en lista de espera por el centro de origen.
 5. La no asistencia a la intervención programada: Si el paciente es programado para intervención quirúrgica y no acude a la cita, causará baja en el registro de lista de espera.
 6. Paciente ilocalizable: Tras tres llamadas infructuosas (una de ellas al menos por la tarde) y ausencia de respuesta en el plazo de cinco días a carta o telegrama con acuse de recibo, se procederá a dar de baja en el registro de lista de espera.
 7. Intervención pospuesta por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención por un periodo superior a tres meses.
 8. Intervención pospuesta a petición del paciente por un tiempo superior a tres meses.
 9. Duplicidad del paciente en el registro de lista de espera.
 10. Fallecimiento del paciente.
 11. Otros motivos de salida no contemplados explícitamente.

Novena. Suspensión temporal.-

El tiempo máximo de espera se interrumpirá cuando concurren las siguientes causas:

- a. Causas clínicas que contraindican o aconsejen demorar temporalmente la intervención, sin que ello suponga que sea de forma definitiva. El médico lo reflejará en la historia clínica y comunicará el plazo previsto al Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica que pasará al paciente a la situación de transitoriamente no programable. En los pacientes que permanezcan en esta

situación más de tres meses deberá evaluarse nuevamente la procedencia de la indicación quirúrgica.

- b. Motivos personales, si así lo solicita el paciente y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo. El Servicio de Admisión pasará al paciente a situación de paciente transitoriamente no programable. El paciente que solicite un aplazamiento de más de tres meses o el tiempo total de aplazamientos solicitados sea mayor de tres meses, será dado de baja en lista de espera y debe iniciar el circuito de entrada en lista de espera.
- c. Situaciones de catástrofe, conflictos colectivos o graves emergencias sobrevenidas, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios hasta tanto se resuelvan las mismas. La Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud determinará para cada caso concreto y previo informe técnico justificativo de las gerencias de los centros afectados, la suspensión del cómputo del tiempo máximo de demora, su duración y la reanudación del mismo.

En todos los casos de suspensión temporal el período de tiempo transcurrido no se tendrá en cuenta y el cómputo del tiempo máximo de acceso se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo, teniendo en cuenta los plazos transcurridos con anterioridad.

Décima. Obligaciones de los usuarios.-

Los usuarios inscritos en el registro de espera para garantizar una correcta gestión de la lista de espera quirúrgica están obligados a:

- a. Mantener actualizados los datos sobre su teléfono, domicilio o correo electrónico, a efectos de llamamiento, notificación o localización por parte del Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica, al que debe informar de los posibles cambios, ya que de otra forma resultaría imposible contactar con el paciente.
- b. Informar de manera justificada para realizar la solicitud de aplazamiento voluntario de la atención sanitaria prescrita, cuando concurren motivos personales o laborales, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo, mediante el documento justificativo adecuado, durante un plazo máximo de 3 meses.
- c. Comunicar con antelación suficiente, siempre que ello sea posible, y de manera justificada la decisión de no presentarse a una citación, a la preparación quirúrgica o a la intervención programada.
- d. Facilitar al Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica la información necesaria que le sea requerida a efecto de poder asignarle la alternativa más adecuada para la realización de la atención sanitaria.
- e. Poner en conocimiento de los responsables de las instituciones sanitarias las irregularidades que observe en el tiempo máximo de acceso, mediante el procedimiento que el Servicio de Atención al Paciente tenga establecido.

Undécima. Criterios e Indicadores de gestión.-

1. Número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica atendiendo al tipo de espera.

Es el número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, en el momento del corte, en función del tipo de espera.

Datos/indicadores:

- Número total y Tasa por mil habitantes de pacientes en lista de espera quirúrgica.
- Número y Tasa por mil habitantes de pacientes en espera estructural.
- Número y Tasa por mil habitantes de pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.
- Número y Tasa por mil habitantes de pacientes transitoriamente no programables.
- Número de pacientes en lista de espera pertenecientes a otra Área.
- Número de pacientes en lista de espera pertenecientes a otra Comunidad Autónoma.

2. Tiempo medio de demora de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.

Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención) hasta la fecha final del período de estudio.

Se calculará:

Σ (fecha final período de estudio - fecha de entrada en registro)/número pacientes en el registro.

Datos/indicadores:

Tiempo medio de demora de los pacientes en espera estructural.

Tiempo medio de demora de los pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo.

Tiempo medio de demora de los pacientes transitoriamente no programables.

3. Demora máxima de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.

Es el tiempo máximo, expresado en días naturales, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención quirúrgica) hasta la fecha final del período de estudio.

- Diferencia entre la fecha de corte y la fecha de prescripción al paciente con mayor antigüedad en lista de espera estructural.
- Diferencia entre la fecha de corte y la fecha de prescripción al paciente con mayor antigüedad en lista de espera tras rechazo a la propuesta de intervención en centro alternativo.

- Diferencia entre la fecha de corte y la fecha de prescripción al paciente con mayor antigüedad en lista de espera transitoriamente no programable.

4. Distribución de los pacientes pendientes de intervención por tramos de espera.

Es el número de pacientes pendientes de intervención en cada uno de los tramos siguientes, expresado en días naturales:

- 0-30 días.
- 31-60 días.
- 61-90 días.
- 91-180 días.
- 181-365 días.
- > 365 días.

Datos/indicadores:

Distribución de pacientes en espera estructural.
Distribución de pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.
Distribución de pacientes en función de prioridad (1,2 y 3).

5. Número de entradas en el Registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica

Es el número de nuevos casos incluidos en el registro durante el período de estudio.

Datos/indicadores:

Número de entradas en el mes de corte, sobre el total de lista de espera quirúrgica y en el acumulado del año.
Tasa por mil habitantes en el mes de corte, sobre el total de lista de espera quirúrgica y en el acumulado del año.

6. Número de salidas del Registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.

Es el número de pacientes dados de baja del registro, durante el período de estudio.

Datos/indicadores:

- Número total de salidas (número de pacientes dados de baja por cualquier motivo) durante el mes de corte y en el acumulado del año.
- Número de pacientes intervenidos durante el período de estudio.
- Número de pacientes intervenidos de forma programada durante el periodo de estudio.
- Número de pacientes intervenidos de forma programada en el propio centro en jornada ordinaria en turno de mañana.
- Número de pacientes intervenidos de forma programada en el propio centro en jornada ordinaria en turno de tarde.

- Número de pacientes intervenidos de forma programada en el propio centro en jornada extraordinaria.
- Número de pacientes intervenidos programadamente en centro alternativo público de apoyo.
- Número de pacientes intervenidos programadamente en centro alternativo concertado.
- Número de pacientes intervenidos urgentes.
- Número de salidas sin intervención quirúrgica.

7. Espera media de los pacientes en lista de espera quirúrgica

Es el tiempo promedio, expresado en días naturales, que han esperado los pacientes que han salido del registro de lista de espera quirúrgica, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción) hasta la fecha de salida del registro.

$$\Sigma (\text{fecha de salida} - \text{fecha de prescripción}) / \text{salidas del registro.}$$

Datos/indicadores:

Espera media del total de pacientes intervenidos.

Espera media del total de pacientes intervenidos de forma programada (se excluyen para el cálculo del indicador los pacientes del registro intervenidos vía urgente).

Espera media del total de pacientes del registro que han salido sin ser intervenidos.

Espera media del total de pacientes que han salido de lista de espera estructural.

Espera media del total de pacientes que han salido de lista de espera tras rechazo a la propuesta de intervención en centro alternativo.

8. Espera máxima de los pacientes en lista de espera quirúrgica:

Es el tiempo máximo, expresado en días naturales, que han esperado los pacientes en lista de espera quirúrgica, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención quirúrgica) hasta la fecha de salida del registro de lista de espera quirúrgica.

- Diferencia entre la fecha de salida y la fecha de prescripción del paciente con mayor antigüedad en lista de espera estructural.
- Diferencia entre la fecha de salida y la fecha de prescripción del paciente con mayor antigüedad en lista de espera tras rechazo a la propuesta de intervención en centro alternativo.

9. Demora media prospectiva.

Es el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica al ritmo de trabajo de un período anterior definido.

Datos/indicadores:

Número total de pacientes pendientes / promedio diario de salidas totales del registro en los últimos 12 meses.

10. Índice entradas / salidas de lista de espera quirúrgica

Es el cociente entre el número total de entradas y el número total de salidas en el mes del corte y en el acumulado del año.

Datos/indicadores:

Índice entradas/salidas en el mes de corte

Índice entradas/salidas en el acumulado del año.

11. Población de referencia.

Se utilizará la cifra de población incluida en la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual de la Comunidad de Madrid a fecha 1 de enero del año en curso.

ANEXO 1

PRESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA NO URGENTE

Centro Hospitalario:

Nombre:
Domicilio:
Teléfono de contacto:
Logotipo institucional

ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:.....
Número Historia Clínica:.....
Domicilio habitual:.....
Fecha de Nacimiento:.....Sexo:.....
Código identificativo SS o Entidad Financiadora.....

Teléfono 1 de contacto con el paciente:.....

Teléfono 2 de contacto con el paciente:.....

SERVICIO/SECCIÓN QUIRÚRGICO al que pertenece el facultativo quirúrgico responsable de la prescripción quirúrgica:.....

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL descripción literal:..... codificación CIE

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO, descripción literal..... codificación CIE

PROCEDIMIENTO/S QUIRÚRGICO/S previsto/s, descripción literal:
..... codificación CIE

TIPO DE CIRUGÍA PREVISTA: Cirugía con ingreso Cirugía ambulatoria.

PRIORIDAD CLÍNICA:

1. Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a treinta días naturales, así como los pacientes con patología quirúrgica oncológica.
2. Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica y social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días naturales, así como los pacientes con patología quirúrgica cardiológica valvular o coronaria.
3. Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.

PREOPERATORIO: No precisa Pendiente Realizado

El paciente es SUSCEPTIBLE DE SER DERIVADO a otro centro alternativo público de apoyo o concertado: Paciente derivable Paciente no derivable

OBSERVACIONES: en este apartado se debe de anotar enfermedades asociadas o circunstancias del paciente que puedan condicionar el estudio preoperatorio, el ingreso o la intervención.

Nombre y Apellidos:.....

Firma del médico especialista que establece la indicación.

Lugar destinado al sello CIAS del facultativo

Fdo.:.....

Fecha en que se establece la indicación.
Madrid a de de 20.....

El paciente presentará este DOCUMENTO DE PRESCRIPCIÓN en el Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica del Hospital donde, en caso de ser necesario, se le facilitarán las citas para la realización del estudio preoperatorio y la valoración preanestésica, así como todas las interconsultas que fueran necesarias.

ANEXO 2

INFORMACIÓN SOBRE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Centro Hospitalario:

Nombre:
Domicilio:
Teléfono de contacto:
Logotipo institucional

ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:.....
Número Historia Clínica:.....
Domicilio habitual:.....
Fecha de Nacimiento:..... Sexo:.....
Código identificativo SS o Entidad Financiadora.....

SERVICIO/SECCIÓN QUIRÚRGICO al que pertenece el facultativo quirúrgico responsable de la prescripción quirúrgica:.....

FECHA:de..... de 20.....

CÓDIGO IDENTIFICATIVOS DE SEGURIDAD:

DIRECCIÓN PÁGINA WEB: <http://www.listadeesperamadrid.org>

Estimado Sr./a:.....

El médico que le atiende ha considerado que su proceso requiere una intervención quirúrgica programada no urgente. Desde este momento adquirimos el compromiso de poner en marcha las acciones para intervenirle en el menor tiempo posible, en función del diagnóstico, procedimiento quirúrgico y prioridad clínica, y siempre dentro de los plazos establecidos por la autoridad sanitaria.

Para alcanzar el cumplimiento de estos plazos, este hospital cuenta con el apoyo de otros centros sanitarios públicos o concertados y autorizados para la realización de la intervención quirúrgica que usted precisa con las mismas garantías que en éste. En el supuesto que usted decline esta opción, no será de aplicación el compromiso de tiempo máximo de espera al que nos hemos referido.

OBLIGACIONES DEL CENTRO HOSPITALARIO mientras el paciente se encuentra en el Registro de lista de espera quirúrgica:

En caso de precisarlo se le realizará el estudio preoperatorio, la valoración preanestésica, así como todas las interconsultas que fueran necesarias.

El Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica se encargará de avisarle con antelación de las citas concertadas para las consultas y exploraciones previas a la intervención quirúrgica, así como de la fecha prevista para la intervención quirúrgica programada.

OBLIGACIONES DE LOS USUARIOS mientras el paciente se encuentra en el Registro de lista de espera quirúrgica. Para garantizar una correcta gestión de la lista de espera quirúrgica precisamos su colaboración y comprensión en los siguientes aspectos:

Mantener actualizados los datos sobre su teléfono, domicilio o correo electrónico, a efectos de llamamiento, notificación o localización por parte del Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica, al que debe informar de los posibles cambios, ya que de otra forma nos resultaría imposible contactar con usted y tendríamos que dar de baja su solicitud en el Registro de lista de espera quirúrgica.

Informar de manera justificada para realizar la solicitud de aplazamiento voluntario de la atención sanitaria prescrita, cuando concurren motivos personales o laborales, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo, mediante el documento justificativo adecuado, durante un plazo máximo de 3 meses. En este supuesto se suspenderá el cómputo del tiempo de espera hasta que finalice dicha solicitud de aplazamiento voluntario.

Comunicar con antelación suficiente, siempre que ello sea posible y de manera justificada, la decisión de no presentarse a una citación, a la preparación quirúrgica o a la intervención programada. La no asistencia justificada será motivo de baja en el Registro de lista de espera quirúrgica.

Facilitar al Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica la información necesaria que le sea requerida a efecto de poder asignarle la alternativa más adecuada para la realización de la atención sanitaria.

Poner en conocimiento de los responsables de las instituciones sanitarias las irregularidades que observe en el tiempo máximo de acceso, mediante el procedimiento que el Servicio de Atención al Paciente tenga establecido.

Con el código identificativo de seguridad que figura en este documento, usted podrá acceder a la información personalizada sobre su situación en el Registro de lista de espera quirúrgica a través de Internet (<http://www.listadeesperamadrid.org>) o bien a través del teléfono, llamando al número de información 012 y facilitando dicho código.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/FAMILIAR/TUTOR RESPONSABLE

D./D^a:..... D.N.I. n^o:.....

Autorizo mi inclusión en el Registro de lista de espera quirúrgica para la intervención quirúrgica propuesta

Madrid, a de de 20...

Fdo.:.....

Esperamos haber satisfecho todas sus necesidades de información. No obstante quedamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración sobre su situación en el Registro de lista de espera quirúrgica, para lo que deberá dirigirse al Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica del centro o llamar al teléfono..... de.....a.....horas

Los datos personales recogidos en el Registro de lista de espera quirúrgica serán tratados en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la Ley 8/2001 de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid, pudiendo usted ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

ANEXO 3

DOCUMENTO DE DEMORA VOLUNTARIA PRESENCIAL TRAS RECHAZO DE DERIVACIÓN A UN CENTRO ALTERNATIVO PÚBLICO DE APOYO O CONCERTADO

Centro Hospitalario:

Nombre:
Domicilio:
Teléfono de contacto:
Logotipo institucional

ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:.....
Número Historia Clínica:.....
Domicilio habitual:.....
Fecha de Nacimiento:..... Sexo:.....
Código identificativo SS o Entidad Financiadora.....

SERVICIO/SECCIÓN QUIRÚRGICO al que pertenece el facultativo quirúrgico responsable de la prescripción quirúrgica:.....

He sido informado sobre la posibilidad de que la intervención quirúrgica que requiero sea efectuada en los siguientes:

- Centros de apoyo públicos:.....
- Centros de apoyo concertados:.....

Una vez valorada esta/s posibilidad/es, opto por que dicha intervención quirúrgica sea realizada en este hospital en función de los recursos disponibles, renunciado de esta forma al compromiso de tiempo máximo de espera establecido por la autoridad sanitaria.

Fecha:dede 20.....

Firma del paciente/familiar/tutor responsable

Firma/Sello
Servicio Admisión, Archivo y Documentación Clínica

ANEXO 4

DOCUMENTO DE DEMORA VOLUNTARIA TELEFÓNICA TRAS RECHAZO DE DERIVACIÓN A UN CENTRO ALTERNATIVO PÚBLICO DE APOYO O CONCERTADO

Centro Hospitalario:

Nombre:
Domicilio:
Teléfono de contacto:
Logotipo institucional

ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:.....
Domicilio habitual:.....
(Vía, nº, piso, letra, municipio, código postal)

SERVICIO/SECCIÓN QUIRÚRGICO al que pertenece el facultativo quirúrgico responsable de la prescripción quirúrgica:.....

Estimado Sr./a:.....

Como usted sabe se le ha prescrito una intervención quirúrgica por el Servicio de de este Hospital

La Comunidad de Madrid ha asumido el compromiso de reducir el tiempo de espera para acceder a las intervenciones quirúrgicas programadas, para ello ha dispuesto de un amplio conjunto de medidas, entre ellas se dispone del apoyo de otros hospitales públicos o concertados y acreditados por la Consejería de Sanidad para la realización de la intervención quirúrgica que usted precisa.

El día dede 20.... nos pusimos en contacto telefónicamente con usted para ofrecerle la posibilidad de que dicha intervención quirúrgica se realizase en alguno de los siguientes:

- Centros de apoyo públicos:.....
.....
- Centros de apoyo concertados:.....
.....

Ante su libre elección de no aceptar la oferta de derivación a otro centro alternativo público o concertado y con el objeto de acreditar esta decisión le comunicamos que permanece pendiente de ser programado en su hospital de referencia en función de los recursos disponibles, renunciado de esta forma al compromiso de tiempo máximo de espera establecido por la autoridad sanitaria.

No obstante, en el caso de que en el plazo de cinco días desde la recepción de la presente carta no comunique expresamente a este Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica su aceptación, entendemos que rechaza definitivamente nuestra oferta y opta por permanecer en lista de espera quirúrgica de este hospital.

Si por el contrario, usted cambiara de opinión y decide aceptar la oferta de derivación deberá comunicarlo expresamente en el teléfono 91 310 97 26 de lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas, en cuyo caso si existe plaza disponible en el centro que usted elija, procederemos a derivarle de inmediato para reducir el tiempo de espera para ser intervenido/a.

Atentamente,

EI DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
Fdo.: César Pascual Fernández

Unidad Central de Lista de Espera Quirúrgica
Teléfono de contacto 91 310 97 26
Lunes a viernes de 08:00 a 21:00 horas

DOCUMENTO IV

MEMORIA DE ANALISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE ORDEN POR LA QUE SE APRUEBAN LAS INSTRUCCIONES DE GESTION DEL REGISTRO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

1.- Justificación de la Memoria abreviada.

El Real Decreto 1083/2009 de 3 de julio, por el que se regula la memoria del análisis de impacto normativo, señala la posibilidad de realizar una memoria abreviada cuando se estime que de la propuesta normativa no se derivan impactos apreciables en alguno de los ámbitos, debiendo justificarse por parte del órgano proponente. La propuesta normativa que se plantea, no se prevé que derive en impactos apreciables, por diferentes motivos, siendo el principal el hecho de que nos encontramos en un ámbito en el que previamente existe normativa tanto autonómica como estatal y que únicamente se trata de adaptar la primera y la realidad actual y al Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, con carácter de norma básica, donde se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

2.- Presentación y Oportunidad del proyecto.

La Constitución Española, que en su artículo 43 consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, atribuye al Estado competencias exclusivas en materia de bases y coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el artículo 149.1.16.a.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, diseñó el Sistema Nacional de Salud coherentemente con la organización territorial del Estado contenida en la Constitución y la distribución competencial en materia de sanidad, y configuró un sistema descentralizado, con autonomía de gestión en el ejercicio de sus competencias por parte de las comunidades autónomas. Esta configuración descentralizada del Sistema Nacional de Salud hace necesario que se establezcan los mecanismos en virtud de los cuales se garanticen los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del sistema, de acuerdo con lo establecido en el propio texto constitucional y en la Ley General de Sanidad.

A tal fin, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, reglamentó los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones que el sistema debe ofrecerles como mínimo en todos los servicios de salud.

Por otra parte, la Ley General de Sanidad, en su artículo 3.2, determina que el acceso

a las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva que, en aplicación del artículo 9.2 de la Constitución, deben promover los poderes públicos, correspondiendo al Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen dicha igualdad. Asimismo, en su artículo 10.2, la Ley General de Sanidad establece el derecho a la información sobre los servicios sanitarios a que se puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

En este sentido, la Ley General de Sanidad, en su artículo 40, apartados 13, 15 y 16, atribuye a la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas, el establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas de interés general supracomunitario, la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria, y el establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y la comunicación recíprocas entre la Administración sanitaria del Estado y la de las comunidades autónomas en las materias objeto de la ley. Finalmente, en su artículo 70.2.d), determina que la coordinación general sanitaria incluirá el establecimiento, con carácter general, de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia y el rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

En el marco de las actuaciones derivadas de la debida coordinación y cooperación sanitarias y para la mejora de la organización de la asistencia sanitaria, es necesario diseñar una serie de instrumentos, medidas o mecanismos que potencien y aseguren el sistema de información sanitaria sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, que asegure la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre la Administración sanitaria del Estado y la de las comunidades autónomas, para garantizar, en definitiva, el funcionamiento cohesionado y la calidad de la asistencia sanitaria dentro del sistema.

En el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, se establecen los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de listas de espera, con el fin de lograr un tratamiento homogéneo de éstas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permita el análisis de los resultados y las necesidades y, asimismo, conseguir una evaluación de su funcionamiento, garantizando la transparencia y la uniformidad de la información facilitada al ciudadano.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, regula las prestaciones sanitarias y aspectos esenciales de las mismas, como son los referentes a las garantías de accesibilidad, movilidad, tiempo de acceso, información, seguridad y calidad. La cooperación de las administraciones públicas sanitarias es un medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo de garantizar la equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio.

El contenido de las prestaciones sanitarias viene regulado por 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, en cuyo artículo 2.3 se prevé que el procedimiento para el acceso a los servicios que hacen efectivas las prestaciones será determinado por las administraciones sanitarias en el ámbito de sus respectivas competencias.

El Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, de modo que dicho acceso pueda realizarse en condiciones de igualdad efectiva.

La Comunidad de Madrid, en 1983, asumió las competencias en materia sanitaria tras la aprobación del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid (Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid) que atribuye al gobierno de la comunidad en sus artículos 27.4 y 27.5 la competencia de desarrollo legislativo y la potestad reglamentaria y de ejecución en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general y en el artículo 28.1.1 la ejecución de la legislación del Estado en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En el desarrollo de estas competencias, la Comunidad de Madrid aprobó la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria, cuyo artículo 27 establece que el ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos y en el artículo 29 establece los derechos de los ciudadanos a la información sanitaria.

La Comunidad de Madrid instada por la legislación estatal, el Real Decreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, realiza el desarrollo legislativo correspondiente. Las normativas madrileñas que se han ocupado de los tiempos de espera y la gestión de las listas fueron aprobadas en 2004. El Gobierno de la Comunidad de Madrid asumió el compromiso con los ciudadanos de reducir el tiempo de espera para acceder a las intervenciones quirúrgicas programadas con la aprobación del Decreto 62/2004, de 15 de abril, por el que se crea la Unidad Central de Gestión, Los Comités Técnicos, la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica. En el Capítulo V del citado Decreto se definen los aspectos generales del Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica.

Igualmente, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid dictó la Orden 602/2004, de 14 de junio por la que se aprueban las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública en la que se realiza una clasificación de pacientes y, las causas para su exclusión de la misma.

En la Orden 676/2004, de 24 de junio, se crea el fichero que contiene los datos de carácter personal para la gestión de los pacientes en lista de espera quirúrgica, dependiente de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Por la Orden 478/2004, de 14 de mayo, del Consejero de Sanidad y Consumo, se establecen la composición y funciones de los Comités Técnicos Hospitalarios y del Comité Técnico Central para el asesoramiento y apoyo a la gestión de listas de espera quirúrgica.

El tiempo transcurrido y la experiencia acumulada, así como los cambios operados en las estructuras del Servicio Madrileño de Salud, hacen necesario en este momento

modificar las instrucciones en la gestión del registro, acorde con las actuales necesidades que permitan alcanzar, de modo eficiente, los objetivos para los que ha sido configurado.

El nuevo texto deja sin efecto tanto a la Orden 602/2004, de 14 de junio por la que se aprueban las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública en la que se realiza una clasificación de pacientes y, las causas para su exclusión de la misma.

3.- Análisis del proyecto desde el punto de vista competencial.-

El Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, asigna a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria en el artículo 2 entre otras funciones en el apartado c) la definición y descripción de los procesos asistenciales en atención primaria y en atención hospitalaria, su actualización y desarrollo.

La disposición final primera del citado Decreto habilita al titular de la Consejería competente en materia de sanidad, para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de dicho Decreto y dictar cuantas Ordenes sean necesarias para adaptar la composición y titularidad de los órganos rectores de los diferentes órganos, organismos y entes dependientes o adscritos a dicha Consejería, a lo dispuesto en el presente Decreto.

El Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 4 apartado 2 señala que “los servicios de salud de las comunidades autónomas concretarán en su ámbito territorial las garantías previstas en este real decreto, estableciendo unos tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable. Para ello, utilizarán como referente los tiempos máximos establecidos en el anexo y tendrán en cuenta si los procesos o patologías a los que van dirigidos las intervenciones tienen un especial impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario”.

4.- Estructura de la norma.-

El proyecto consta de una Exposición de Motivos, artículo único, dos disposiciones finales y once instrucciones para la gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud.

- La exposición de motivos recoge los antecedentes normativos y de referencia a los contenidos generales y específicos de la nueva Orden.
- El articulado en su artículo único aprueba las Instrucciones de Gestión del Registro de Pacientes del Servicio Madrileño de Salud.
- La disposición final primera faculta al titular del órgano directivo del que dependa el Servicio Madrileño de Salud para dictar cuantas instrucciones estime necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la presente Orden

- La disposición final segunda señala la entrada en vigor de la Orden.
- Las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica del Servicio Madrileño de la Salud:

En su instrucción primera se concreta el ámbito de aplicación y los criterios de inclusión y exclusión del mismo.

La instrucción segunda clasifica a los pacientes incluidos en el registro en función del tipo de espera.

La instrucción tercera define los criterios de inclusión ordenados en criterios generales y criterios clínicos. Como criterio general se encuentran los pacientes con derecho a la asistencia sanitaria pública en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid que se deberá acreditar convenientemente. Entre los criterios clínicos se cita que la indicación quirúrgica se adecuará a los protocolos y guías de práctica clínica y que sólo se incluirán los procesos quirúrgicos con indicación quirúrgica cierta.

La instrucción cuarta señala que el registro será único si bien la gestión del mismo se realizará de forma descentralizada.

En la instrucción quinta se concretan los datos que se inscribirán y son el contenido del registro, referidos a la identificación del paciente, el centro hospitalario, la intervención quirúrgica, la situación del paciente en relación con la lista de espera quirúrgica y datos relacionados con la suspensión y baja en la lista de espera.

La instrucción sexta hace referencia al flujo de pacientes respecto a la inclusión en el registro y la programación quirúrgica.

En la instrucción séptima se concreta la posibilidad de derivación a otros centros públicos de apoyo o a centros concertados con el Servicio Madrileño de Salud que cumplan los mismos estándares de calidad que los públicos. Igualmente describe los compromisos de los centros de apoyo y la consideración de todas las incidencias que pudieran ocasionarse.

La instrucción octava define los diferentes motivos de salida del registro de lista de espera quirúrgica por intervención quirúrgica o por otros motivos.

En la instrucción novena se describen las causas que motivan la suspensión temporal del cómputo de permanencia en la lista de espera.

La instrucción décima refiere las obligaciones de los usuarios, que están inscritos en el registro de lista de espera, necesarias para garantizar una correcta gestión de la lista de espera quirúrgica.

En la instrucción undécima se relacionan los criterios e indicadores de gestión de la lista de espera quirúrgica respecto al número de pacientes pendientes, el tiempo medio y máximo de demora y de espera, la distribución de los pacientes por tramos, entradas, salidas, índice entradas salidas, demora media prospectiva y población de referencia.

Además presenta cuatro anexos:

Anexo 1- Prescripción de Intervención quirúrgica Programada no Urgente.

Anexo 2- Información sobre lista de espera quirúrgica.

Anexo 3- Documento de demora voluntaria presencial tras rechazo de derivación a un centro alternativo público de apoyo o concertado.

Anexo 4- Documento de demora voluntaria telefónica tras rechazo de derivación a un centro alternativo público de apoyo o concertado

5.- Impacto económico del proyecto.-

El proyecto no implica en su ejecución, incremento alguno de gasto pues no generara obligaciones económicas para la Consejería de Sanidad ni tampoco para el Servicio Madrileño de Salud.

6.- Impacto de género.-

A efectos de lo establecido en el artículo 24,1. b) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, según redacción dada por la Ley 30/2003, de 13 de diciembre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno, se hace constar que dicho impacto por razón de género es nulo en la propuesta, siendo sus efectos positivos para toda la sociedad en su conjunto y no implicando, al igual que la norma que viene a sustituir, diferencia alguna entre hombres y mujeres.

Madrid, 22 de Diciembre de 2015

DIRECTOR GENERAL DE COORDINACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA,

Fdo.: César Pascual Fernández