

**REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- IDCSALUD  
HOSPITAL REY JUAN CARLOS**

**REUNIÓN ORDINARIA DE 29 DE OCTUBRE DE 2013**

**ASISTENTES**

**Por el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD:**

D<sup>a</sup> Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.  
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales  
D. Jesús Vidart Anchia.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.  
D. Manuel Molina Muñoz.- Director General de Seguimiento y Control de los Centros Sanitarios de Gestión Indirecta  
D. Antonio Alemany López.- Director General de Atención Primaria  
D<sup>a</sup> Elena Juárez Peláez.- Directora General de Atención al Paciente  
D<sup>a</sup> Zaida M<sup>a</sup> Sampedro Préstamo.-Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.  
D<sup>a</sup> Rosa de Andrés de Colso.- Delegada de la Administración.  
D<sup>a</sup> Belén Alonso Durán.- Subdirectora de Análisis de Costes. En calidad de asesora.

**Por IDCSALUD-HOSPITAL REY JUAN CARLOS:**

D. Víctor Manuel Madera Núñez.- Presidente de IDCSalud  
D. Juan Antonio Álvaro de la Parra.- Director de IDCSalud – Madrid, en calidad de asesor.  
D. Ricardo Trujillo Casas.- Gerente del Hospital Rey Juan Carlos  
D<sup>a</sup> Ana Posada Pérez.- Directora Económico-Financiera  
D. Javier Dodero de Solano.- Director de Continuidad Asistencial  
D<sup>a</sup> Raquel Barba Martín.- Directora Asistencial

**Secretaria:** D<sup>a</sup> Cristina González del Yerro Valdés

En Madrid, siendo las 09,45 horas del día 29 de octubre de 2013, en la sede de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, en la Plaza de Carlos Trias Bertrán, 7, 7<sup>a</sup> planta, sala 706, se reúnen las personas señaladas al margen, al objeto de celebrar la reunión de la Comisión Mixta prevista en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital Rey Juan Carlos, debidamente convocada al efecto.

Pasan a tratarse los asuntos relacionados en el Orden del Día:

**Primero.- Lectura y aprobación del acta de la reunión celebrada el 10 de julio de 2013.**

Se aprueba el acta de la reunión por acuerdo de los asistentes con las siguientes modificaciones en el punto 4 del acta:

- Al final del primer párrafo, se añade que *IDCSalud solicita que se le envíen los borradores de las actas con antelación suficiente para poder efectuar un análisis reposado de las mismas.*
- En relación a las consultas de alta resolución, cuarto párrafo, se añade que éstas deberán estar acreditadas en enero de 2014.
- Al final del punto se añade un nuevo párrafo: *IDCSalud manifiesta su disconformidad con el Anexo II del acta sobre criterios de facturación entregado por el SERMAS en la reunión de 4 de julio de 2013.*

### **Segundo.- Liquidación año 2012.**

Se encuentra en fase de depuración y validación de registros, con la complejidad adicional que supone el encontrarse en periodo de carencia.

Se propone que las incidencias que se encuentren sean revisadas conjuntamente por un equipo constituido por personal del SERMAS y del Hospital Rey Juan Carlos y celebrar una reunión de la Comisión Mixta, a ser posible a mediados de noviembre para la aprobación de la liquidación 2012.

El gasto derivado de la asistencia sanitaria especializada en primeras consultas o procedimientos diagnósticos solicitados por Atención Primaria, a las personas que ostentan la condición de mutualista o beneficiario de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial y que haya optado por recibir la asistencia sanitaria especializada a través de una entidad privada será asumido por el SERMAS en los casos en los que la derivación al hospital se haya realizado a través del Centro de Atención Personalizada por error. Asimismo, se tendrá especial consideración en los casos de prestación sanitaria sujeta al Convenio suscrito con la Asociación de la Prensa.

### **Tercero.- Procedimiento para la puesta a disposición del órgano de contratación hasta el 0,5% del precio anual del contrato para la realización de auditorías.**

El Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares del contrato de gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada del Hospital Rey Juan Carlos establece que la entidad adjudicataria deberá poner a disposición del órgano de contratación el 0,5% del precio anual del contrato para la realización de auditorías de calidad y disponibilidad de los servicios concesionados.

El Director General de Seguimiento y Control de los Centros Sanitarios de Gestión Indirecta (DGSyC) expone el Plan de Auditorías para el año 2013, en el que se contemplan dos tipos de auditorías: las de actividad, realizadas con medios propios de la Administración, y las de calidad, efectuadas bien mediante contratación de alguna empresa externa o bien con medios propios, en función del tema a auditar.

Tanto el gasto generado por la contratación de empresas externas para la ejecución de auditorías como el coste de las auditorías realizadas con medios propios se repercutirá a la sociedad concesionaria a cargo del 0,5% del precio anual del contrato. De igual forma, se incluirá en este concepto el gasto generado por la participación del centro hospitalario en los programas de evaluación de hospitales como IASIST o AdQ, al haber sido auspiciada por el SERMAS la participación en estas iniciativas que permiten comparar nuestros hospitales entre sí y con los de otras Comunidades Autónomas.

En relación con las auditorías de la actividad desarrollada en 2013 que se llevará a cabo durante el ejercicio 2014, se propone por ambas partes que sean efectuadas por un equipo evaluador mixto, de forma ciega y auditando una muestra representativa de la actividad cruzada (todos los hospitales y todas las líneas de actividad).

Así mismo, se acuerda que el Plan de Auditorías para el año 2014 se presentará ante esta Comisión el próximo mes de enero.

#### **Cuarto.- Atención a pacientes procedentes de otras Comunidades Autónomas**

El DGSyC entrega a los representantes de IDCSalud una copia del borrador de un informe emitido al respecto y que se adjunta al acta como anexo 1.

El proceso de derivación y prestación de la asistencia a pacientes residentes en España procedentes de otras Comunidades Autónomas, para los procesos contemplados en los anexos I y II de la Orden SSI/2687/2012, de 17 de diciembre, deberá ser registrado y validado mediante el Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO). La asistencia sanitaria prestada se compensa con cargo al fondo de cohesión, siendo el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el que establece el saldo neto por la asistencia sanitaria prestada y quién efectúa la transferencia de la liquidación correspondiente a cada Comunidad Autónoma.

Por parte de la Administración se propone que, en caso de que IDCSalud esté interesado en disponer de SIFCO y mostrarse como hospital receptor de pacientes de otras Comunidades Autónomas, se procedería a la compensación de la actividad del mismo modo, en cuanto a tiempo y forma, que se recibe de la Administración General del Estado, es decir, cuando se reciba por parte de la Comunidad de Madrid y en la misma cuantía establecida en la citada Orden SSI/2687/2012.

El fondo de cohesión sanitaria compensa la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una Comunidad Autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR). Todos los trámites del proceso de derivación de un paciente a un CSUR se realizarán a través del SIFCO. Actualmente, ningún servicio ni unidad del Hospital Rey Juan Carlos ha sido designado como CSUR.

IDCSalud responde que estudiará y contestará sobre su interés en mostrarse como hospital receptor a solicitudes de asistencia a pacientes de otras Comunidades Autónomas derivados a través de SIFCO.

#### **Quinto.- Integración CESTRACK-IGR**

La Directora General de Sistemas de Información (DGSIS) informa, en relación con la integración CESTRACK-IGR, que ha estado trabajado conjuntamente el personal informático de IDCSalud y del SERMAS, estando previsto que el 18 de noviembre finalice el primer desarrollo de la integración, que será operativa a finales de enero de 2014.

#### **Sexto.- Seguimiento de Objetivos de Calidad 2013**

La Directora General de Atención al Paciente aporta el seguimiento semestral de los indicadores de calidad 2013 (se adjuntan al acta como anexo 2). Comenta los relativos

a seguridad del paciente y calidad percibida y gestión de calidad, en los que el Hospital Rey Juan Carlos, a fecha 30 de junio de 2013, no alcanza la meta anual establecida. En todos ellos los representantes de IDCSalud manifiestan haber avanzado en el cumplimiento, habiendo alcanzado en el mes de octubre la meta en la mayoría de ellos. Se indica también que se revise la forma de cálculo de los indicadores de consumo de agua y de electricidad, ya que los resultados aportados, excesivamente bajos, inducen a pensar que no se estén calculando estos indicadores de forma correcta.

Respecto a los indicadores de comparación hospitalaria y los de información y atención al paciente, en el primer semestre ya se había alcanzado la meta anual fijada para el año 2013.

#### **Séptimo.- Información SICyT**

La Directora General de Atención al Paciente aporta información correspondiente al mes de septiembre comparando la espera media en multicita y en SICyT (se adjunta al acta como anexo 3). Aunque se ha mejorado respecto a datos previos, siguen objetivándose discrepancias sustanciales entre ambos sistemas, no justificables sólo por los adelantos de cita efectuados por el hospital que no quedan registrados en multicita. Se acuerda mantener de nuevo reuniones entre los representantes de la Dirección General de Sistemas de Información y de la Dirección General de Atención al Paciente para intentar identificar el motivo técnico de estas discrepancias.

Los representantes del hospital vuelven a poner de manifiesto que tienen unas demoras muy bajas y que no se explican el motivo.

#### **Octavo.- Revisión documento de criterios de facturación con la finalidad de introducir un ratio modulador de las primeras consultas provenientes de interconsultas del propio hospital.**

Representantes de IDCSalud proponen introducir un ratio modulador en el caso de la actividad generada en el propio hospital (primeras consultas derivadas de interconsulta y de urgencias) de forma similar al existente para consultas sucesivas de manera que, a efecto de facturación, no podrá ser superior a la media de los hospitales de su grupo del Servicio Madrileño de Salud.

Se debate sobre la utilización de índices moduladores y se entiende que, si son objetivos y fiables, son muy útiles para evitar desviaciones, por lo que se acuerda estudiar este índice e incluirlo, a través de la correspondiente Resolución de modificación, en el documento de criterios de facturación intercentros.

Los representantes de IDCSalud solicitan que éste índice sea de aplicación para la liquidación de 2012, pero la Viceconsejera indica que el proceso de esta liquidación está ya muy avanzado, por lo que se aplicará en la liquidación de 2013 que se realizará en el ejercicio 2014, una vez producida la modificación del mencionado documento de criterios de facturación intercentros a través de Resolución de la Viceconsejera.

**Noveno.- Ruegos y preguntas.**

Representantes de IDCSalud comentan que algunos procedimientos facturables por del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica carecen de precio medio. Así mismo refieren que la Orden 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid, no contempla tarifa para todos los procesos de CMA.

Y no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión a las 12.50 horas lo que como Secretaria certifico.

**LA SECRETARIA**



**Cristina González del Yerro Valdés**

**VºBº  
LA PRESIDENTA**



**Patricia Flores Cerdan**

Este documento es copia del original firmado. Se han ocultado datos personales en aplicación de la normativa vigente.

## ANEXO 1

### INFORME SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA EN HOSPITALES CONCESIONADOS, EN EL ÁMBITO DEL SERMAS, A PACIENTES PROCEDENTES DE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En relación con la prestación de asistencia sanitaria en los hospitales objeto de contratación de la gestión de servicio público, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud, a pacientes residentes en España procedentes de otras comunidades autónomas, se informa lo siguiente:

- Los pliegos de cláusulas administrativas particulares (PCAP) que regulan la contratación de la gestión del servicio público por concesión de la asistencia sanitaria especializada correspondiente a los hospitales de Infanta Elena, Rey Juan Carlos y Torrejón, especifican que dicha prestación será a la población protegida del ámbito territorial de la concesión; entendiéndose por población protegida el conjunto de personas que sean titulares de las tarjetas sanitarias individuales emitidas por la Comunidad de Madrid en el ámbito territorial de la concesión, sin perjuicio del derecho a ejercer la libre elección.
- El apartado IV-Régimen Económico y Financiero- de los citados PCAP establece que en la facturación de la asistencia sanitaria prestada a pacientes de otras comunidades autónomas o de otros países se observarán las normas vigentes al respecto en cada momento.
- El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del **fondo de cohesión sanitaria**, establece el papel de este fondo como mecanismo de financiación adicional destinado a compensar los costes de asistencia sanitaria generados por:
  - **Pacientes derivados entre comunidades autónomas.**
  - **Desplazados en estancia temporal en España con derecho a la asistencia a cargo de otro Estado**, que pertenezcan a países de la Unión Europea o a otros con los cuales España tenga firmados acuerdos bilaterales en esta materia.

- **Pacientes derivados a centros, servicios y unidades de referencia.**

El citado RD regula los criterios y procedimientos para la adecuada gestión y distribución del fondo de cohesión sanitaria.

- La financiación de la asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en otras Comunidades Autónomas, en los **supuestos no contemplados en el RD 1207/2006**, se efectuará conforme al sistema general previsto en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía (vigente hasta el 1 de enero de 2009). Actualmente, **la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía**, desde el 1 de enero de 2009.
- Tal como se indica en el artículo 4.2 del Real Decreto 1207/2006, **queda excluida de la compensación por el fondo de cohesión sanitaria, la atención urgente** que se solicita por el propio paciente de forma espontánea durante un desplazamiento a una comunidad autónoma distinta a la suya de residencia. Esta atención estará garantizada, en todo caso, por los dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
- El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, crea el **Fondo de Garantía Asistencial**, con carácter extrapresupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la **cobertura de los desplazamientos** entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que gozan de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud.
- La condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, así como la regulación del reconocimiento, control y extinción de dicha condición, viene establecida por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto.

Dicha norma establece que aquellas **personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario** del Sistema Nacional de Salud podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un **convenio especial**. El Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, establece los requisitos básicos del citado convenio.

Por tanto, en relación con la prestación de asistencia sanitaria en los hospitales objeto de contratación de la gestión de servicio público, por concesión, en el ámbito del SERMAS, a pacientes residentes en España procedentes de otras comunidades autónomas podemos considerar las siguientes situaciones, que a continuación se desarrollan:

1. Atención a personas que tienen la condición de aseguradas en el Sistema Nacional de Salud:
  - a. Pacientes derivados entre comunidades autónomas
  - b. Pacientes derivados a centros, servicios y unidades de referencia
  - c. Pacientes que se desplazan temporalmente desde otras comunidades autónomas o desde las ciudades de Ceuta y Melilla
2. Atención a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.
3. Atención urgente.



## **1. ATENCIÓN A PERSONAS QUE TIENEN LA CONDICIÓN DE ASEGURADAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **a. PACIENTES DERIVADOS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

El artículo 4 del RD 1207/2006 especifica que **se compensará con cargo al fondo de cohesión sanitaria** la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual para ser atendidos por alguno de los procesos que figuran en el anexo I, referido a procesos que impliquen ingreso hospitalario, o en el anexo II para procedimientos de carácter ambulatorio, siempre que la atención haya sido solicitada por la comunidad autónoma de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados. Los citados anexos han sido actualizados posteriormente por la Orden SSI/2687/2012, de 17 de diciembre.

La derivación del paciente debe hacerse mediante solicitud expresa de la comunidad autónoma de origen, y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción.

El proceso de derivación y prestación de la asistencia será registrado y validado mediante el Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO) desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en colaboración con las Comunidades Autónomas.

El artículo 7 del RD 1207/2006 establece que la compensación de cada comunidad autónoma y el saldo neto correspondiente, entre el importe resultante de la atención prestada en cada una de las comunidades a pacientes de otras comunidades autónomas y el importe de la atención recibida por pacientes de la comunidad en otras comunidades autónomas, se establecerá de forma normalizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la base del Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria sobre flujos de pacientes derivados entre Comunidades Autónomas (SIFCO), y los procesos e importes que figuran en los anexos I y II del RD.

**El procedimiento para la liquidación se establece por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, quién efectuará la transferencia a las comunidades autónomas.**

## **b. PACIENTES DERIVADOS A CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA**

El artículo 6 del RD 1207/2006 establece que el **fondo de cohesión sanitaria** compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia (CSUR) por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Aquellos pacientes que hubieran de ser derivados para ser atendidos por una de las patologías o a los que hubiera que realizarles alguno de los procedimientos acordados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que figuran como anexo III del Real Decreto 1207/2006, serán remitidos por la comunidad autónoma correspondiente a un CSUR del Sistema Nacional de Salud. El anexo III ha sido actualizado por la Orden SSI/2687/2012, de 17 de diciembre.

El procedimiento de derivación de pacientes para ser atendidos en un CSUR fue acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 26 de noviembre 2008, previo acuerdo del Comité de Designación el 6 de noviembre de 2008.

El CSUR, una vez designado, se compromete a atender a todos los pacientes de otras CCAA cuando éstas soliciten la asistencia a través del SIFCO. Todos los trámites del proceso de derivación de un paciente a un CSUR se realizarán a través del SIFCO.

El Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria servirá de base para el cálculo de los importes compensables por este concepto. **El procedimiento para**

**la liquidación se establece por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, quién efectuará la transferencia a las comunidades autónomas.**

### **c. PACIENTES QUE SE DESPLAZAN TEMPORALMENTE DESDE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS O DESDE LAS CIUDADES DE CEUTA Y MELILLA**

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, crea el **Fondo de Garantía Asistencial**, destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud en sus **desplazamientos temporales**.

Con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial, se procederá a establecer los mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.

**La determinación del importe a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto.** El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:

a) **Desplazamiento de corta duración** (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.

b) **Desplazamientos de larga duración** (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de

aplicación: Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa; y para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado.

Por otro lado, el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, concreta en la Disposición Adicional Primera, que **toda persona que se desplace temporalmente a territorio comprendido en administración pública distinta de aquella con la que haya suscrito el convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, tendrá derecho a recibir en ese territorio las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud**. En este caso, resultarán de aplicación los mismos procedimientos de compensación contemplados para el Fondo de Garantía Asistencial.

## **2. ATENCIÓN A PERSONAS QUE NO TENGAN LA CONDICIÓN DE ASEGURADAS NI DE BENEFICIARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Para todas aquellas personas que no ostenten la condición de persona asegurada o beneficiaria y no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública, los RDL 16/2012 y RD 1192/2012 establecen la **posibilidad de que puedan suscribir un convenio especial**, accediendo a la asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de dicho convenio especial. El Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, establece los requisitos básicos del citado convenio y el procedimiento para su suscripción; dicho procedimiento es de obligada aplicación para las comunidades autónomas.

El convenio especial permitirá a las personas que lo suscriban acceder, mediante el pago de contraprestación económica, a las prestaciones de la cartera común básica

de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, con las mismas garantías de extensión, continuidad asistencial y cobertura de que disfrutaban las personas que ostentan la condición de aseguradas o de beneficiarias, en el ámbito correspondiente a la administración pública con la que se formaliza el mismo.

Las comunidades autónomas podrán, en el ámbito de sus competencias, incorporar en el convenio especial otras prestaciones asistenciales propias de la cartera de servicios complementaria de la comunidad.

Asimismo, la normativa vigente reconoce la **asistencia sanitaria en situaciones especiales** para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y que recibirán la misma en las siguientes modalidades: de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica; asistencia al embarazo, parto y postparto; a los menores extranjeros en las mismas condiciones que los españoles; a víctimas de trata de seres humanos en períodos de restablecimiento y reflexión cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante este período de restablecimiento y reflexión, mientras permanezcan en esta situación; y asistencia sanitaria en los supuestos de salud pública.

Por otro lado, la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, aprobó, con fecha 27 de agosto de 2012, las "instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el SERMAS, a partir del día 1 de septiembre de 2012, a todas aquellas personas que no tengan la condición de aseguradas o beneficiarias" del Sistema Nacional de Salud. Los pacientes extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, serán atendidos sin que genere ningún tipo de facturación de su importe al usuario, en los siguientes casos:

- Los procesos cuyo tratamiento se haya iniciado antes del día 31 de agosto de 2012.
- Los casos de urgencia, por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- La asistencia al embarazo, parto y postparto y la asistencia a pacientes menores de edad.
- A los solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación.

- A las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante este período de restablecimiento y reflexión, mientras permanezcan en esta situación.
- La asistencia sanitaria en los supuestos de Salud Pública cuando se estime que el proceso evolutivo de su patología vaya a ser inferior a un año. Las patologías incluidas en esta asistencia son las recogidas en el Anexo de las citadas instrucciones.

### **3. ATENCIÓN URGENTE**

Esta atención está garantizada por los dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, acorde con lo establecido en 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 en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En la Comunidad de Madrid, según consta en las instrucciones de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, de 27 de agosto de 2012, sobre la asistencia sanitaria a prestar por el SERMAS, a partir del día 1 de septiembre de 2012, a todas aquellas personas que no tengan la condición de aseguradas o beneficiarias, "el SERMAS garantizará la asistencia sanitaria a toda persona que reciba atención de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica; estos supuestos no conlleva facturación alguna al usuario.

Si la persona que no tiene la condición de asegurada o beneficiaria ha sido atendida de urgencia y precisase seguimiento de su proceso, deberá suscribir un convenio especial para dar cobertura a dicha asistencia o, en caso contrario, ésta le será facturada.

## CONCLUSIONES

En relación con la prestación de asistencia sanitaria en los hospitales objeto de contratación de la gestión de servicio público, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud, a pacientes procedentes de otras comunidades autónomas, se exponen las siguientes consideraciones.

### 1. Atención a personas que tienen la condición de aseguradas en el Sistema Nacional de Salud.

#### a. Pacientes derivados entre comunidades autónomas

El proceso de derivación y prestación de la asistencia en los citados hospitales a pacientes residentes en España procedentes de otras comunidades autónomas, para los procesos contemplados en los anexos I y II de la Orden SSI/2687/2012, de 17 de diciembre, deberá ser registrado y validado mediante el **Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria** (SIFCO). La asistencia sanitaria prestada se compensará con cargo al fondo de cohesión, siempre que la atención haya sido solicitada por la comunidad autónoma de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados.

La compensación de cada comunidad autónoma y el saldo neto por la asistencia sanitaria prestada la establece el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, quién efectuará la transferencia de la liquidación correspondiente a cada comunidad autónoma.

Después de efectuarse la transferencia efectiva de la liquidación correspondiente a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el Servicio Madrileño de Salud compensará, en su caso, a los centros hospitalarios de la Red Sanitaria de Utilización Pública de gestión indirecta por los procesos que cada uno haya atendido. Los importes serán los indicados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, acorde con los que figuran en los anexos I y II del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que recogen, respectivamente, los procesos con hospitalización, medidos en términos de

grupos de diagnósticos relacionados (GDR), y las técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios objeto de financiación.

#### **b. Pacientes derivados a centros, servicios y unidades de referencia**

El **fondo de cohesión sanitaria** compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los CSUR. Todos los trámites del proceso de derivación de un paciente a un CSUR se realizarán a través del SIFCO.

El Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria servirá de base para el cálculo de los importes compensables por este concepto. El procedimiento para la liquidación se establece por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, quién efectuará la transferencia a las comunidades autónomas.

Actualmente, ninguno de los hospitales objeto de contratación de la gestión de servicio público, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud, ha sido designado como CSUR para atender los procesos especificados en el anexo III del Real Decreto 1207/2006.

#### **c. Pacientes que se desplazan temporalmente desde otras comunidades autónomas o desde las ciudades de Ceuta y Melilla**

Con cargo al **Fondo de Garantía Asistencial** se compensará entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales. Se procederá a establecer los mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.

La determinación del importe a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto.

Las personas que se desplacen temporalmente a territorio comprendido en administración pública distinta de aquella con la que haya suscrito el **convenio**



**especial** de prestación de asistencia sanitaria, tendrán derecho a recibir en ese territorio las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. En este caso, resultarán de aplicación los mismos procedimientos de compensación contemplados para el Fondo de Garantía Asistencial.

## 2. Atención a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud

Para todas aquellas personas que no ostenten la condición de persona asegurada o beneficiaria y no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública, la normativa vigente prevé la **posibilidad de que puedan suscribir un convenio especial**, accediendo a la asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de dicho convenio especial.

Actualmente, en la Comunidad de Madrid está pendiente la aplicación del procedimiento para la suscripción del convenio especial.

Asimismo, la normativa vigente reconoce la **asistencia sanitaria en situaciones especiales** para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

En la Comunidad de Madrid, los pacientes extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, serán atendidos sin que genere ningún tipo de facturación de su importe al usuario, en los casos referidos en las instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el SERMAS, de fecha 27 de agosto de 2012.

## 3. Atención urgente

Esta atención está garantizada a todas las personas por los dispositivos asistenciales del SERMAS.

Si la persona atendida de urgencia no tiene la condición de asegurada o beneficiaria y precisase seguimiento de su proceso, deberá suscribir un convenio especial para dar cobertura a dicha asistencia o, en caso contrario, ésta le será facturada.

Madrid, a 25 de octubre de 2013

**DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CENTROS SANITARIOS DE  
GESTIÓN INDIRECTA**

## ANEXO 2

### Seguimiento primer semestre 2013 Indicadores de Calidad

INDICADOR	META	HOSPITAL REY JUAN CARLOS	GRUPO 2 (media)	SERVICIO MADRILEÑO SALUD (media)
<b>a) Seguridad del paciente</b>				
Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro. [Al menos 1 en urgencias, otro de conciliación de la medicación y valoración de LV parto. Además, 1 de promover participación de pacientes si no se cumplió en 2012]	Al menos 5	14	8	8 (Total: 267)
Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades.	90% Servicios clínicos	100%	88,6%	84,4%
Promoción de la seguridad clínica en los servicios	>75% Servicios clínicos con sesiones SP	<b>40%</b>	67,1%	64,4%
Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad"	Al menos 4 (1 de ellas en UCI y otra en urgencias)	<b>2 Pendiente servicios en que se han realizado</b>	2	2 (Total: 65)
Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en pacientes críticos (UCI)	<=8 episodios de NAV por 1000 días de Ventilación mecánica	0	3,3	3,6
	<3 bacteriemias por 1000 días de catéter venoso central	0	1,4	1,1
Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos	Al menos 2 (1 de ellos de formación)	<b>6 Pendiente autoevaluación</b>	3	2 (Total: 80)
Utilización de la hoja de verificación quirúrgica	>85%	89,00%	76,6%	80,8%
Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.	>95%	100%	93,2%	95,8%
Existencia de protocolos de seguridad del paciente (SP) establecidos como prioritarios (comprensión de órdenes verbales, profilaxis antibiótica y TVP si no en 2012)	Los 2 establecidos (o en su caso, 3)	2	2	2 (Total: 65)

Nº protocolos de salud mental prioritarios disponibles (n=25 hospitales) - Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave del adulto. - Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenil. - Protocolo de evaluación del riesgo suicida en urgencias psiquiátricas.	Disponible	No		80%
	Disponible	No		44%
	Disponible	Si		56%
Pacientes con potencial riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máx. de 1 semana tras el alta hospitalaria.	100%	100%	91,4%	92,4%
<b>b) Indicadores de comparación hospitalaria</b>				
Infección nosocomial (Prevalencia)	Meta IN <=6,6%	5,2% (IC 1,3-9)	5,9%	5,7%
Infección nosocomial (Bacteriemias por SARM/100.000 estancias)	7 bacteriemias/100000 estancias	0	6	4
<b>c) Calidad percibida y gestión de calidad</b>				
Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2012	Al menos 5	5	7	6 (Total: 213)
Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida (al menos 1 será conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de la realización de técnicas cualitativas grupales)	Al menos 4 líneas	13 <b>Pendiente técnicas grupales</b>	6	5 (Total: 173)
Desarrollo de actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental.	Avanzar una fase completa, respecto a la que se encontraban a cierre 2012.	En proceso de certificación		Nº de hospitales en: Fase I: 2; Fase II-III: 11; Auditoría:2 Certificación parcial:8; Certificación total: 11
Consumo de agua (m3/semestre/estancia)	<=0,94 (*)	0,07 <b>Revisar indicador</b>	1,01	0,70
Consumo de electricidad (Kwh/semestre/m2)	<=183 (*)	12,88 <b>Revisar indicador</b>	71	69
Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna	Al menos 4 líneas	5	5	5 (Total: 104)
Desarrollo de líneas de actuación Comité de Atención al dolor	Al menos 5 líneas	7	5	5 (Total: 155)

**NOTAS:**

- En color rojo resultados que en el primer semestre 2013 no alcanzan la meta anual establecida, o bien objetivos que no se han evaluado (NE)
- NA: No aplica.
- (\*)Percentil 75 del consumo de los hospitales certificados del Servicio Madrileño de Salud en 2012.

**Resultados 2013**  
**Indicadores de Calidad**  
**Seguimiento 1er semestre**

INDICADOR	META	Hospital Rey Juan Carlos
<b>Información y Atención al Paciente</b>		
<b>3.c.1.- Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.</b>	Al menos 3	<p><b>11</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Separación salas de espera de pacientes quirúrgicos por especialidades y nuevas salas de información a familiares.</li> <li>2. Check -list de verificación previo al ingreso del paciente.</li> <li>3. Mejora de tiempos de atención en centralita.</li> <li>4. Mejora información escrita de preparación de pruebas.</li> <li>5. Agenda obstétrica nominal.</li> <li>6 -7. Atrio: limpieza de sofás y climatización.</li> <li>8. Puerta de acceso a cafetería.</li> <li>9. Incorporar TVs en Hospital de Día.</li> <li>10. Ampliación del horario de donaciones.</li> <li>11. Modificación locución centralita.</li> </ol>
<b>3.c.2.- Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles.</b>	100%	<b>100%</b>
<b>3.c.3.-Porcentaje de reclamaciones adecuadas al manual de estilo. Grupo de trabajo.</b>	100%	Pendiente estudio transversal SDIAP
<b>3.c.4.-Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.</b>	100%	<p><b>94,72%</b> (Cuenta con registro específico)</p> <p><b>No indica el dato aunque por la descripción sería 100%</b></p> <p>Desarrollo de un díptico para que los servicios reflejen los horarios de información. Se dispone de un protocolo con los horarios de todos los servicios.</p>
<b>3.c.5.-Porcentaje de implantación de protocolos de información asistencial.</b>	100%	
<b>3.c.6.-Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.</b>	100%	<b>98%</b> (Cuenta con registro específico)
<b>3.c.7.-Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.</b>	100%	<b>99%</b> (Cuenta con registro específico)
<b>3.c.8.- Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) existentes en el centro hospitalario.</b>	Creación del registro	<b>Si</b> (Fecha de creación: Año 2012)
<b>4.9. Implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención Integral al Paciente Oncológico (PAIPO)</b>	Al menos 3	<p><b>5</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Circuito Gita Paciente Oncológico</li> <li>2. Facilidad Gestión Analítica</li> <li>3. Profesionales asignados en Urgencias para los pacientes oncológicos</li> <li>4. Política de acompañamiento.</li> <li>5. Escuela de Cuidadores</li> </ol>

**ANEXO 3**

HOSPITAL REY JUAN CARLOS

Servicio	Prestación	Espera Media Multicitados pacientes citados en septiembre	Espera media SICYT activos a 30-9
ALERGOLOGÍA	ALERGIA ALIMENTOS	10	6
ALERGOLOGÍA	ALERGIA CUTÁNEA	9	
ALERGOLOGÍA	ALERGIA HIMENÓPTEROS	6	
ALERGOLOGÍA	ALERGIA MEDICAMENTOS	9	
ALERGOLOGÍA	ALERGIA RESPIRATORIA	11	
ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR GENERAL	CIRUGÍA VASCULAR ARTERIAL	12	10
ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR GENERAL	CIRUGÍA VASCULAR VENOSA	13	
APARATO DIGESTIVO	CONSULTA PRIMERA	16	10
APARATO DIGESTIVO	PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA	8	1
APARATO DIGESTIVO	COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA	9	2
APARATO DIGESTIVO	RECTOSIGMOIDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	5	
C. MAXILOFACIAL	CIRUGÍA ORAL	9	8
C. MAXILOFACIAL	CONSULTA PRIMERA	9	
CARDIOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	11	4
CIRUGÍA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO	CONSULTA PRIMERA	17	9
CIRUGÍA PEDIÁTRICA GENERAL	CONSULTA PRIMERA	9	1
DERMATOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	6	2
DERMATOLOGÍA	HEMANGIOMAS	3	
ENDOCRINOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	11	6
GINECOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	10	5
GINECOLOGÍA	PATOLOGÍA CERVICAL GINECOLÓGICA	11	
GINECOLOGÍA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR GINECOLÓGICA	13	
GINECOLOGÍA	UNIDAD DE MAMA	14	
HEMATOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	17	1
HEMATOLOGÍA	CONTROL TRATAMIENTO ANTICOAGULACIÓN	2	
MEDICINA INTERNA	CONSULTA PRIMERA	5	4
MEDICINA INTERNA	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	9	
MEDICINA INTERNA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	8	
NEFROLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	12	8
NEUMOLOGÍA	CONSULTA DE TABAQUISMO	15	10
NEUMOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	17	
NEUMOLOGÍA	TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	18	
NEUROCIROLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	9	5
NEUROLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	8	5
OFTALMOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	6	2
OTORRINOLARINGOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	3	1
PEDIATRÍA	CONSULTA PRIMERA	9	5
PSIQUIATRÍA	CONSULTA PRIMERA	11	5
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA ABDOMINO-PELVICA	17	4
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA ARTICULAR	15	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN COMPLETO	16	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE APARATO URINARIO (RENAL-	17	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE CADERA NEONATAL	15	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE CUELLO (TIROIDES PAROTIDAS	15	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE ESCROTO	18	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE MAMA	13	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS	16	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA PELVICA	17	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA TRASFONATELAR	19	
REHABILITACIÓN	APARATO LOCOMOTOR	6	1
REHABILITACIÓN	APARATO LOCOMOTOR PRIMERA	2	
REHABILITACIÓN	CONSULTA PRIMERA	10	
REHABILITACIÓN	LOGOFONIATRÍA	10	
REUMATOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	8	1
TRAUMATOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	17	12
UROLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	14	8