

### 3. Otras disposiciones

#### CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

*Resolución de 26 de octubre de 2021, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, por la que se ordena la publicación del Informe de Fiscalización de la gestión de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.*

En virtud de las facultades que me vienen atribuidas por el artículo 21 de la Ley 1/1988, de 17 de marzo, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y del acuerdo adoptado por el Pleno de esta Institución, en la sesión celebrada el 21 de junio de 2021,

#### R E S U E L V O

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de Fiscalización de la gestión de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Sevilla, 26 de octubre de 2021.- La Presidenta, Carmen Núñez García.

#### FISCALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 21 de junio de 2021, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar el Informe de Fiscalización de la gestión de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

#### Í N D I C E

1. INTRODUCCIÓN
2. RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y DE LOS ÓRGANOS GESTORES EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA
3. RESPONSABILIDAD DE LA CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA
4. OBJETIVOS Y ALCANCE
  - 4.1. Objetivos
  - 4.2. Alcance
5. ENFOQUE METODOLÓGICO Y LIMITACIONES DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE
  - 5.1. Enfoque metodológico
  - 5.2. Limitaciones de la información disponible de los centros seleccionados
6. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN
  - 6.1. Conclusiones sobre el nivel de eficacia y del control interno de los sistemas de información
  - 6.2. Conclusiones sobre el procedimiento previsto para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica. Grado de fiabilidad y utilidad de la información generada
  - 6.3. Conclusiones sobre los instrumentos de planificación y medidas de mejora y de actuación
7. RECOMENDACIONES
8. APÉNDICES
  - 8.1. Aspectos y factores determinantes en la gestión de la LEQ
  - 8.2. Controles generales de tecnología de la información (CGTI)

- 8.3. Procedimiento aplicado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica
- 8.4. Instrumentos de planificación y medidas establecidas para el control de la LEQ

9. ANEXOS

- 10. ALEGACIONES PRESENTADAS Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS EN LOS SUPUESTOS QUE NO HAYAN SIDO ADMITIDAS O SE ADMITAN PARCIALMENTE

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AGS	Área de Gestión Sanitaria
AH	Áreas Hospitalarias
APES sanitarias	Agencias públicas empresariales sanitarias
CAA	Comunidad Autónoma Andaluza
CCA	Cámara de Cuentas de Andalucía
CGTI	Controles generales de tecnologías de la información
CMA	Cirugía mayor ambulatoria
COT	Cirugía Ortopédica y Traumatología
cma	Cirugía menor ambulatoria
CP	Contratos Programa
DGASyRS	Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
HAR	Hospital de Alta Resolución
JA	Junta de Andalucía
LEQ	Lista de Espera Quirúrgica
OFT	Oftalmología
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TNP	Transitoriamente No Programable para una intervención quirúrgica
UGCs	Unidades de Gestión Clínica

## 1. INTRODUCCIÓN

- 1 Por iniciativa de la Cámara de Cuentas de Andalucía, se acordó incluir en el Plan de Actuaciones para el año 2019, la realización de un informe denominado “Fiscalización de la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía”.
- 2 La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, determina que su sistema sanitario público tiene como objetivo principal garantizar el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, de forma universal y equitativa.

La Comunidad Autónoma de Andalucía (CAA) dispone de una red de servicios asistenciales organizada en:

**Atención Primaria.** Constituye el primer nivel de acceso de la población. Integra los centros, organizados en distritos, para la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora, la promoción de la salud, la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente.

**Atención Especializada.** Es el nivel de asistencia en los hospitales que, junto a los centros de especialidades adscritos a él, constituyen la estructura sanitaria responsable de la asistencia especializada programada y urgente a la población de su ámbito de influencia.

- 3 Las listas de espera representan el exceso de la demanda de las prestaciones sanitarias en relación con la oferta disponible, lo que se traduce en demoras en la atención.

Constituyen un indicador de la capacidad de respuesta a las fluctuaciones de la demanda y una herramienta que posibilita evaluar el resultado y la calidad del sistema sanitario y de los servicios públicos implicados (consultas de atención especializada, pruebas diagnósticas y terapéuticas y las intervenciones quirúrgicas).

- 4 Con la finalidad de mejorar la equidad y accesibilidad en la atención sanitaria de los usuarios al Sistema Sanitario Público de Andalucía<sup>1</sup> (SSPA), la gestión de las listas de espera se orienta a proporcionar un instrumento de planificación en la organización de los recursos y de la actividad asistencial.
- 5 La lista de espera quirúrgica (LEQ) es el conjunto de pacientes registrados que, en un momento dado, se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica programada.

Como medida estratégica de calidad en la atención sanitaria en Andalucía, se aprobó el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre (en adelante Decreto 2001), que establece la garantía en el plazo de respuesta quirúrgica.

<sup>1</sup> El art. 43 de la Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía, lo define como el conjunto de recursos (los centros de asistencia sanitaria tanto a nivel de atención primaria como especializada), medios y actuaciones de la Administración sanitaria de la CAA para la promoción, la prevención y la atención sanitaria.

Se reconoce el derecho del ciudadano<sup>2</sup> a ser atendido en un tiempo máximo de 180 días para 700 procedimientos quirúrgicos, determinados en función a su trascendencia clínica o porque representan las intervenciones quirúrgicas más comunes y frecuentes.

En el caso que el tiempo de espera supere los plazos garantizados, el usuario puede ser intervenido en un centro privado, cuyo coste será asumido por la Administración Sanitaria.

- 6 La disposición adicional quinta del Decreto 2001 dispone que, por Orden del titular de la Consejería de Salud, podrán establecerse plazos de respuesta inferiores a los citados 180 días para algunos procedimientos quirúrgicos, atendiendo a criterios de necesidad sanitaria y/o especiales características asistenciales.

Al amparo de esta previsión, se aprobó la Orden de 20 de diciembre de 2006, que redujo el plazo a 120 días para 71 procedimientos correspondientes a las intervenciones más comunes, como son las cataratas, las prótesis de rodilla o de caderas, etc. y la Orden del 2 de junio de 2016 que reduce, a 90 días, el plazo de 27 procedimientos quirúrgicos relacionados con la cirugía cardíaca.

Mediante la Orden de 28 de octubre de 2016, aprobada en virtud de la disposición adicional cuarta del citado Decreto<sup>3</sup>, se incorporaron las técnicas para la reconstrucción mamaria postmastectomía diferida debido a un cáncer de mama y se garantiza un plazo de respuesta no superior a 180 días.

- 7 El instrumento que contiene información, gestiona y controla la demanda de las intervenciones quirúrgicas programadas es el Registro de Demanda Quirúrgica.

Creado al amparo del Decreto 2001, es único en la CAA y se adscribe a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS), si bien la gestión de las altas y bajas se lleva de manera descentralizada por cada uno de los hospitales, las Agencias Públicas Empresariales sanitarias (APES sanitarias) y los centros privados concertados que conforman el SSPA.

- 8 Su contenido, estructura, funcionamiento y los responsables de su gestión y mantenimiento están regulados en la Orden de 25 de septiembre de 2002 (en adelante Orden 2002).

El art.15 de la Orden 2002 establece que el Registro de Demanda Quirúrgica ha de contener todos los procedimientos quirúrgicos programados que hayan sido indicados por los facultativos del SSPA.

Están expresamente excluidos los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- Las intervenciones urgentes y las urgentes diferidas.
- Los trasplantes, que tienen un registro específico.
- Los pacientes intervenidos de forma programada durante un episodio de hospitalización durante el que se establece la indicación quirúrgica, con excepción de los pacientes dados de alta y citados para una intervención posterior.
- Los procesos obstétricos.

<sup>2</sup> Se establece que serán beneficiarios del derecho a la garantía prevista, los españoles y extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Andalucía, cuyo aseguramiento corresponda a la Administración Sanitaria Pública y estén inscritos en el correspondiente registro.

<sup>3</sup> Faculta a la persona titular de la Consejería de Salud para la **actualización** de los procedimientos quirúrgicos recogidos incluidos en el Decreto 209/2001, cuando las circunstancias técnicas lo aconsejen.

- 9 El **Anexo 9.1** recoge el marco normativo aplicable a la LEQ.
- 10 La LEQ ha sido objeto de revisión en las fiscalizaciones realizadas por la Cámara de Cuentas de Andalucía a centros hospitalarios, a las APEs sanitarias o sobre los servicios sanitarios concertados, pero no se ha llevado a cabo una actuación específica de la gestión realizada en todo el ámbito del SSPA.

## **2. RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y DE LOS ÓRGANOS GESTORES EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA**

- 11 La Consejería de Salud es el órgano de la Administración de la Junta de Andalucía (JA) responsable de las directrices de la política de salud y de la alta dirección de los organismos y las entidades públicas responsables de la provisión y gestión de los servicios sanitarios de la CAA.

Tiene asignadas funciones de ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud, de planificación y asistencia sanitaria, de asignación de recursos y de dirección de los centros y de los servicios sanitarios, así como su inspección y evaluación.

- 12 La responsabilidad de la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional, así como de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones, corresponde al SAS.

A la Dirección Gerencia del SAS le compete la elaboración de las propuestas de actuación que deban formularse, en relación con los presupuestos y con los Contratos Programa, suscritos por el SAS y las entidades que tenga adscritas.

A la persona titular de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud (DGASyRS) le corresponden las atribuciones previstas en el artículo 30 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre y, en concreto, relacionadas con la materia que se fiscaliza<sup>4</sup>:

- La dirección de la gestión de los servicios sanitarios del SAS y de las entidades adscritas al mismo.
- La planificación operativa de los recursos humanos y materiales necesarios para la práctica asistencial en coordinación con las entidades adscritas.
- La planificación y evaluación de los conciertos de asistencia sanitaria especializada.
- Gestión de los procedimientos de reintegro o asunción del gasto por asistencia sanitaria prestada en centros privados a determinadas personas en los casos y circunstancias legalmente establecidas.
- Definición funcional, explotación y control de los sistemas de información necesarios para el ejercicio de sus funciones.

<sup>4</sup> Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del SAS y Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del SAS.

**13** Las responsabilidades de los diferentes niveles de gestión del Registro de Demanda quirúrgica son:**- Servicios Centrales del SAS**

Diseño y control de la estructura, el contenido y de la cumplimentación de los registros en la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, que da soporte al procedimiento establecido para el Registro de Demanda Quirúrgica.

**- La Dirección Gerencia de los hospitales, APEs sanitarias y centros privados concertados del SSPA**

Garantizar el correcto funcionamiento del Registro de Demanda Quirúrgica y la fiabilidad y normalización de los flujos de información sobre LEQ.

La centralización del Registro de Demanda Quirúrgica en un servicio que, a su vez, será el responsable de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica.

**- El Servicio o Unidad responsable del Registro de Demanda Quirúrgica**

Centraliza el registro del área hospitalaria.

Es responsable del cumplimiento de las normas para el registro de los pacientes, los trámites operativos y administrativos en relación con el movimiento en el registro.

Constituye, con carácter general, la referencia de los pacientes para todos los aspectos administrativos relacionados con su situación en LEQ.

Gestiona, junto a los Servicios de Especialidades y las Unidades de Gestión Clínica, la derivación de pacientes a otros centros hospitalarios.

**- Los Servicios de Especialidades y las Unidades de Gestión Clínica (UGCs)<sup>5</sup>:**

El médico especialista que sienta la indicación es responsable de la correcta cumplimentación del documento de solicitud de inscripción en el Registro de Demanda y de que el paciente firme el consentimiento informado para la intervención en la consulta como paso previo a su inscripción en la Aplicación informática de Demanda Quirúrgica.

Coordinar con la Comisión de Programación del hospital la selección de los pacientes para la programación quirúrgica.

Notificar al servicio responsable del Registro de Demanda Quirúrgica cualquier modificación de las condiciones del paciente por la que varíe su situación en LEQ.

<sup>5</sup> Corresponden a Servicios de especialidades que se han constituido en un modelo organizativo, que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

### 3. RESPONSABILIDAD DE LA CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

**14** Dentro de su ámbito de competencias, la Cámara de Cuentas de Andalucía (CCA) realiza auditorías operativas, cuyos resultados deben ser considerados herramienta de utilidad para los responsables de la gestión, que les permita sacar las conclusiones y adoptar las medidas que consideren necesarias para conseguir mejoras en la prestación de los servicios.

**15** La responsabilidad de la CCA en el presente trabajo de fiscalización es comprobar el cumplimiento del principio de equidad y accesibilidad en la atención sanitaria de los usuarios al SSPA, mediante una evaluación del grado de efectividad alcanzado en la gestión de los recursos disponibles para la actividad quirúrgica programada.

**16** Para ello, se ha llevado a cabo una revisión orientada a comprobar las cuestiones relacionadas con:

- La organización y racionalización de la demanda de los servicios quirúrgicos y el control de los tiempos de respuesta.
- La gestión efectiva y eficiente de la oferta de servicios y las medidas para incrementar la actividad.
- El procedimiento y los resultados obtenidos.

**17** Una fiscalización requiere la aplicación de procedimientos para obtener evidencia de auditoría que fundamenten las conclusiones obtenidas.

Para verificar el procedimiento establecido para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica y aplicar las pruebas sustantivas, se llevó a cabo una selección de nueve hospitales, que son: Poniente (El Ejido, Almería), Puerto Real (Cádiz), Montilla (Córdoba), Baza (Granada), Riotinto (Huelva), San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén), Virgen de la Victoria (Málaga), Virgen Macarena y Virgen del Rocío (Sevilla).

Pero, los trabajos de campo se han visto limitados por el estado de alarma decretado derivado del Covid-19<sup>6</sup>, obligando a interrumpir las visitas previstas a cuatro de los centros hospitalarios seleccionados: Poniente (El Ejido, Almería), Baza (Granada), Virgen de la Victoria (Málaga) y Virgen del Rocío (Sevilla). Con el hospital de Puerto Real (Cádiz) se tuvo un primer contacto, quedando pendiente la mayoría de los trabajos para una segunda visita, interrumpida también.

Con la incertidumbre que existe sobre la evolución de la pandemia y la normalización de la carga de trabajo de los hospitales, se ha optado por no requerir a los centros hospitalarios y al SAS la información y la documentación pendiente y, dar por finalizados los trabajos de campo el 10 de marzo de 2020.

**18** La situación generada justifica la necesidad de adecuar el alcance y las conclusiones sobre los procedimientos aplicados en la fiscalización hasta esa fecha y posibilitar, con ello, alcanzar el objetivo principal que se persigue con este trabajo.

<sup>6</sup> Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

19 La actuación fiscalizadora se ha realizado de conformidad con los principios fundamentales de fiscalización de las Instituciones Públicas de Control Externo y, en particular, la ISSAI-ES 300 Principios fundamentales de la fiscalización operativa, así como en las directrices contenidas en las ISSAI-ES 3000 y 3100.

20 Consideramos que la evidencia obtenida en la presente fiscalización de carácter operativo proporciona una base suficiente y adecuada para fundamentar las conclusiones alcanzadas.

#### **4. OBJETIVOS Y ALCANCE**

##### **4.1. Objetivos**

21 La fiscalización realizada en los sistemas, procedimientos y resultados obtenidos de la gestión de la LEQ se centra en los siguientes objetivos específicos:

22 Evaluar el nivel de eficacia y de control interno del sistema de información que gestiona la LEQ. El estudio se ha realizado sobre:

- Políticas y procedimientos aplicados al sistema de información.
- Controles generales en el sistema de información que da soporte a la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica.
- Garantías de validez, calidad y fiabilidad en la organización operativa y estructura de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica.

23 Analizar el procedimiento implantado y aplicado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica, con el fin de constatar si:

- Constituye un modelo de gestión integral que abarca las distintas fases del procedimiento, desde la indicación quirúrgica hasta la resolución del proceso.
- Delimita las responsabilidades de los diferentes niveles de gestión.
- Se adecua a la normativa de aplicación y a la regulación interna que lo desarrolla (protocolos, instrucciones y directrices).
- Los datos gestionados en los diferentes procesos garantizan la integridad y exactitud de los registros y de la información generada de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica.
- Garantiza el registro de la demanda existente.
- Incluye medidas establecidas para el acceso a la información personalizada de los ciudadanos sobre su situación en el registro y para la información pública de los datos generados.

**24** Verificar los instrumentos de planificación, seguimiento y las medidas y estrategias de actuación que, la Administración Sanitaria, adopta para la gestión de la demanda y la mejora de los tiempos de respuesta. Las materias objeto de análisis son:

- Objetivos definidos en los Contratos Programa y en los Acuerdos de las Unidades de Gestión clínica (en adelante Acuerdos de Gestión Clínica).
- Sistema establecido para el registro de los indicadores, determinados establecidos para la medición y cuantificación de los objetivos.
- Mecanismos de evaluación y seguimiento del grado de consecución de los objetivos.
- Resultados de actividad y de rendimiento.
- Medidas alternativas para evitar los colapsos en la LEQ.
- La capacidad de la oferta sanitaria, representada por los recursos humanos y de infraestructuras básicas (quirófanos).

#### **4.2. Alcance**

**25** El alcance objetivo de la fiscalización es la gestión de la lista de espera quirúrgica programada en el ámbito de SSPA.

Esta comprende, a fecha de 15/09/2019, un total de 922.069 de pacientes registrados para la realización de 473.611 (51%) intervenciones sujetas a garantía de plazo máximo de respuesta y 448.458 (49%) intervenciones de procedimientos que no disponen de garantía en el tiempo de respuesta.

**26** El alcance subjetivo se ha delimitado en función de los procedimientos aplicados en la fiscalización:

- Para una comparativa de una muestra de indicadores que se han considerado más representativos de la gestión desarrollada en el Registro de Demanda Quirúrgica y la LEQ, el alcance subjetivo lo conforman:

-Todos los hospitales del SSPA y las especialidades que conforman la cartera de servicios de los nueve hospitales seleccionados, relacionados en el punto 17.

El **Anexo 9.2** incluye una relación detallada de los hospitales y el cuadro nº 1 muestra el número de hospitales, clasificados según el ámbito territorial que abarca su cobertura asistencial.

Tipo de Hospital	ÁREA	ESPECIALIDADES	Centros Hospitalarios
Regional	Andalucía	Todas	6
De Especialidades	Provincial	Amplias	10
Comarcal	Población < 1h distancia	Básicas	18
Alta Resolución (HAR)	Población < 30 min. distancia	Básicas	14
Concertado	N/A	Básicas	3
<b>TOTAL</b>			<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia

Cuadro nº 1

- Para verificar el procedimiento implantado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica se seleccionaron los nueve hospitales referenciados en el párrafo anterior, pero debido a la interrupción de los trabajos de campo (punto 17), se han visitado los cinco siguientes, clasificados según el nivel<sup>7</sup> asignado:

Tipo : Regional Nivel: 1	H. Virgen Macarena (Sevilla)
Tipo: De especialidades Nivel: 2	H. Puerto Real (Cádiz)
Tipo: Comarcal Nivel 3	H. San Juan de la Cruz (Jaén)
Tipo: Comarcal Nivel 4	H. de Montilla (Córdoba) H. de Riotinto (Huelva)

**27** Hasta mediados de 2018, los hospitales de nivel 1 y 2 de una misma provincia compartían el mismo equipo de Dirección y los mismos Servicios de Especialidades y UGCs. A la fecha de fiscalización, solo los hospitales de la provincia de Cádiz: Punta de Europa, en Algeciras y la Línea de la Concepción, se mantienen fusionados. Su información se gestiona y presenta englobada, bajo la denominación Área de Gestión Sanitaria<sup>8</sup> (AGS) "Campo de Gibraltar".

No consta información desagregada correspondientes a las LEQ de los hospitales de Alta Resolución de Benalmádena (Málaga) y Morón de la Frontera (Sevilla), ya que la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica es realizada por las APEs a la que están adscritos, por lo que sus datos se presentan conjuntos a los de estas entidades.

<sup>7</sup> Los centros hospitalarios se clasifican por tipos y estos, a su vez, por niveles en función de la población de referencia, tamaño, cartera de servicios (recoge el conjunto de actividades científico-técnicas y administrativas que se realizan en ese nivel de atención hospitalaria), complejidad y recursos asignados.

<sup>8</sup> Modelo de organización que gestiona de forma unitaria los niveles de atención primaria y hospitalaria, en una demarcación territorial específica.

28 Con el fin de proporcionar más margen de resolución y análisis a las inscripciones realizadas durante el ejercicio 2018, el ámbito temporal de la fiscalización se ha delimitado en las altas de pacientes, registradas desde el 01/01/2018 hasta el 15/09/2019.

Asimismo, en el punto A.24 se incluye información sobre las inscripciones pendientes de resolución quirúrgica al 01/01/2018.

## 5. ENFOQUE METODOLÓGICO Y LIMITACIONES DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

### 5.1. Enfoque metodológico

29 Se ha considerado como referencia principal para la aplicación de los procedimientos de la fiscalización la información generada por la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, que desarrolla el proceso de gestión del Registro de demanda quirúrgica.

30 La metodología de esta actuación se ha estructurado, de forma secuencial, en tres grandes bloques:

- Análisis de los controles generales del entorno de tecnologías de la información (CGTI), que dan soporte y establecen un marco general de confianza respecto del funcionamiento de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica.
- Delimitación de los campos necesarios de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, con el objeto de disponer de una base de datos representativa del procedimiento y realizar las comprobaciones necesarias en los eventos<sup>9</sup> predeterminados, para validar la adecuación de la información que genera la aplicación al procedimiento regulado.
- Realización de un tratamiento masivo de los datos registrados, para la obtención de la información puntual y/o estadística del procedimiento de gestión que, a su vez, ha proporcionado:
  - La selección de nueve hospitales (punto 26) donde aplicar las pruebas sustantivas para verificar el procedimiento establecido para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica y la integridad de los registros de la Aplicación informática que los desarrolla. Señalar que, debido a la situación descrita en el punto 17, la aplicación de determinadas pruebas sustantivas sólo se ha llevado a cabo en cinco de los hospitales seleccionados.
  - Los indicadores que sintetizan los resultados de la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica y de la LEQ. El análisis de los indicadores de actividad y rendimiento se ha realizado, por un lado, comparando los hospitales que conforman el SSPA y, por el otro lado, comparando las especialidades de los nueve hospitales seleccionados, tal y como se relaciona en el **apartado 9. Anexos**.

<sup>9</sup> Son los acontecimientos o acciones que generan registros o secuencias de registros para la ejecución del procedimiento.

- 31** La selección de los nueve centros se ha realizado de forma que queden representadas todas las provincias, en cuanto a localización geográfica y todos los niveles de clasificación, incluidos los hospitales adscritos a las APEs sanitarias.

No se ha considerado para la selección, los hospitales de Alta Resolución (HAR), debido a las significativas diferencias existentes en las carteras de servicios asignadas.

Los parámetros utilizados han sido: el volumen de inscripciones telemáticas realizadas por los facultativos (**Anexo 9.4.1**) y el de menor porcentaje en la actividad quirúrgica desarrollada (**Anexo 9.7.1**), en los hospitales del SSPA.

La amplitud de la población ha requerido que, en el diseño de las pruebas sustantivas, el método de muestreo haya quedado supeditado a la información obtenida en el tratamiento de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica.

Así, de forma subjetiva, se han seleccionado en los cinco de los nueve hospitales seleccionados, una muestra de historias clínicas correspondientes a procedimientos quirúrgicos con y sin garantía de respuesta en las que a su vez, se haya detectado a través del tratamiento de la información de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, alguna incidencia en el procedimiento aplicado.

Al respecto, señalar que en una misma historia clínica pueden confluir varias incidencias diferentes del procedimiento.

- 32** Al tener diferentes niveles en la clasificación de los hospitales, se ha tomado como magnitud de referencia las inscripciones en el Registro de Demanda Quirúrgica, lo que ha posibilitado el análisis comparativo de los indicadores analizados.

## **5.2. Limitaciones de la información disponible de los centros seleccionados**

- 33** No ha sido posible comprobar la capacidad de la oferta sanitaria (correlación entre la demanda existente y la dotación de recursos) ni completar con los indicadores de rendimiento, el análisis sobre la eficiencia en la gestión de la LEQ.

La causa principal es la inexistencia de información analítica que delimite los recursos asignados<sup>10</sup> para el desarrollo de la actividad quirúrgica programada. La información sobre los costes aportada, no está desagregada por conceptos ni se imputan por tipo de actividad, sino atendiendo a la naturaleza del gasto.

- 34** Además, a la fecha de finalización de los trabajos de campo, no se había remitido información relacionada con:

---

<sup>10</sup> Los centros son responsables de un presupuesto que deben gestionar y la contabilidad presupuestaria es la herramienta que marca cómo el centro lo va ejecutando para el desarrollo de la actividad. Sin embargo, si se quiere analizar dónde se emplean los recursos y qué actividad se produce con tal consumo sería necesario disponer de la contabilidad analítica.

- La ejecución de los presupuestos de gastos asignados a los centros seleccionados y los criterios utilizados para su asignación. Esto ha imposibilitado realizar un análisis del gasto soportado por cada hospital en la actividad desarrollada en las distintas modalidades existentes<sup>11</sup> y comparar los recursos utilizados en los conciertos sanitarios.
  - El gasto que ha supuesto la realización de intervenciones quirúrgicas en centros privados, motivada por el incumplimiento de garantía de plazo de respuesta.
  - Los facultativos asignados al hospital de Poniente ni los del hospital de Riotinto, estos referidos a 2019, lo que ha originado que, aunque se incluyan en el **Anexo 9.12** los datos sobre la documentación aportada por el resto de los hospitales, no se haya profundizado ni concluido sobre la materia. (§ A.80)
  - Los quirófanos asignados para la LEQ de los hospitales de Puerto Real, Baza y Virgen de la Victoria. Además, hay que añadir que, de la información aportada por el resto de los hospitales, no ha sido posible realizar un análisis comparativo ya que se presenta con parámetros diferentes que impiden el cómputo singularizado de los quirófanos disponibles. (§ A.81)
  - No se ha aportado información sobre los pacientes que han solicitado la aplicación del Decreto 128/1997, que regula la libre elección de hospital. (§ A.45)
  - Solo el hospital Virgen Macarena ha aportado la información sobre las intervenciones quirúrgicas realizadas en los centros privados concertados. (§ A.49)
- 35** No han sido facilitados los resultados ni la evaluación del grado de cumplimiento, de los siguientes objetivos contemplados en los Contratos Programa de 2018: el índice de resolución de CMA, el de gestión de cola y el de mejora en la variabilidad clínica a través del control de las tasas de indicación quirúrgica. (§ A.64 y § A.71)
- 36** Debido a la situación provocada por el estado de alarma (punto 17), no se ha dispuesto de la siguiente documentación solicitada a los nueve hospitales seleccionados, que ha impedido realizar un análisis completo sobre el grado de consecución de los objetivos propuestos:
- Los acuerdos de Gestión clínica de las especialidades de Oftalmología, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Dermatología y Venerología, correspondientes a los hospitales de Baza, Virgen de la Victoria y Virgen del Rocío.
  - El seguimiento y evaluación del grado de consecución de los objetivos de:
    - Los Acuerdos de gestión clínica, referidos a 2018, de los hospitales de Poniente y Montilla.
    - Los Contratos Programa y los Acuerdos de Gestión de los nueve hospitales seleccionados, correspondiente al año 2019. Al respecto, señalar que la evaluación se programa para el primer trimestre de la anualidad siguiente, fecha en la que los resultados registrados en los sistemas de información están consolidados. (§ A.70)

<sup>11</sup> La modalidad ordinaria, que se realiza en laborables de 8 a 15 horas, la de continuidad asistencial, realizada entre las 15 a las 20 horas y la extraordinaria, que se desarrolla en fines de semana y festivos.

## 6. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

### 6.1. Conclusiones sobre el nivel de la eficacia y del control interno de los sistemas de información

37 Se han identificado algunas debilidades materiales en el sistema de información y en los controles generales de tecnología, que representan un riesgo elevado para la fiabilidad y seguridad de la información y la disponibilidad de los sistemas de información del SAS (incluyendo los sistemas de información objeto de esta auditoría).

Atendiendo a la categorización alta de los sistemas de información del SAS<sup>12</sup>, las incidencias más relevantes se refieren a:

En relación con la normativa de aplicación:

- Carece de política de seguridad aprobada formalmente y consecuentemente, no se ha realizado la oportuna auditoría de cumplimiento, prevista en el art.34 del Real Decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica.
- No se han implantado políticas relativas a la firma electrónica, la gestión de documentos electrónicos, la conservación de documentos digitales a largo plazo y las competencias para la generación de copias auténticas, que determina el Real Decreto 4/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Interoperabilidad en el ámbito de la Administración Electrónica.
- No se ha realizado el análisis de riesgos de los datos clínicos, que ostentan un nivel alto desde la perspectiva de protección de datos, así como tampoco de su impacto.

En relación con el marco operacional y de medidas de protección:

- Existen en producción, sistemas operativos y gestores de base de datos fuera del ciclo de vida del producto.
- No se ha contemplado la protección de los registros secuenciales de eventos o acciones (log), ni la formalización del análisis de vulnerabilidades.
- Existen carencias respecto a las copias de seguridad como su falta de externalización, sus pruebas de recuperación y su protección, además, de no disponer de planes de continuidad de negocio y de recuperación de desastres. (§ A.7 y cuadro nº5)

<sup>12</sup> Determinada conforme establece el Real Decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad (ENS) en el ámbito de la Administración Electrónica.

- 38 A nivel funcional, en la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica se han detectado deficiencias en la secuencia de registros y en la delimitación de determinados campos, que no garantizan la integridad y exactitud de la información generada de los registros. Asimismo, se constata un uso discrecional del campo “observaciones” de la inscripción ante la necesidad de introducir aclaraciones a los eventos, que deriva en la dificultad a la hora de analizar el histórico con los datos de cada paciente y la imposibilidad de obtener datos globales. (§ A.22, § A.23, § A.24, § A.34, §A.38 y §A.42)

## **6.2. Conclusiones sobre el procedimiento previsto para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica. Grado de fiabilidad y utilidad de la información generada**

- 39 Las deficiencias, incorrecciones e irregularidades detectadas constatan un vacío legal y la ausencia de actualización y desarrollo de la normativa reguladora, así como un bajo nivel de fiabilidad y exactitud en la información generada por la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, que origina la ineficacia e ineficiencia del procedimiento normalizado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica.

Los puntos siguientes desarrollan y evidencian la conclusión expuesta.

### ***Sobre el vacío legal y la ausencia de actualización y desarrollo de la normativa reguladora***

- 40 La normativa reguladora no contempla que el facultativo inscriba al paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica, a través de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, lo cual impide verificar que todas las indicaciones quirúrgicas propuestas por los facultativos se corresponden con la demanda efectiva e inscrita y ocasiona las siguientes incidencias en el procedimiento que se aplica (§ A.18):

- Provoca una elevada carga de trabajo y la existencia de incorrecciones en el proceso de grabación.
- Deriva en un sobrecoste de duplicar pruebas diagnósticas adicionales, trámites y los gastos derivados de las consultas del especialista.
  - Que el facultativo prescriba el procedimiento, pero no facilite al paciente el documento de solicitud de inscripción para su firma.
  - Que el paciente, por olvido o pérdida, no presente el documento de solicitud para su registro (§ A.17).
- Que el paciente no disponga del documento de inscripción de la intervención quirúrgica prescrita. En los hospitales de Montilla, Virgen Macarena y los centros periféricos del hospital de Puerto Real, el paciente solo recibe copia de la solicitud sellada.
- Posibilita dilatar el trámite de la inscripción (§ 20).

- 41** No hay determinado un plazo máximo para la presentación de la solicitud de inscripción conformada por el paciente. Constan 429 inscripciones, en las que se superan los 100 días de diferencia entre la indicación y la solicitud de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica, lo que supone el riesgo de dilatar el trámite de la inscripción y de registrar una prescripción sin corroborar posibles cambios producidos en el paciente que afectarían a la indicación inicial. (§ 20.2 y cuadro nº 6)
- 42** No constan directrices, protocolos, instrucciones internas o medidas aprobadas por el SAS, que desarrollen aspectos relevantes del procedimiento de gestión. Este hecho ha originado, tal y como se expone a continuación, interpretaciones erróneas, riesgos y heterogeneidad en la forma de actuar de los hospitales:
- Escasa estandarización a la hora controlar los códigos de los procedimientos quirúrgicos consignados en las indicaciones de los facultativos. (§ A.16)
  - Inexistencia de medidas que impulsen el conocimiento, por los usuarios de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, de las capacidades del sistema de Registro de Demanda Quirúrgica.

Durante el periodo de fiscalización, del total de inscripciones existentes en los centros del SSPA, solo un 21% de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado y un 19% de los procedimientos sin garantía han sido registrados por el facultativo. Esta opción de inscripción por el facultativo está operativa desde julio de 2015; sin embargo, el SAS no dispone de información sobre la activación de esta opción en los hospitales del SSPA. De hecho, de los cinco hospitales visitados, sólo los hospitales de San Juan de la Cruz y Virgen de la Macarena conocían esta opción. (§ A.19 y Anexos 9.4.1 y 9.4.2)

- La situación del paciente como Transitoriamente No Programables (TNP) por reevaluación clínica se utiliza sin criterio ni control:
  - Debido a la ausencia de medidas para la obtención de la información sobre los fallecimientos de pacientes registrados en LEQ, en los hospitales de Puerto Real y San Juan de la Cruz se han detectados casos en los que se ha considerado al paciente fallecido como ilocalizable, optando por registrarlo en situación TNP por reevaluación clínica. (§ A.31, § A.32)
  - En los hospitales de Riotinto, San Juan de la Cruz y Virgen Macarena constan pacientes registrados en situación TNP por reevaluación clínica sin causa clínica. En el hospital de Montilla los casos de TNP solicitados por el paciente, se registran como TNP por reevaluación clínica. (§ A.39)
  - Constan pacientes en TNP, desde la fecha en que se inscriben en el Registro de Demanda Quirúrgica. Los motivos pueden deberse, bien a la falta de coordinación entre los especialistas que prescriben tratamiento y los de otros servicios, bien por la inadecuada extracción de información de las historias digitales o bien, no exista motivo que justifique esta circunstancia. (§ A.40 y gráfico nº4)

- Falta de criterios y homogeneidad en las derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados. Además, los envíos de los pacientes a los conciertos se registran fuera de los plazos establecidos, sin que conste justificación al respecto. (§ A.46 y cuadros nº11 y 12)
- Se han detectado inscripciones sin garantía correspondientes a procedimientos con plazo de respuesta quirúrgica inicial sin que consten el registro de los eventos que justifiquen la pérdida de ese derecho. (§ A.49)

**43** No consta la actualización del procedimiento normalizado:

- Los precios máximos de los procedimientos quirúrgicos con garantía fijados en el Decreto 209/2001, se mantienen vigentes, aun cuando su Disposición Final Primera prevé la actualización de las cuantías. Esto supone un desfase con el coste real de las intervenciones realizadas en los centros privados concertados, que debe asumir el paciente. (§ A.51)
- El desarrollo de Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica simplifica la gestión, mediante la supresión de tramitar determinados documentos previstos y vigentes en el procedimiento regulado (resoluciones de denegación de inscripción, devolución del paciente desde centro concertado por reevaluación clínica, rechazo de centro concertado tras aceptación inicial y no presentado sin justificar tras comunicación fehaciente con la pérdida de garantía).

**44** El procedimiento de confirmación de cita a pacientes y de otros aspectos administrativos relacionados con su situación en LEQ, es deficiente ya que en la mayoría de los casos no consta información de su realización efectiva (§ A.28, § A.34 y § A.42)

***Sobre el nivel de fiabilidad y exactitud en la información generada por la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica***

**45** Las deficiencias detectadas, tal y como muestra el cuadro nº 2 y desarrolladas en los puntos siguientes, por un lado, constatan que la cumplimentación de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, no es completa, fiable y exhaustiva en todos sus campos y eventos ni que el SAS haya realizado el suficiente control y seguimiento, tal y como se establece en el procedimiento normalizado.

Por el otro lado, el hecho de que la funcionalidad de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica permita modificar determinados registros o realizar operaciones, afecta a la integridad de la información generada sobre el número de pacientes en LEQ y la demora real.

Punto de Informe	Descripción incidencia	Incrementa /Disminuye: Número de pacientes	Incrementa/Disminuye: Promedio en el Tiempo de demora
A.18	Si el facultativo no inscribe en el Registro de Demanda Quirúrgica al paciente durante la consulta, no se garantiza la efectiva inclusión en la LEQ de la indicación quirúrgica.	↓	-
A.21	Entre fecha de solicitud e inscripción transcurren más de 30 días.	-	↓
A.23	Se han detectado errores que afectan al número de inscripciones, de intervenciones quirúrgicas y tiempo de espera.	↑	↓
	La fecha de registro es anterior a la fecha real de grabación.	-	↑
	La fecha de registro es anterior a la de solicitud de la intervención.	-	↑
A.24	Tras la inscripción no se registran más eventos, de modo que se mantiene sin movimiento, en algunos casos durante años, el contador de Tiempo de registro.	↑	↓
A.22, A.26 y A.50	Se incluyen en el Registro de Demanda Quirúrgica intervenciones correspondientes a urgencias diferidas y procesos asistenciales, incrementando la lista de espera y minorando el tiempo de demora, ya que todos ellos se atienden con la máxima diligencia posible.	↑	↓
A.31 y A.32	No se conocen los fallecimientos de pacientes inscritos pendientes de intervenir quirúrgicamente.	↑	↑
A.38	La Aplicación informática para la gestión de la Demanda Quirúrgica permite registrar al paciente en TNP, sin fecha de vencimiento	-	↓
A.39 y A.42	Se registra la situación de TNP por reevaluación clínica y por voluntad del paciente, sin que la causa quede acreditada formalmente.	-	↓
A.40 y A.43	Pasan a situación de TNP por reevaluación clínica o a petición del paciente, antes de los 2 días desde la inscripción en Registro de Demanda Quirúrgica.	-	↓
A.46	Envían a pacientes en LEQ para ser intervenidos en los centros privados concertados, antes del plazo previsto.	↓	↓
A.49	Registran procedimientos con garantía en el plazo de respuesta como inscripciones sin garantía, sin que consten los eventos que justifiquen su pérdida.	↓	↓

Fuente: CCA

Cuadro nº 2

46 La incorrecta selección del origen de la indicación y la prioridad asistencial en la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica puede derivar en una inadecuada priorización del paciente para la programación quirúrgica, además de que impide diferenciar las intervenciones

00201243

programadas de las urgencias diferidas. En los cinco hospitales visitados constan 10.295 intervenciones, un 18% sobre el total, realizadas en los 9 primeros días tras la inscripción del paciente, con origen de indicación consultas externas y preferencia asistencial normal (§ A.22)

- 47 Constan 7.102 inscripciones anteriores a 2018 y 11.443 registradas durante el 2018, que no registran movimiento desde su alta en la aplicación, lo cual provoca una acumulación de demanda que afecta al promedio del tiempo de demora y se cuestiona la pertinencia de la intervención indicada. (§ A.24 y cuadro nº 8)
- 48 Solo para los TNP por reevaluación clínica, la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica permite grabar el evento sin indicar el tiempo de suspensión previsto, lo cual conlleva el riesgo de permanencia larga en esta situación tras desaparecer la causa que motivo la suspensión. (§ A.38)

49 <sup>13</sup>

#### ***Sobre los incumplimientos de la normativa reguladora***

- 50 Constan 188 inscripciones que incumplen el plazo máximo para el registro de las solicitudes presentadas, previsto en el art. 23.1 de la Orden de 2002. El hospital Virgen de la Victoria refleja el volumen más significativo, con 48 inscripciones, seguido de los hospitales de Juan Ramón Jiménez y La Inmaculada, con 37 y 32, respectivamente. (§ A.21 y cuadro nº7)
- 51 Las intervenciones quirúrgicas asociadas a procesos cancerosos, corresponden a intervenciones derivadas de procesos asistenciales integrales. Estas se incluyen en el Registro de Demanda Quirúrgica, cuando el art. 7.1 del Decreto 96/2004 prevé la creación de su propio registro. (§ A.26)
- 52 Inexistencia de evidencia documental de las comunicaciones con el paciente, necesarias para registrar las bajas en el Registro de Demanda Quirúrgica y el cambio de situación del paciente a TNP. (§ A.29, § A.30 y § A.39)
- 53 Se incluyen en el Registro de Demanda Quirúrgica las urgencias diferidas, procedimientos excluidos en el art. 15 de la Orden de 2002.

Salvo en los hospitales de Poniente, Riotinto y San Juan de la Cruz, el resto de los hospitales seleccionados registran 4.491 intervenciones quirúrgicas cuyo origen de indicación es urgencias, de las que 170 se inscribieron sin la correcta prioridad asistencial. (§ 8, § A.27 y cuadro nº9)

- 54 Ninguno de los hospitales visitados exige la justificación de la causa alegada por el paciente para la suspensión del plazo de garantía, además de que se admiten otros motivos y sin límite de tiempo no determinados, incumpliendo el procedimiento previsto en el art. 7.2 de la Orden de 25 de septiembre de 2002. (§ A.42)

---

<sup>13</sup> Punto eliminado por las alegaciones presentadas

- 55 Las ofertas y derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados se registran fuera de los plazos establecidos, sin que conste justificación al respecto. (§ A.46 y cuadros nº11 y 12)

***Sobre las medidas establecidas para el acceso a la información personalizada de los ciudadanos sobre su situación en el registro***

- 56 Se constata la insuficiente utilidad de la información facilitada en la página web de la CAA. El paciente no dispone de una referencia real sobre el tiempo de espera que deberá soportar y, únicamente, incluye las inscripciones de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado.

### **6.3. Conclusiones sobre los instrumentos de planificación y medidas de mejora y de actuación**

***Sobre el contenido de los instrumentos de planificación***

- 57 Los Contratos Programa (CP) y los Acuerdos de Gestión Clínica correspondientes a los ejercicios 2018 y 2019, no recogen toda la información necesaria para una adecuada planificación, seguimiento y para la toma de decisiones en relación con la gestión de la LEQ, debido a:

-La ausencia de objetivos e indicadores propuestos relacionados con la organización de los recursos para la actividad quirúrgica, en general, y con la financiación destinada al control de la demanda y la reducción de los tiempos de demora, en particular. Los objetivos económicos diseñados son comunes a la totalidad de la actividad asistencial del hospital, lo cual impide relacionarlos o coordinarlos con los objetivos específicos de accesibilidad en la prestación quirúrgica.

-No contemplan medidas planteadas desde la organización de los servicios, como el desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en el ámbito de la Atención primaria, que supone una herramienta de mejora en la eficiencia.

-Los objetivos planteados en los Acuerdos de Gestión Clínica no complementan los de los CP ni consideran las circunstancias particulares de cada una de las especialidades asignadas al centro.

-Para el ejercicio 2019, los CP no aprueban objetivos de mejora en la gestión de la LEQ, lo que impide conocer las estrategias de actuación y la capacidad de respuesta en la actividad quirúrgica, llevadas a cabo durante ese periodo. (§ A.53, § A.54, § A.76 y Anexo 9.6)

***Sobre el análisis de los objetivos e indicadores de los CP***

- 58 La gestión de la LEQ persigue dos objetivos fundamentales que proyectan la accesibilidad o la atención sanitaria a los hospitales:

- Dar cumplimiento al Decreto 2001, de garantía de tiempos de respuesta.
- Resolver los procedimientos quirúrgicos no garantizados con esperas superiores a los 365 días.

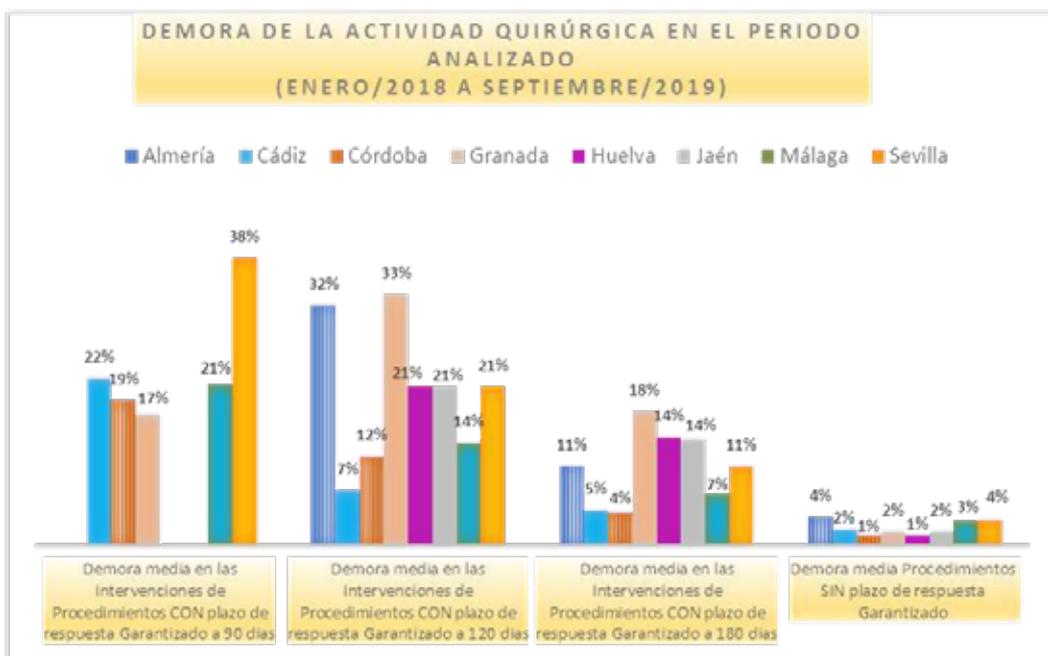
Para ello la Administración sanitaria determina, como objetivos básicos en los CP y en los Acuerdos de Gestión Clínica (**Anexo 9.6**), que no haya:

- Ningún paciente pendiente de un procedimiento incluido en el Anexo 1 del Decreto 209/2001 y Ordenes de desarrollo, en situación de programables que superen los plazos establecidos.
- Ningún paciente pendiente de un procedimiento no garantizado, en situación de programable, con más de 365 días.

Los siguientes puntos exponen las conclusiones obtenidas del análisis de los objetivos citados.

- 59 Se incumple la normativa que regula los procedimientos con garantía en el tiempo de respuesta y, consecuentemente uno de los objetivos propuestos por los CP.

El gráfico nº 1 resume el total de las inscripciones con demora registradas en los hospitales del SSPA, clasificado por provincias. El porcentaje de inscripciones con demora<sup>14</sup>, del total de los hospitales del SSPA, alcanza un 26% en los procedimientos con garantía de respuesta de 90 días, un 19% en los de 120 días y un 10% en los de 180 días. Los promedios de demora en días alcanzan los 26, 40, 45, respectivamente. (**Anexo 9.8.1**)



Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

Gráfico nº1

<sup>14</sup> Tiempo que transcurre desde la indicación médica hasta que la asistencia tiene lugar. Refleja la capacidad de proporcionar la asistencia necesaria en el tiempo adecuado.

60 En relación con los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 120 días:

- Los hospitales del SSPA que presentan un mayor grado de incumplimiento son: el HAR de Loja, con un 59% de inscripciones demoradas y una media de 40 días y los hospitales de: La Axarquía, San Cecilio y La Inmaculada con un 48%, 45%, 41% y una demora media 25, 72 y 151 días, respectivamente.
- De los nueve hospitales seleccionados, la especialidad de Urología del hospital de Baza con 140 días de demora sobre el plazo garantizado y la Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del hospital de San Juan de la Cruz con 115 días de demora, son las que presentan los retrasos más significativos, del total especialidades de los nueve hospitales seleccionados.

En relación con los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 180 días:

- Los hospitales del SSPA que presentan un mayor grado de incumplimiento son el hospital San Cecilio con un 23% de inscripciones demoradas y una media de 81 días y el hospital de Jaén, con un 20% y una media de 67 días.
- De los nueve hospitales seleccionados, la COT de los hospitales de Baza y Poniente, presenta el mayor retraso, con 120 días, respectivamente.

Respecto a los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta, el límite del plazo de respuesta establecido en los CP y Acuerdos de Gestión Clínica es de 365 días. El resultado en los hospitales del SSPA, no muestra un número elevado de pacientes intervenidos con demora, siendo el hospital de Antequera con un 17% de inscripciones intervenidas y 439 días, el que presenta el dato más relevante sobre la demora media. (§ A.58, § A.59 y Anexos 9.8.1 y 9.8.2)

61 En los resultados de los objetivos básicos, influye la actividad quirúrgica desarrollada, resumida en el cuadro nº3:

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL PERIODO ANALIZADO  
(ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

Provincia	ALTAS EN RDQ: INSCRIPCIONES			BAJAS DEL RDQ			PACIENTES PENDIENTES (3)	
	Total Inscripciones	Procedimientos CON plazo de respuesta (%)	Procedimientos SIN plazo de respuesta (%)	Intervenciones realizadas en procedimientos CON plazo de respuesta (1) (%)	Intervenciones realizadas en procedimientos SIN plazo de respuesta (1) (%)	Otras causas (2) (%)	Total Inscripciones pendientes	Inscripciones Pendientes (%)
Almería	64.276	54%	46%	70%	71%	9%	11.069	20%
Cádiz	141.170	53%	47%	76%	75%	10%	20.335	14%
Córdoba	100.043	43%	57%	80%	74%	11%	12.783	13%
Granada	114.067	51%	49%	74%	76%	9%	18.169	16%
Huelva	48.635	49%	51%	71%	73%	11%	8.104	17%
Jaén	63.567	59%	41%	74%	76%	9%	10.051	16%
Málaga	156.138	49%	51%	78%	73%	9%	25.146	16%
Sevilla	234.173	53%	47%	74%	75%	9%	39.697	17%
<b>ANDALUCÍA</b>	<b>922.069</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>	<b>75%</b>	<b>74%</b>	<b>9%</b>	<b>145.354</b>	<b>16%</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica. Elaboración: CCA

Cuadro nº3

(1) **Rendimiento quirúrgico:** Intervenciones realizadas /Total Inscripciones

(2) **Movimientos Registro de Demanda Quirúrgica:** Otras causas de baja (éxito, voluntad del paciente, decisión del facultativo) / Total Inscripciones

(3) **Pacientes Pendientes:** Total inscripciones - Intervenciones realizadas - Otras causas de bajas

La actividad quirúrgica de los procedimientos con garantía de respuesta de los hospitales de la Serranía, Puerto Real, Lebrija y Valle del Guadiato, supera a la de los procedimientos no garantizados en 16, 12, 12 y 10 puntos porcentuales, respectivamente. Aunque el establecimiento de garantizar plazos máximos de respuesta para determinados procedimientos, mejora parcialmente y a corto plazo los resultados de la LEQ, las diferencias señaladas indican que los hospitales, al objeto de cumplir con la normativa, no garantizan la equidad en el acceso de los pacientes pendientes de una intervención no sujeta a plazo de respuesta.

A nivel de las especialidades, incluidas en las carteras de servicios de los nueve hospitales seleccionados, los porcentajes más bajos de actividad desarrollada se producen en las especialidades de COT, con un 66%, OTR y Urología, ambas con un 70%, cuando las especialidades que representan el volumen más significativo de inscripciones son Oftalmología (OFT), Cirugía General y Aparato Digestivo (en adelante, Cirugía Gral y A.D) y COT (§.56, § A.57 y Anexos 9.4.1 y 9.4.2)

- 62** Como desarrollo de los objetivos básicos, los CP prevén el indicador que establece que no debe superarse el 10%, en el año 2018 y el 5%, en el año 2019, de los pacientes en TNP para cada una de las especialidades.

Durante el periodo que se fiscaliza, de los nueve hospitales seleccionados, salvo el hospital Virgen de la Victoria, el resto superan el 5% de pacientes en situación TNP para los procedimientos en la garantía de plazo respuesta durante el periodo fiscalizado. En cambio, en los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta, ninguno supera el límite en los porcentajes.

Excepto el hospital Virgen de la Victoria, el resto de hospitales presentan unas diferencias, que van desde los 5 puntos porcentuales que reflejan los hospitales Baza y Virgen del Rocío, hasta los 10 del hospital de San Juan de la Cruz y los 12 del hospital de Montilla, en los porcentajes de los pacientes en situación de TNP de los procedimientos con garantía de plazo de respuesta respecto a los procedimientos sin garantía. Estas diferencias reflejan qué, con el fin de evitar el incumplimiento del plazo de respuesta, se registra al paciente en TNP sin que quede debidamente acreditada la causa o justificación que origina este cambio en la situación del paciente. (§ A.62 y Anexo 9.10.2).

- 63** Como herramienta de eficiencia, los CP del año 2018 contiene objetivos que determinan algunas medidas de mejoras en la gestión de la accesibilidad en la LEQ.

El diseño de los indicadores presenta determinadas lagunas que constatan que, su contenido no incluye todos los elementos necesarios para una adecuada medición en los resultados de los objetivos que definen:

En la programación de la actividad, para el criterio de la antigüedad que constituye el indicador del objetivo gestión de cola de la LEQ, no se considera como variables a los pacientes registrados en situación TNP con un elevado tiempo medio de espera ni excluye a los pacientes con prioridad asistencial preferente y/o las urgencias diferidas, cuando estos han de disponer de los mismos quirófanos que los pacientes programables.

No se puede concluir sobre el nivel de eficiencia alcanzado en el indicador de ocupación de los quirófanos, sin contemplar datos relacionados con la proporción y las causas de las intervenciones programadas suspendidas, así como considerar aspectos que influyen en la programación y en la asignación de las sesiones quirúrgicas (en una misma sesión se mezclan procesos de alta complejidad que requieren más recursos que los de menor complejidad).

En la comparación de los datos relativos al número de indicaciones (prescripciones) quirúrgicas por facultativo y porcentajes sobre su servicio/especialidad, hay que considerar los factores que influyen en un grado alto del indicador, como son volumen y la frecuencia de determinados procedimientos (cataratas, prótesis de rodilla, etc.) y el número de facultativos asignados a esa unidad, dato que no se contempla en el indicador propuesto (§ A.64 al § A.68 y Anexo 9.6)

#### ***Sobre la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa***

- 64 El cuadro de mandos no incluye todos los objetivos previstos en el CP de 2018, lo cual impide el seguimiento de los indicadores de gestión y una evaluación íntegra del grado de consecución de los objetivos propuestos.

A los efectos de la evaluación, si el hospital no presenta en los periodos establecidos los datos necesarios para la valoración de los objetivos, el SAS lo considera como un incumplimiento de los mismos. Es por ello que la información aportada sobre la evaluación de los objetivos básicos de los CP de 2018, no consten los resultados efectivos. (§ A.69 a § A.71 y cuadro nº 13)

#### ***Sobre las medidas establecidas para el control de la lista de espera***

65 <sup>15</sup>

- 66 Se establece que todo diagnóstico de un proceso que requiera de un procedimiento de cirugía menor ambulatoria (cma) debe ser atendido en el ámbito de Atención Primaria, salvo que concurra alguno de los criterios establecidos para que se lleven a cabo en Atención Hospitalaria<sup>16</sup>.

En los nueve hospitales seleccionados, se han realizado 17.503 intervenciones correspondientes a procedimientos codificados como cma, de las cuales 4.606 se han llevado a cabo mediante cirugía mayor ambulatoria (CMA) y 10.766 con hospitalización. Respecto a estas son difícil de distinguir con las que corresponden a procesos asociados a una intervención en el mismo momento quirúrgico, excluidas del Registro de Demanda quirúrgica.

Los hospitales, salvo contraindicaciones o patología del paciente, por criterios de eficacia (reducir la demanda quirúrgica) deben limitar en su ámbito las intervenciones de cma. En el caso de realizarse en los hospitales, por criterio de eficiencia, han de potenciar la práctica de la cma a través de los servicios de enfermería, sin que ello suponga el registro de esas intervenciones como CMA u hospitalización, ya que desvirtúan su naturaleza e imposibilitan el seguimiento y control económico de los recursos utilizados por cada procedimiento. (§ A.77, § A.78 y cuadro nº 15).

<sup>15</sup> Punto eliminado por la alegación presentada.

<sup>16</sup> Localización de la lesión: en zonas de riesgo anatómico funcional y estético o localizaciones con riesgo de daño vascular o nervioso, tiempo de duración de la cirugía: procedimientos cuya realización requiera un tiempo superior a una hora, intervenciones que impidan el retorno del paciente a su domicilio tras la cirugía, etc.

## 7. RECOMENDACIONES

- 67** *Las listas de espera son un claro ejemplo de sistema de información para la toma de decisiones, por lo que resulta necesaria la normalización de los datos y su actualización permanente. Para ello se recomienda al SAS:*

*La aprobación de directivas o instrucciones internas que desarrollen la aplicación de la normativa vigente relativa a seguridad, interoperabilidad, protección de datos, la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica y del aplicativo que lo sustenta.*

*El establecimiento de mecanismos para evitar o mitigar el riesgo inherente al acceso directo a producción.*

*La inclusión en los planes estratégicos de actualizaciones o sustitución de los sistemas operativos, gestores de bases de datos y software que se encuentren fuera del ciclo de vida de forma proactiva.*

*La adecuación a las previsiones de la normativa del Esquema Nacional de Seguridad de la gestión de los registros secuenciales de eventos o acciones (log) de los servidores, y la elaboración y aprobación de políticas de seguridad, incluidas la gestión de copias, Plan de Continuidad de Negocio, que desarrolle un Plan de Recuperación de Desastres.*

*Controlar la secuencia histórica de los eventos asociados a una inscripción contemplados en la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica.*

*Revisar y adaptar el procedimiento previsto a la actualización de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica y a la simplificación de la gestión, eliminando documentos prescindibles.*

*Realizar un control y seguimiento continuo sobre la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, al objeto de que su cumplimentación sea veraz fiable y exhaustiva en todos sus campos y eventos. (§ 37, § 38, § 43 y § 45 a § 49)*

- 68** *La LEQ ha de incluir los procesos con indicación quirúrgica cierta, establecida por un médico especialista, tras haber sopesado riesgos y beneficios. Como medida de eficacia, no deberían registrarse en el Registro de Demanda Quirúrgica, los procesos que no están en situación de intervenir, aunque previsiblemente puedan estarlo en un futuro. (§ 42 y § 47)*

- 69** *Ha de potenciarse y/o incentivar, mediante objetivos, la realización de las inscripciones por los facultativos. Esta acción otorga integridad y veracidad a la información de la demanda existente, simplifica los trámites burocráticos, disminuye incorrecciones en el proceso de inscripción y posibilita al paciente la obtención de información sobre el procedimiento indicado (inscripción cierta, y tiempo en el registro), además de evitar desplazamientos para la presentación de solicitud o la pérdida del documento, que demorarían el inicio del procedimiento y conlleva un coste adicional. (§ 40, § 42 y § 56)*

- 70** *Trabajar conjuntamente con los servicios de documentación la codificación de procedimientos por especialidad que asegure la calidad de los datos incluidos en el registro y facilite la identificación de los mismos. (§ 42)*
- 71** *Se recomienda modificar el procedimiento de confirmación de cita a pacientes. La adecuada comunicación con el paciente redundará en el conocimiento de renuncias o aplazamientos y permite realizar las pertinentes reprogramaciones de las intervenciones suspendidas, a fin de evitar una ineficiente gestión de los recursos. (§ 44)*
- 72** *Es necesario realizar el mismo tratamiento exhaustivo para el alta como para la baja y el registro de la situación de TNP en el Registro de Demanda Quirúrgica, es decir obtener evidencia documental y expresa de la voluntad del paciente y/o del facultativo. Además, como medidas de eficacia (para evitar trámites burocráticos) y eficiencia (no dimensionar la carga de trabajo), la solicitud de inscripción debiera incluir, con un límite de plazo, que la demora voluntaria o la no presentación del paciente en alguno de los momentos de la programación quirúrgica sin existir una causa que lo justifique, se considerarán motivos de baja en Registro de Demanda Quirúrgica, siempre que conste comunicación fehaciente de esas circunstancias. (§ 41, § 52 y § 54)*
- 73** *Han de establecerse medidas para la interconexión de la información o registro de fallecimientos, en orden a mejorar la integridad y validez de los datos del Registro de Demanda Quirúrgica y la eficacia en la gestión. (§ 42)*
- 74** *Con el fin de no presentar una información distorsionada, con más pacientes, pero con menos demora, los procedimientos excluidos, expresamente, según la norma de aplicación, debieran excluirse del Registro de Demanda Quirúrgica. (§ 45, § 51 y § 53)*
- 75** *Para una adecuada planificación, es necesario supeditar la asignación de los recursos para la actividad quirúrgica programada a la determinación de los objetivos de actuación, definidos en los CPy en los Acuerdos de Gestión Clínica.*
- La ejecución de los CP debe ir seguida de una evaluación de resultados junto con el establecimiento de medidas comunes para la financiación de su aplicación. Se recomienda arbitrar las medidas para recuperar el Cuadro de Mando, que supone la herramienta de control que permite al SAS realizar el seguimiento de los indicadores de gestión y una evaluación general del grado de consecución de los objetivos de todos los hospitales. (§ 57 y § 64)*
- 76** *Se recomienda revisar factores y variables que puedan influir en el cumplimiento de objetivos relacionados con la programación quirúrgica (gestión de cola de los procesos quirúrgicos con y sin garantía en el plazo de respuesta, rendimiento de mínimo de actividad en los quirófanos, etc), teniendo en cuenta parámetros de complejidad y disponibilidad de recursos y fomentar mayor participación de los profesionales de las UGCs o Servicios de especialidades en el diseño de los objetivos de gestión de la demanda quirúrgica y los tiempos de demora. (§ 63)*
- 77** *Como medida de eficiencia, se recomienda la implantación del programa de cma, por igual, en todos los centros de Atención Primaria y la adopción de medidas para que quede debidamente justificada la realización de este proceso quirúrgico en el ámbito hospitalario y no afecte a la programación de agendas y al uso de salas quirúrgicas para estos procedimientos. (§ 48)*

**78** Para el seguimiento y control de la modalidad económica de la actividad realizada se deben cumplimentar y detallar, de forma exhaustiva, el parte de quirófano y la hoja quirúrgica en la Historia Clínica Electrónica. (§ 47)

**79** Deben tenerse en cuenta para ser revisados, los riesgos y deficiencias señalados en el informe técnico sobre el "Análisis de la situación y propuestas de mejora de las listas de espera de 2017", elaborado por una Comisión Profesional para la Gestión de la Listas de Espera en el SSPA<sup>17</sup>. Entre otros, se ha constatado durante la fiscalización, que se mantienen como riesgos potenciales:

- El Decreto 128/1997, que regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el SSPA no desarrolla los criterios que delimiten el acceso a uno u otro hospital ofertados, provocando una penalización en el incremento de la demanda para los centros con mayor atracción.

- Déficit de quirófanos disponibles y de facultativos. En particular, hay dificultades en cubrir puestos vacantes en determinadas especialidades (anestesiología, traumatología, cirugía general, cardiovascular), siendo alguna de estas situaciones motivo de suspensión y reprogramación de intervenciones. La falta de disponibilidad de quirófanos recursos origina su uso alternativo para la cirugía programada con las urgencias, sin posibilidad de establecer una distinción válida.

- Alta movilidad de profesionales en el desarrollo de la actividad del centro, lo que dificulta el conocimiento exacto del coste correspondiente a cada prestación asistencial.

- No hay implantación de los sistemas de información propios del SSPA en los centros privados concertados, ocasionando frecuentes duplicidades e ineficiencias ni herramientas administrativas y/o clínicas para analizar y evaluar la actividad sanitaria concertada.

- Los cuadros de mandos actuales no cubren todas las necesidades para la toma de decisiones. Además, el acceso a la información, de forma desagregada, está limitada a cargos intermedios y, en ciertos casos, al personal administrativo, con escasa difusión desde estos hacia el resto de profesionales de las UGCs. (§64, §49 y §A 81)

<sup>17</sup> Constituida formalmente el 29 de noviembre de 2016 por el Consejo de Gobierno, a instancia de la Proposición no de Ley 10-16/PNLP-000067.

## 8. APÉNDICES

### 8.1. Aspectos y factores determinantes en la gestión de la LEQ

**A.1.** El análisis de la gestión de la LEQ requiere una comprensión del ámbito sanitario, en general, y de los múltiples factores y elementos que determinan su existencia y magnitud.

**A.2.** En la organización y planificación de la gestión de la LEQ confluyen con factores externos de difícil o imposible valoración homogénea y, en determinados casos son imprevisibles, tal y como muestra el gráfico nº 2:



Elaboración: CCA

Gráfico nº2

**A.3.** No hay que obviar que, en un sistema sanitario de financiación pública caracterizado por la gratuidad del servicio la financiación es insuficiente. No obstante, hay que considerar que el incremento de producción y de recursos no garantiza la reducción de la LEQ.

Esto debe ser objeto de consideración previa, si tenemos en cuenta que:

- Los servicios sanitarios trabajan a demanda.
- El gasto sanitario es necesario e imprescindible y su progreso es constante, entre otras causas, por la aparición de nuevas enfermedades que justifican la dificultad de limitar su crecimiento.

- Ante la dificultad de limitar el crecimiento del gasto, se encuentra la compleja misión de buscar fórmulas o mecanismos de asignación de presupuestos acordes con las diferentes necesidades de cada centro de gasto<sup>18</sup>.

**A.4.** La visión general que pueden ofrecer los resultados no garantiza la posibilidad de concluir de forma categórica ni recomendar siguiendo un patrón homogéneo, motivado por la elevada variabilidad, la casuística y la complejidad en la práctica clínica.

Son factores que intervienen en los resultados finales que, a su vez, son difíciles de cuantificar y, en determinadas materias, impiden la uniformidad en la sistematización de los procedimientos prescritos por los facultativos. Como ejemplos se señalan:

- La aplicación, en función de la patología u otras causas clínicas, de un tipo de cirugía diferente al predeterminado para el procedimiento concreto, como es el caso de las neoplasias o tumores. Estos conforman los denominados “procesos asistenciales integrados” que, por su naturaleza y dependencia total de la patología del paciente, imposibilita incluirlos con un patrón homogéneo en los procedimientos y en los plazos de respuesta determinados.
- La clasificación de los pacientes en función de la prioridad clínica y la valoración de la urgencia durante la indicación quirúrgica, son aspectos susceptibles de variabilidad, de los que no hay definidos unos criterios específicos ya que resulta una materia difícil de acotar.
- La clasificación por categorías o niveles supone, a priori, un índice que permite identificar los hospitales en grupos con similar estructura y características técnico-asistencial, pero no siempre son homogéneos. De hecho, no todos los hospitales de una categoría son comparables entre sí, bien porque algunas de sus especialidades son referentes de otros centros hospitalarios o, bien, por las variaciones interanuales producidas en la cartera de servicios, en el personal facultativo, en las infraestructuras básicas, etc.

## **8.2. Controles generales de tecnología de la información (CGTI)**

**A.5.** Los controles generales corresponden a las políticas y procedimientos aplicados al sistema de información, incluyendo la infraestructura tecnológica. Suponen una garantía de seguridad, disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información, y establecen un marco general de confianza respecto del funcionamiento de los controles internos en la Aplicación informática que sustenta el proceso de gestión.

**A.6.** La revisión de los controles, identificados como los más relevantes, se ha clasificado en áreas. El cuadro nº 4 muestra la valoración del grado de cumplimiento de 160 cuestiones planteadas y contrastadas:

<sup>18</sup> El modelo de financiación y asignación de recursos a los centros de gasto fija un máximo de autorización de gastos a cada centro, por el que se ha de regir la actividad a realizar, en base a la necesidad estimada de servicios sanitarios para una población concreta.

Área	Cuestiones	No aplica	Satisfactorias	Parcialmente satisfactorias	No satisfactorias
<b>Marco organizativo</b>	54	8	22	6	18
Gestión de cambios en aplicaciones y sistemas	24	0	23	0	1
Operaciones de los sistemas de información	27	0	24	1	2
Controles de acceso a datos y programas	35	1	26	1	7
Continuidad del servicio	20	0	10	2	8
<b>Total de cuestiones</b>	<b>160</b>	<b>5,63%</b>	<b>65,63%</b>	<b>6,25%</b>	<b>22,50%</b>

Fuente: Cuestionario del entorno tecnológico      Elaboración: CCA      Cuadro nº4

A.7. Conforme establece el Real Decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad (ENS) en el ámbito de la Administración Electrónica<sup>19</sup>, se otorga a los sistemas de información del SAS una categorización alta.

Atendiendo a esta premisa y al objeto de obtener una visión global de la eficacia del sistema de información, la interpretación de la información generada de las 160 cuestiones ha de realizarse de forma conjunta con las deficiencias y las observaciones detectadas que se relacionan en el cuadro nº 5:

Área	Deficiencias
<b>Marco organizativo</b>	
Organización y personal de Tecnologías información	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las directivas aplicadas hacen referencia a legislación ya derogada.</li> </ul>
Planificación, políticas y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>No consta un plan estratégico específico del Servicio de Sistema de Información.</li> </ul>
Cumplimiento en la normativa de aplicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>No constan ni se han definido políticas o medidas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Firma electrónica.</li> <li>Gestión de documentos electrónicos conforme a la Norma Tecnológica de Política de Gestión de Documentos Electrónicos.</li> <li>Conservación de documentos digitales a largo plazo.</li> <li>Atribución de competencias para la generación de copias auténticas.</li> </ul> </li> <li>Conforme al Real Decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica: <ul style="list-style-type: none"> <li>No se ha aprobado una política de seguridad ni se ha realizado la auditoria de cumplimiento.</li> <li>En cuanto a la protección de datos, no constan análisis de riesgos de los datos de nivel alto y su impacto (por lo tanto, no se han realizado las pruebas oportunas para comprobar las normas de aplicación asignadas).</li> </ul> </li> </ul>

<sup>19</sup> La determinación de la categoría de un sistema se basa en la valoración del impacto que tendría sobre la organización un incidente que afectara a la seguridad de la información o de los sistemas, con repercusión en la capacidad organizativa para: alcanzar sus objetivos, proteger los activos a su cargo, cumplir sus obligaciones diarias de servicio y respetar la legalidad vigente y los derechos de las personas.

Gestión de cambios en aplicaciones y sistemas <sup>20</sup>	
Desarrollo y mantenimiento de aplicaciones	
Operaciones de los sistemas de información	
Operaciones del Servicio Administración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas operativos y gestores de base de datos fuera del ciclo de vida del producto.</li> </ul>
Acceso a datos y programas (seguridad lógica)	
Procedimientos de gestión de usuarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas operativos y gestores de base de datos fuera del ciclo de vida del producto.</li> </ul>
Seguridad de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se realizan análisis de vulnerabilidad al no tener aprobada directivas de seguridad que desarrollen la normativa de aplicación en la materia.</li> </ul>
Continuidad del servicio	
Copia de Seguridad de datos y sistemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se externalizan las copias de seguridad.</li> <li>• No se realiza pruebas de recuperación.</li> <li>• Las copias no tienen la misma seguridad que los datos originales, tanto en su acceso, almacenamiento como transporte.</li> </ul>
Planes de continuidad y recuperación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No dispone de un Plan de Recuperación de Desastres formal, aunque técnicamente cubre los sistemas informáticos de negocio teniendo identificado los sistemas críticos.</li> <li>• No se realizan pruebas periódicas del plan de recuperación de desastres.</li> <li>• No dispone de un Plan de Continuidad de Negocio.</li> </ul>

Fuente: Cuestionario entorno tecnológico Elaboración: CCA

Cuadro nº 5

### 8.3. Procedimiento aplicado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica

**A.8.** La demanda de la actividad programada se controla a través del Registro de Demanda Quirúrgica (punto 7), en el que se inscriben todos los procedimientos quirúrgicos programados que hayan sido indicados por los facultativos.

**A.9.** La Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica<sup>21</sup> es el soporte básico que desarrolla el procedimiento de gestión del Registro de Demanda Quirúrgica.

El SAS explota la información de la aplicación, la cual es exportada al sistema de Información de consultas hospitalarias del SSPA, denominado INFHOS<sup>22</sup> que, da soporte para la evaluación periódica y comparativa de la actividad asistencial hospitalaria.

**A.10.** Las APES sanitarias disponen de una aplicación diferente para la gestión del Registro de demanda quirúrgica, la cual exporta los datos para que se incluyan en la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica.

<sup>20</sup> Cuadro modificado por la alegación presentada.

<sup>21</sup> Incluido en el sistema integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (DIRAYA), que constituye el soporte de la historia clínica electrónica.

<sup>22</sup> Para la actividad asistencial quirúrgica, este sistema se nutre, principalmente, por la Aplicación Informática de Demanda quirúrgica.

**A.11.** Como complemento a la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, se aprueba el Manual de Procedimiento administrativo de la aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica y del Registro de Demanda Quirúrgica (en adelante Manual).

Este documento amplía los procedimientos quirúrgicos, señalados en el punto 8, excluidos del Registro de Demanda Quirúrgica:

- Indicaciones clínicas previstas pero que todavía no generan la necesidad de intervención o no son programables por criterios clínicos o de otra índole.
- Segundos tiempos quirúrgicos inherentes a una primera intervención (siguen obligatoriamente a la primera intervención en un plazo determinado) o procesos asociados a una intervención en el mismo momento quirúrgico.
- Cirugía estética, excepto los procesos de cirugía plástica reparadora incluidos en el Anexo I del Decreto 2001.
- Los procedimientos diagnósticos, excepto determinados procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria.

**A.12.** Los puntos siguientes contienen las observaciones y deficiencias detectadas en la revisión del procedimiento de gestión del RDQ.

Estas comprenden, tal y como se expone en los puntos 30.3 y 31.3, el resultado, por un lado, del análisis de la integridad y grado de fiabilidad de la información obtenida de los registros, correspondiente a los hospitales del SSPA y a los nueve hospitales seleccionados y, por el otro lado, de la verificación realizada, mediante un muestreo de historias clínicas correspondientes a los cinco de los hospitales visitados relacionados en el punto 26, sobre la justificación documental de los movimientos registrales y su adecuación al procedimiento administrativo que lo regula.

El resultado se ha desglosado conforme a la estructura de contenidos e información que, la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica proporciona en relación con la situación del paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica, resumida en el **Anexo 9.3**.

Esta, a su vez, se ha clasificado en las fases o procesos secuenciales que suponen movimientos en los registros de la citada aplicación.

### **Situación del paciente en relación con el centro**

**A.13.** La información que aporta es para distinguir si el hospital es de origen (donde se realiza la indicación por el facultativo e inscripción en el registro), de libre elección o de destino (centro que realiza la intervención).

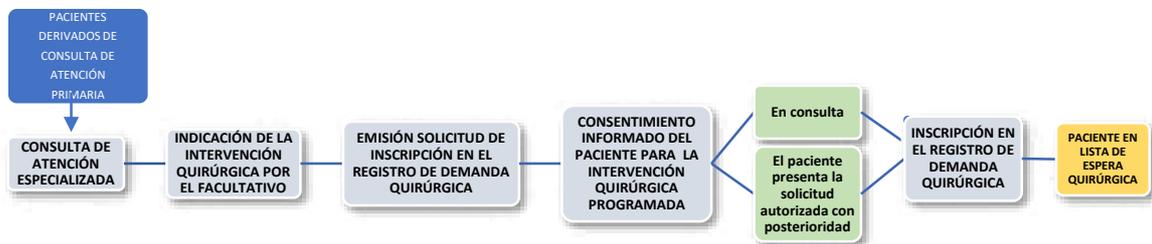
Esta situación no supone una fase o proceso como tal, sino una distinción que determina la responsabilidad de cada centro en relación con las altas y las bajas registradas.

## Situación del paciente en relación con el Registro de Demanda Quirúrgica

### Altas

**A.14.** El proceso de alta del paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica se desarrolla a través de tres trámites secuenciales: indicación quirúrgica por el médico especialista, solicitud de inscripción e inscripción en el registro.

El gráfico nº 3 muestra un resumen del citado proceso.



Elaboración: CCA:

Gráfico nº3

**A.15.** El facultativo, responsable de la indicación quirúrgica, ha de cumplimentar en la solicitud para la inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica, los datos asistenciales<sup>23</sup> que incluyen: el diagnóstico y la codificación del procedimiento que prescribe, la prioridad asistencial (normal o preferente), el tipo de cirugía prevista (con ingreso o ambulatoria) y el tipo de anestesia prevista, así como, las observaciones que puedan condicionar el estudio preoperatorio, el ingreso o la intervención.

**A.16.** De los cinco hospitales visitados, únicamente el Servicio de Documentación Clínica de los hospitales de Riotinto y el Virgen Macarena, antes de proceder al trámite de inscripción revisa la correcta cumplimentación de los datos asistenciales, en concreto la adecuación del procedimiento quirúrgico prescrito al sistema de codificación establecido en la CIE-9<sup>24</sup>.

**A.17.** El paciente ha de firmar la solicitud como justificación del consentimiento informado para la intervención quirúrgica, y salvo, en el caso de que el facultativo no realice la inscripción, ha de presentarla en las unidades responsables del Registro de Demanda Quirúrgica a fin de proceder al trámite de inscripción.

Este sistema, establecido en los cinco hospitales visitados, se supone excepcional, ya que el art. 21 de la Orden de 2002 establece que, a fin de evitar desplazamientos adicionales a los pacientes o pérdidas de los documentos, los hospitales han de arbitrar las medidas necesarias que permitan la recogida diaria y conjunta de los documentos de solicitud generados en las consultas de especialidades y firmados por el paciente.

<sup>23</sup> En función de la información incluida en la historia clínica que, junto con la anamnesis y/o exploración clínica, confirmen la indicación quirúrgica.

<sup>24</sup> Clasificación de enfermedades y procedimientos utilizada en la codificación de información clínica derivada de la asistencia sanitaria.

**A.18.** Para la fase de inscripción, el procedimiento regulado y aplicado no contempla que el facultativo registre al paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica a través de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, ocasionando las siguientes incidencias detectadas:

- Provoca una elevada carga de trabajo y la existencia de incorrecciones en el proceso de grabación.
- Impide verificar si todas las indicaciones quirúrgicas propuestas por los facultativos han sido inscritas en el Registro de Demanda Quirúrgica.
- Que el facultativo prescriba el procedimiento, pero no facilite al paciente el documento de solicitud de inscripción para su firma.
- Que el paciente, por olvido o pérdida, no presente el documento de solicitud para su registro.
- Que el paciente no reciba el documento de inscripción de la intervención quirúrgica prescrita. Se prevé que una copia de la inscripción es para el paciente, para su entrega en mano o para su envío por correo certificado, pero en los hospitales de Montilla, Virgen Macarena y los centros periféricos del hospital de Puerto Real, el paciente solo recibe copia de la solicitud sellada, como justificación de su presentación en el Servicio responsable del registro.
- Posibilita dilatar el trámite de la inscripción.

**A.19.** Aunque, la posibilidad de que el facultativo inscriba al paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica está operativa desde julio de 2015, durante el periodo fiscalizado la activación es escasa.

Del total de inscripciones de los hospitales del SSPA, solo un 21% de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado y un 19% de los procedimientos sin garantía han sido registradas por el facultativo, tal y como refleja el **Anexo 9.4.1**.

Por especialidades de los hospitales seleccionados (**Anexo 9.4.2**), excepto el hospital Virgen Macarena que presenta un porcentaje del 20%, el resto no supera el 6% de inscripciones registradas por los facultativos.

En las especialidades con mayor volumen de inscripciones de los nueve hospitales seleccionados: Oftalmología (OFT), Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) y Cirugía General y Aparato Digestivo (Cirugía Gral y AD), las inscripciones realizadas por los facultativos es inexistente o representa un mínimo porcentaje, exceptuando la especialidad de OFT del hospital de San Juan de la Cruz y la de Cirugía Gral y AD de los hospitales Virgen de la Victoria y Virgen Macarena, que presentan un 17%, 17% y un 49%, respectivamente, de inscripciones realizadas por los facultativos.

Hay que señalar que, el SAS no dispone de información sobre la activación de esta opción en los hospitales del SSPA. De hecho, de los hospitales visitados, excepto los hospitales de San Juan de la Cruz y Virgen de la Macarena, el resto desconocían esta opción.

**A.20.** La normativa vigente propicia la posibilidad de diferir el trámite de la inscripción:

- El art. 22 de la Orden 2002 establece que la fecha de inscripción ha de ser la de la indicación realizada o, en su caso, la de presentación de la solicitud. Los hospitales de Montilla y San Juan de la Cruz registran cómo una única fecha la de la presentación de la solicitud, distorsionando el proceso secuencial previsto para las altas en el registro de Demanda Quirúrgica.
- El paciente ha de presentar en el servicio responsable la solicitud de inscripción firmada (punto A.18). La normativa reguladora no determina un plazo máximo de presentación, lo que ha ocasionado que del total de los hospitales del SSPA, tal y como refleja el cuadro nº 6, haya 429 inscripciones en las que se superan los 100 días de diferencia entre la indicación de la intervención quirúrgica programada y la solicitud de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica.

Área Hospitalaria Responsable	Con Garantía			Sin Garantía		
	>30 días	>100 días	Máximo días	>30 días	>100 días	Máximo días
H. A. R. El Toyo	1	1	128	-	-	-
H. U. Puerta del Mar	49	30	2.556	75	44	2.191
H. U. de Jerez de la Frontera	1	0	50	1	1	138
H. U. de Puerto Real	2	0	6.787	1	0	37
H. Santa. María Del Puerto	4	2	49	6	4	6.756
H. Virgen de las Montañas	-	-	-	1	1	6.575
H. Infanta Margarita	7	0	53	-	-	-
H. de Montilla	2	0	95	-	-	-
H. A. R. Valle del Guadiato	-	-	-	1	1	110
H. U. San Cecilio	18	11	926	11	5	1.076
H. U. Virgen de las Nieves	18	14	7.001	7	6	467
H. Infanta Elena	9	3	502	3	1	353
H. U. Juan Ramón Jiménez	17	7	273	4	1	170
H. U. de Jaén	1	0	40	13	5	295
H. San Juan de la Cruz	-	-	-	1	0	99
H. de la Serranía	-	-	-	1	0	82
H. U. Regional de Málaga	2	1	365	2	1	315
H. de La Axarquía	35	24	571	27	11	763
H. U. Virgen de la Victoria	75	28	510	440	136	7.013
H. Costa del Sol	-	-	-	1	1	7.060
H. U. Virgen del Rocío	115	41	542	127	27	493
H. U. Virgen de Valme	-	-	-	1	1	125
H. U. Virgen Macarena	1	1	109	-	-	-
H. A. R. de Lebrija	24	11	6.962	18	9	6.849
<b>Total</b>	<b>381</b>	<b>174</b>	<b>-</b>	<b>741</b>		<b>-</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Cuadro nº6

Elaboración: CCA

**A.21.** Se incumple el art. 23.1 de la Orden de 2002, que prevé un plazo máximo de 30 días para inscribir las solicitudes recibidas. Según muestra el cuadro nº 7, de los 188 casos detectados en los hospitales del SSPA, en 35 inscripciones con plazo de respuesta garantizado y 26 sin garantía se superan los 100 días de diferencia.

Área Hospitalaria Responsable	Con Garantía			Sin Garantía		
	>30 días	>100 días	Máximo días	>30 días	>100 días	Máximo días
H. La Inmaculada	27	10	182	5	1	104
A.G.S. Campo de Gibraltar (*)	5	2	241	9	6	315
H. U. de Jerez de la Frontera	11	2	489	7	0	75
H. Valle de los Pedroches	1	0	32	-	-	-
H. U. San Cecilio	4	2	347	3	0	64
H. Santa Ana	1	1	232	-	-	-
H. U. Virgen de las Nieves	3	2	183	2	1	478
H. U. Juan Ramón Jiménez	19	3	191	18	1	107
H. U. Regional de Málaga	-	-	-	1	0	47
H. U. Virgen de la Victoria	28	9	591	20	13	403
H. U. Virgen del Rocío	1	0	49	1	0	64
H. U. Virgen de Valme	14	4	220	6	3	143
H. U. Virgen Macarena	1	0	57	1	1	183
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>35</b>	<b>-</b>	<b>73</b>	<b>26</b>	<b>-</b>

**Fuente:** Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
**Elaboración:** CCA

**Cuadro nº 7**

(\*) Agrupa los hospitales de Punta Europa y de la Línea de la Concepción

**A.22.** El documento de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica ha de contener información sobre el origen de la indicación facultativa (consultas externas, hospitalización o urgencias), la prioridad asistencial (normal o preferente) y el tipo de cirugía prevista (con ingreso de hospitalización o ambulatoria).

La Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, predetermina los campos correspondientes al origen de indicación y a la prioridad asistencial en "consulta externa" y "normal", respectivamente, lo que obliga al usuario a seleccionar el campo correcto para adecuarlo a los datos asistenciales incluidos en la solicitud de inscripción (punto A.15).

En los cinco hospitales visitados constan 10.295 intervenciones, un 18% sobre el total, realizadas en los 9 primeros días tras la inscripción del paciente, con origen de indicación consultas externas y preferencia asistencial normal. Destacan los hospitales Virgen Macarena y San Juan de la Cruz con un 24% de las 35.036 y un 17% de las 8.238 intervenciones realizadas en el centro.

Según la muestra de historias clínicas revisadas, constan 30 intervenciones realizadas (4 del hospital de Puerto Real, 6 Montilla, 2 Riotinto y 9 San Juan de la Cruz y Virgen Macarena) con carácter urgente, cuando el origen de indicación y la prioridad según el documento de inscripción, corresponde a consultas externas y prioridad normal y, además, en uno de los casos señalados de los hospitales de Puerto Real y de Montilla, y en tres de los del hospital de Riotinto, no disponen de la información que justificara la situación.

**A.23.** En la muestra analizada de los cinco hospitales visitados, se han detectado errores e irregularidades en relación con el proceso de grabación de esta fase que, aisladamente no son significativos, pero igual que ocurre en el punto anterior, suponen deficiencias en la funcionalidad de la aplicación informática:

- El hospital de Puerto Real, para poder dar de alta a un paciente de la que no se disponía de la solicitud de inscripción, procede a reactivar una inscripción anterior que, a su vez, se dio de baja por reevaluación clínica.
- Los hospitales de Montilla y de San Juan de la Cruz registran, de dos y un paciente, respectivamente, en la misma fecha el alta con su baja por intervención. Estas operaciones corresponden a otras inscripciones que ya habían sido baja por intervención anteriormente y que, para corregir el error, la aplicación posibilita su eliminación del Registro de Demanda Quirúrgica, grabando bajas de las que no consta el documento que acredite tal circunstancia.
- El hospital Virgen Macarena registra, por error, un alta con la fecha de la intervención quirúrgica, en lugar de la fecha de indicación del facultativo o la de presentación de la solicitud, que son las fechas legalmente establecidas.
- En el hospital Virgen de la Victoria se han detectado un total de 29 casos con irregularidades, de los que 20 corresponden a procedimientos con plazo de respuesta garantizado, que afectan a la secuencia lógica en el proceso de inscripción. Por un lado, se procede a la grabación con una fecha anterior a la fecha de inscripción registrada, presentando un desfase que oscila entre 36 y 157 días (para procedimientos sin garantía) o 331 (con garantía). Por el otro lado, hay 10 registros (7 con garantía) en los que constan fechas de inscripción anteriores a la fecha de la solicitud.

**A.24.** La Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica no refleja el tiempo de registro de una inscripción hasta que se graba un nuevo evento que afecte al tiempo de respuesta (TNP, baja en LEQ, derivación a centro concertado, etc.).

El cuadro nº 8 refleja el desglose de 7.102 inscripciones anteriores a 2018 y 11.443 realizadas en 2018, en los hospitales del SSPA, que no registran movimiento desde su alta.

Recuento Inscripciones Área Hospitalaria Responsable	Ejercicio 2018			Ejercicios Anteriores									
	Con Garantía	Sin Garantía	TOTAL	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	TOTAL
H. La Inmaculada	7	203	203	31	-	-	-	-	-	-	-	-	31
H. U. Torrecárdenas	325	1.036	1.036	374	86	8	-	-	-	-	-	-	468
H. de Poniente	195	176	176	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. A.R. El Toyo	1	187	187	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H.U. Puerta del Mar	-	187	187	48	20	16	-	-	-	-	-	-	84
A.G.S. Campo de Gibraltar (*)	68	342	342	246	210	70	56	27	4	3	1	-	617
H. U. de Jerez de la Frontera	14	157	157	56	36	16	7	1	-	-	-	-	116
H. U. de Puerto Real	4	376	376	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. Santa María del Puerto	-	85	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. Virgen de las Montañas	-	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. Virgen del Camino	-	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. U. Reina Sofía	-	759	759	328	275	262	306	115	94	119	54	-	1.553
H. Infanta Margarita	-	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. Valle de los Pedroches	12	22	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. A. R. Valle del Guadiato	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. de Baza	49	13	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. U. San Cecilio	57	505	505	276	78	8	5	1	1	-	1	-	370
H. Santa Ana	-	29	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. U. Virgen de las Nieves	272	611	611	57	53	100	96	109	105	83	84	19	706
H. A. R. de Guadix	-	29	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. A. R. de Loja	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. Infanta Elena	33	73	73	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
H. U. Juan Ramón Jiménez	30	109	109	18	-	-	-	-	-	-	-	-	18
H. de Riotinto	21	80	80	36	3	-	-	1	-	-	-	-	40
H. Alto Guadalquivir	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. U. de Jaén	233	504	504	141	46	42	10	7	11	8	-	-	265
H. San Agustín	53	23	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. San Juan de la Cruz	59	89	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. de Antequera	60	40	40	8	5	2	2	-	-	-	-	-	17
H. de la Serranía	-	24	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. U. Regional de Málaga	60	722	722	268	165	59	26	-	-	-	-	-	518
H. de La Axarquía	27	160	160	36	26	19	6	-	-	-	-	-	87
H. U. Virgen de la Victoria	2	336	336	164	166	101	22	32	18	6	-	-	509
H. Costa del Sol	-	17	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. U. Virgen del Rocío	202	1.141	1.141	634	510	130	4	-	-	-	-	-	1.278
H. U. Virgen de Valme	23	137	137	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. U. Virgen Macarena	14	1.207	1.207	173	56	5	-	-	-	-	-	-	234
H. La Merced	-	182	182	69	84	37	-	-	-	-	-	-	190
H. S. Juan de Dios del Aljarafe	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H. A. R. de Lebrija	-	24	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
<b>TOTAL</b>	<b>1.821</b>	<b>9.622</b>	<b>11.443</b>	<b>2.964</b>	<b>1.819</b>	<b>875</b>	<b>540</b>	<b>293</b>	<b>233</b>	<b>219</b>	<b>140</b>	<b>19</b>	<b>7.102</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Cuadro nº 8

Elaboración: CCA

(\*) Agrupa los hospitales de Punta Europa y de la Línea de la Concepción

**Bajas**

**A.25.** El **Anexo 9.5** refleja las bajas del Registro de Demanda Quirúrgica registradas que, durante el periodo de fiscalización se han registrado en los centros hospitalarios del SSPA, desglosadas por los diferentes motivos establecidos en la normativa.

Intervención quirúrgica

**A.26.** No se ha creado el Registro de procesos asistenciales, previsto en el art. 7.1 del Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de su plazo de respuesta. Las intervenciones quirúrgicas asociadas a estos procesos (neoplasias o tumores) se incluyen en el Registro de Demanda Quirúrgica, lo que distorsiona la demora media de la LEQ, ya que se atienden con la máxima diligencia posible.

**A.27.** Los nueve hospitales seleccionados, excepto los hospitales de Poniente, Riotinto y San Juan de la Cruz, registran un total de 4.491 intervenciones quirúrgicas cuyo origen de indicación es "urgencias", de las que 170 se inscribieron sin la correcta prioridad asistencial, tal y como muestra el cuadro nº 9

Estas intervenciones, denominadas "urgencias diferidas", corresponden a situaciones en las que el paciente accede por Urgencias y, en unos casos, por la falta de quirófano disponible asignado expresamente para este uso y, en otros, por la necesidad de estabilizar al paciente antes de la cirugía, han de programar la intervención dentro de las 72 horas siguientes.

Inscripciones registradas con origen de indicación "urgencias"				
Área Hospitalaria Responsable	Prioridad asistencial: Preferente		Prioridad asistencial: Normal	
	Tiempo Registro ≤ 72 horas	Tiempo Registro > 72 horas	Tiempo Registro ≤ 72 horas	Tiempo Registro > 72 horas
H. U. de Puerto Real	19	12	2	2
H. de Montilla	0	1	0	0
H. de Baza	0	0	0	8
H. U. Virgen de la Victoria	0	0	7	0
H. U. Virgen del Rocío	1.821	370	73	23
H. U. Virgen Macarena	1.802	230	50	5
<b>TOTAL</b>	<b>3.642</b>	<b>613</b>	<b>132</b>	<b>38</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Cuadro nº 9

Elaboración: CCA

Voluntad expresa del paciente

**A.28.** La normativa prevé qué, en caso de baja a petición del paciente, se deje constancia conformada de su voluntad, mediante un documento determinado al efecto.

Se establece que la negativa a la intervención, la demora voluntaria de la misma, la no presentación del paciente en alguno de los momentos de la programación quirúrgica sin existir una causa que lo justifique o estar el paciente ilocalizable, generan la baja del paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica, previa formalización del mismo documento de baja por voluntad del paciente o a través de una comunicación fehaciente de la resolución de la baja.

**A.29.** De las muestras analizadas en los cinco hospitales visitados, consta que el hospital de San Juan de la Cruz, en el caso de no obtener la voluntad expresa del paciente, registran la baja previa conformidad del facultativo que prescribió la intervención.

Del hospital de Puerto Real no se han aportado los documentos que justifican las bajas revisadas y en el hospital Virgen Macarena las bajas de los procedimientos no garantizadas no disponen de la documentación justificativa.

#### Revaluación clínica.

**A.30.** Si el facultativo decide que la intervención es improcedente de modo definitivo, para tramitar la baja del paciente ha de formalizar el mismo documento de baja citado en el punto 28.

En los hospitales Virgen Macarena y Puerto Real, se han detectado las mismas incidencias señaladas en el punto anterior.

#### Éxitus

**A.31.** No consta el establecimiento de medidas para la obtención de la información sobre los fallecimientos de pacientes registrados en LEQ. En la mayoría de los casos, los fallecimientos se conocen al contactar con el paciente para algún trámite relacionados con la intervención.

**A.32.** Cada hospital sufre esta carencia con procedimientos diferentes. Se han detectado algunos casos en los hospitales de Puerto Real y San Juan de la Cruz, que consideraron al paciente ilocalizable y, ante esta situación, se optó por registrar al paciente en situación TNP, manteniendo esta situación durante más de 100 días, tras el fallecimiento.

### **Situación del paciente en relación con la programación de la intervención**

#### **Programable**

**A.33.** Finalizado el estudio preoperatorio, el paciente pasa a ser programable. Con los pacientes en esta situación, los distintos Servicios o UGCs elaboran el "Parte de Quirófano" o programación de las intervenciones.

**A.34.** Una vez confeccionados los partes de quirófano semanales, el servicio del Registro de Demanda Quirúrgica contacta con los pacientes por vía telefónica, dejando constancia del trámite en el apartado de observaciones. En caso de no localización del paciente, el hospital tramita el procedimiento de comunicación fehaciente para el envío de una cita<sup>25</sup>, y se procede a las reservas de quirófano.

<sup>25</sup> El procedimiento de comunicación fehaciente, se produce cuando queda constancia documental cierta de si dicha comunicación se ha producido (deberá quedar además constancia cierta de a quién, cuándo y qué se ha notificado o no (debe quedar constancia cierta de cuándo se han realizado los intentos de comunicación)

**A.35.** La selección de los pacientes para la intervención quirúrgica se realiza atendiendo a la siguiente jerarquía de los dos criterios fundamentales:

**Prioridad clínica**, establecida por el médico especialista en función de la enfermedad de base, limitaciones provocadas por la misma, etc.

Se establecen dos niveles de prioridad clínica:

- Preferente: Pacientes cuyo proceso y situación clínica obliga a un tiempo de espera inferior a la espera media existente para esa patología.
- Normal: Resto de pacientes.

**Antigüedad en lista de espera:** a igual prioridad clínica se intervendrá antes al paciente con mayor permanencia en el Registro de Demanda Quirúrgica.

### **Transitoriamente no programable (TNP)**

**A.36.** La situación del paciente en TNP corresponden a los pacientes pendientes de una intervención quirúrgica que transitoriamente no pueden ser intervenidos, bien a petición del paciente o bien, a criterio del facultativo (reevaluación clínica).

Estos dos casos son los que interrumpen temporalmente el cómputo del tiempo de garantía y el tiempo de antigüedad en el Registro de Demanda Quirúrgica.

### Reevaluación clínica

**A.37.** El Decreto 209/2001 determina como causa de suspensión de la garantía cuando, por circunstancias derivadas de su proceso asistencial o sobreañadidas al mismo, el facultativo decide no llevar a cabo la intervención quirúrgica prevista.

**A.38.** El procedimiento exige que el registro de esta situación o evento y posterior restablecimiento como programable se documente con el motivo, plazo previsto de suspensión y la conformidad expresa del facultativo y que se comunique al paciente.

Excepto en el hospital Virgen Macarena, en los hospitales visitados no se documenta ni se comunica al paciente su paso a situación TNP.

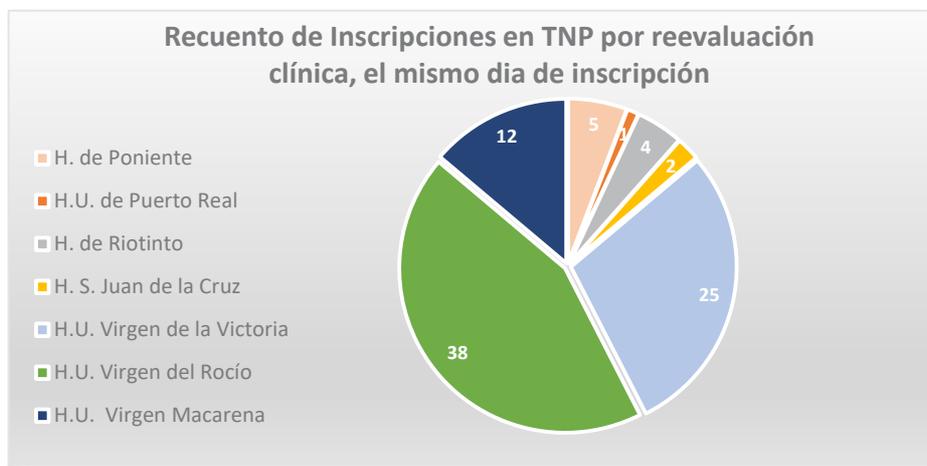
Hay que señalar que, solo para los TNP por reevaluación clínica, la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica permite grabar el evento sin indicar el tiempo de suspensión previsto, lo cual obliga a la reactivación del registro de forma manual. Este sistema conlleva el riesgo de permanencia larga en esta situación tras desaparecer la causa que motivo la suspensión.

**A.39.** La mayoría de los casos de TNP por reevaluación clínica se inician a instancias del servicio de anestesiología con el fin de realizar pruebas complementarias o consultar con otro especialista.

De la muestra revisada sobre la materia, en los hospitales de Riotinto, San Juan de la Cruz y Virgen Macarena constan pacientes registrados en situación TNP por reevaluación clínica sin causa clínica, ya que la justificación es la solicitud por el paciente de la suspensión de la programación.

En el hospital de Montilla solo constan TNP por reevaluación clínica, ya que los casos de TNP solicitados por el paciente, solo se anota en observaciones, pero no se procede al registro del evento ni se documenta.

**A.40.** El gráfico nº 4 muestra los hospitales, de los nueve seleccionados, en los que constan 87 inscripciones en situación TNP por reevaluación que se graban en el mismo día o al día siguiente de realizar el alta del paciente en el Registro de Demanda quirúrgica.



Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

Gráfico nº4

Excepto en el hospital de San Juan de la Cruz que desconocían el motivo de los dos casos registrados, no está justificada la causa clínica que determina la situación en TNP. En la mayoría alegan que se prescribe la intervención bien, supeditándola a las condiciones de mejorar el estado físico del paciente (dejar de fumar, adelgazar, etc.) o bien, porque el procedimiento quirúrgico este incluido en un proceso asistencial integrado que depende de prescripciones de otros servicios (como los oncológicos).

#### Petición del paciente

**A.41.** El cuadro nº 10 refleja las causas y los tiempos de suspensión del cómputo de plazo aparejados que el art. 7.2 de la Orden de 25 de septiembre de 2002, determina como justificativa para registrar al paciente en situación TNP.

Se establece un plazo de 15 días para su presentar, mediante cualquier medio del que quede constancia fehaciente, la justificación de la causa que motivó esa situación.

Causa	Tiempo máximo
Nacimiento o adopción de hijo o nieto	4 días naturales
Matrimonio	15 días naturales
Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar por consanguinidad o afinidad hasta el 4º grado incluido	4 días naturales
Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal	Tiempo estrictamente necesario. (Máximo 15 días)
Fuerza mayor	Tiempo duración de la causa que impida la incomparecencia

Fuente: Decreto 2001

Cuadro nº 10

**A.42.** En los cinco hospitales visitados, la práctica habitual es la siguiente: una vez que el paciente comunica telefónicamente su no disponibilidad para la intervención y solicita la suspensión temporal de la programación quirúrgica, se registra el evento de la situación del paciente en TNP sin dejar constancia de la razón alegada, excepto en el hospital Virgen Macarena que lo reflejan en el campo de observaciones, y sin exigir la justificación de la circunstancia alegada, además de que se admiten otros motivos personales para la suspensión temporal (vacaciones, viajes, trabajo, etc.) no determinados por la normativa reguladora.

**A.43.** El gráfico nº 5 muestra los cinco hospitales, de los nueve seleccionados, en los que concurre la misma circunstancia descrita en el punto A. 40: constan 53 inscripciones en situación TNP a petición del paciente que se graban en el mismo día o al día siguiente de realizar el alta del paciente en el Registro de Demanda quirúrgica.

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

Gráfico nº5

## Situación del paciente en relación con la garantía de plazo de respuesta quirúrgica

### Con garantía del plazo de respuesta quirúrgico en cómputo

**A.44.** El decreto de garantía de plazo de respuesta quirúrgica también es de aplicación a los pacientes que hayan ejercido la libre elección de hospital<sup>26</sup>. La antigüedad de estos pacientes a efectos del registro y de la garantía se computará desde la inscripción de los mismos en el hospital de origen.

No se ha aportado información ni se ha podido cuantificar de los registros de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, los pacientes que han solicitado, han sido enviados y han causado baja en el Registro de Demanda quirúrgica mediante esta opción.

**A.45.** Con el fin de poder complementar el dispositivo asistencial propio, agilizar la LEQ y dar respuesta a la garantía de plazo establecida, se puede ofertar cualquiera de los centros del SSPA o los centros privados concertados<sup>27</sup>, para la realización de la intervención registrada.

**A.46.** El procedimiento determina que la oferta se realizará a partir del mes de la inscripción y hasta los dos meses después de la misma. No se ofertará ni se derivará al paciente a un centro concertado durante el primer mes tras su inscripción, salvo que el mismo lo solicite o, con carácter excepcional, en aquellos casos que las características de la oferta y de la demanda de ese procedimiento en el hospital hagan inviable la intervención en el plazo garantizado.

Los cuadros nº11 y 12 muestran las derivaciones de los pacientes a los conciertos fuera de los plazos establecidos:

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON GARANTÍA INTERVENIDOS EN CENTROS PRIVADOS CONCERTADOS						
Área Hospitalaria Responsable	TOTAL ENVÍOS	Media Días en Registro	< 30 Días en Registro	% S/Total	>60 Días en Registro	% S/Total
H.U. de Puerto Real	3.244	12	2.891	89	159	5
H. de Baza	2	288	0	0	2	100
H. de Riotinto	252	72	34	13	137	54
H.U. Virgen de la Victoria	5.344	27	3.249	61	444	8
H.U. Virgen del Rocío	3.279	6	1.979	60	1.151	35
H.U. Virgen Macarena	6.498	99	661	10	5.200	80
<b>Total</b>	<b>18.619</b>	<b>84</b>	<b>8.814</b>	<b>47</b>	<b>7.093</b>	<b>38</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Cuadro nº 11

Elaboración: CCA

NOTA: Los hospitales de Poniente, Montilla y San Juan de la Cruz no disponen de conciertos

<sup>26</sup> De acuerdo con lo establecido por el Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital, de entre los pertenecientes al SSPA

<sup>27</sup> El Art. 2 de Orden 2002 define el hospital concertado, como el centro hospitalario privado que mantiene un concierto para la asistencia sanitaria y el hospital autoconcertado, como el centro perteneciente a la red hospitalaria pública, que mantiene un autoconcierto con el propio SSPA para la eliminación de las demoras quirúrgicas.

## PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SIN GARANTÍA INTERVENIDOS EN CENTROS PRIVADOS CONCERTADOS

Área Hospitalaria Responsable	TOTAL ENVÍOS	Medía Días en Registro	< 31 Días en Registro	% S/Total	>60 Días en Registro	% S/Total
H.U. de Puerto Real	1.146	38	882	77	217	19
H. de Riotinto	43	104	8	19	32	74
H.U. Virgen de la Victoria	3.895	82	1.351	35	1.958	50
H.U. Virgen del Rocío	1.236	9	333	27	600	49
H.U. Virgen Macarena	2.279	199	342	15	1.743	76
<b>Total</b>	<b>8.599</b>	<b>86</b>	<b>2.916</b>	<b>34</b>	<b>4.550</b>	<b>53</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Cuadro nº 12

Elaboración: CCA

**A.47.** Se constata una falta de criterios y homogeneidad para la asignación y derivación (envío) de los pacientes en LEQ a los centros privados concertados.

En el hospital Virgen Macarena consta el documento de oferta con la aceptación del paciente y envía a concierto todas las intervenciones que no revisten gravedad, en función de la clasificación<sup>28</sup> asignada por el anestesista, con independencia de que sean o no procedimientos con garantía.

En el hospital de Puerto Real, solo se tramita formalmente la aceptación del concierto si el envío se produce en el momento del alta del paciente y el resto de los hospitales ofertan telefónicamente sin que conste evidencia documental de la oferta ni la aceptación del paciente. En ninguno constan criterios para la asignación de los procedimientos ni de los centros privados concertados.

**A.48.** <sup>29</sup>

De los nueve hospitales seleccionados, hay seis que registran intervenciones quirúrgicas realizadas en centros privados concertados, de los cuales solo el hospital Virgen Macarena ha facilitado los siguientes datos: se han realizado un total de 10.091 intervenciones en estos centros, de las cuales 7.207 fueron realizadas por sus médicos y 2.884 con los del centro privado.

Hay que señalar que, este hospital utiliza los centros privados concertados como alquiler de instalaciones quirúrgicas complementarias, ya que la intervención se realiza con personal adscrito al hospital, lo cual no se considera como paciente derivado a un centro concertado. De la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica se desprende que hubo 8.777 envíos a concierto, pero no permite distinguir si la intervención se realizó con médicos del hospital Universitario Virgen Macarena o del hospital privado, aun cuando, en los partes quirúrgicos realizados por personal facultativo propio, en poder del hospital, se puede diferenciar con claridad las intervenciones quirúrgicas de uno u otro tipo<sup>30</sup>.

**Sin garantía: inicial y pérdida de garantía**

**A.49.** El art. 6 de la Orden 2002 establece las causas por las que queda sin efecto la garantía en el plazo de respuesta, sin que implique pérdida de la antigüedad en el Registro de Demanda Quirúrgica.

<sup>28</sup> Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente. Se clasifican por niveles del I al V, siendo este último es que más gravedad reviste.

<sup>29</sup> Párrafos eliminados por la alegación presentada

<sup>30</sup> Párrafo modificado por la alegación presentada

De la muestra revisada se ha constatado que, los hospitales de Puerto Real, Montilla, San Juan de la Cruz y Virgen Macarena registran, 5, 1, 3 y 5 inscripciones sin garantía en el plazo de respuesta, respectivamente, correspondientes a procedimientos con plazo de respuesta quirúrgica inicial, asignados por la normativa reguladora.

Esta incidencia está motivada por la falta de registro de los eventos o acontecimientos que justificarían la pérdida de ese derecho (no residente en Andalucía o acogido a otro sistema distinto a la Seguridad Social, rechazo de concierto, negativa a la intervención, demora voluntaria de la misma o no-presentación del paciente en alguno de los momentos de la programación quirúrgica, sin existir una causa que lo justifique y con requerimiento fehaciente, reevaluación clínica motivado por cambio de procedimiento, etc.).

**A.50.** Las intervenciones quirúrgicas vinculadas a procesos cancerosos (neoplasias, carcinomas, leucemia, etc.), aun cuando se atienden con la máxima diligencia, se registran en la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica con el mismo tratamiento que los procedimientos sin garantía en los plazos de respuesta. No se ha podido obtener las intervenciones realizadas correspondientes a estos procedimientos.

**A.51.** Transcurridos los plazos de respuesta establecidos, el paciente podrá requerir el tratamiento en un centro sanitario privado<sup>31</sup>.

En este supuesto, la Administración Sanitaria ha de realizar el pago de los gastos derivados de la intervención quirúrgica, incluidos los gastos de desplazamiento, si es un centro situado en localidad distinta a la de donde se indicó su intervención, así como los del acompañante y sus dietas. No obstante, los importes máximos aprobados por el Decreto de 2001 no se han actualizado, incumpliendo su Disposición Final Primera, y la diferencia que suponga el coste de la intervención debe asumirla el paciente.

En los hospitales de Poniente, Montilla, Riotinto y S. Juan de la Cruz no ha habido derivaciones de pacientes a centros privados por incumplimiento del plazo garantizado.

Del resto de hospitales seleccionados no se han facilitado información al respecto.

**A.52.** En virtud del art. 4.3 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, las comunidades autónomas harán pública la información sobre listas de espera. El art. 2.2 determina que la lista de espera se configura por los pacientes pendientes de una intervención quirúrgica incluidos en el registro establecido para ello.

En el art. 4.1 se determina la publicación de los datos existentes a 30 de junio y 31 de diciembre de cada año. Se ha constatado que la publicación en la web de la JA, cumple con periodicidad exigida.

La Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica se basa en la introducción de datos en origen, lo que posibilita con su explotación un conocimiento de la situación en tiempo real, pero impide contrastar los registros con los datos publicados del periodo de fiscalización.

<sup>31</sup> Procedimiento desarrollado en los art.11 a 13 de la Orden 2002

## 8.4. Instrumentos de planificación y medidas establecidas para el control de la LEQ

### 8.4.1. Instrumentos de planificación

**A.53.** Como instrumentos de planificación y seguimiento de la LEQ, la Administración Sanitaria fija unos objetivos estratégicos de actuación de la actividad asistencial y de la organización de los recursos, determinados en los Contratos Programa (CP), formalizados por la Dirección Gerencia del SAS con cada hospital, así como, en los Acuerdos de Gestión Clínica que son suscritos por la Dirección Gerencia del hospital y las UGCs.

**A.54.** El **Anexo 9.6** relaciona y describe los objetivos e indicadores que, con relación a la gestión de la LEQ, se han determinado en los CP y en los Acuerdos de Gestión Clínica de los ejercicios 2018 y 2019.

Los puntos siguientes recogen el análisis de los objetivos e indicadores de los CP y de los Acuerdos de Gestión Clínica y los resultados obtenidos, tanto en los hospitales del SSPA como en las especialidades de los nueve hospitales seleccionados.

En la comprobación de los resultados se ha considerado, además de la Aplicación informática para la gestión de la Demanda quirúrgica, la información aportada del sistema de información INFHOS (punto A.9), el cual facilita, junto a otros informes y auditorías realizados por distintas áreas del SAS, los resultados de los que se sirve el SAS para realizar el seguimiento de los indicadores que desarrollan los objetivos del CP.

Hay que matizar que:

- Todos los CP establecen los mismos objetivos.
- Los objetivos propuestos para la gestión de la LEQ correspondientes a los CP del ejercicio 2018 se clasifican en Básicos, Avanzados y Excelente.
- Los CP del ejercicio 2019 y los de los Acuerdos de Gestión Clínica de los ejercicios 2018 y 2019, establecen sólo los dos objetivos Básicos que se describen en el siguiente punto.
- La mayoría de los resultados del trabajo de fiscalización se presentan con el ámbito temporal determinado (enero 2018 a septiembre de 2019), por lo que la información no se ha tratado con comparativas de variación interanual.

**A.55.** Los CP y los Acuerdos de Gestión Clínica, persiguen dos objetivos fundamentales que proyectan la accesibilidad o la atención sanitaria a los hospitales.

- Dar cumplimiento al Decreto 2001, de garantía de tiempos de respuesta.
- Resolver los procedimientos quirúrgicos no garantizados con esperas superiores a los 365 días.

Para ello se propone, como objetivos Básicos, que no haya ningún paciente pendiente de un procedimiento, en situación de programable, que supere los plazos establecidos en la normativa de aplicación para los procedimientos sujetos a garantía en el plazo de respuesta o los 365 días para los procedimientos sin plazo garantizado.

Los **Anexos 9.7 al 9.10** reflejan los resultados, durante el periodo de fiscalización, de los indicadores que evalúan los objetivos citados.

Sobre los resultados de los objetivos de los Acuerdos de Gestión Clínica, debido a la limitación de la información (punto 36) no se ha procedido a concluir, si bien parte de los resultados y las conclusiones que se exponen, están referidas a las distintas especialidades de los nueve hospitales seleccionados, las cuales conforman las UGCs constituidas.

**A.56.** Según refleja el **Anexo 9.7.1**, los hospitales del SSPA alcanzan un porcentaje de actividad del 75%, para los procedimientos con tiempo de respuesta garantizado mientras que los procedimientos sin garantía de respuesta reflejan un punto menos porcentual, justificado, en parte, porque estos abordan patologías con menor prioridad clínica que los garantizados.

Es la provincia de Almería, con un 70%, la que presenta el nivel más reducido de todas las provincias, destacando el 66% y el 68%, respectivamente, de actividad realizada por los hospitales de La Inmaculada y de Poniente.

En los hospitales de la Serranía, Puerto Real y los H.A.R de Lebrija, y Valle del Guadiato, la actividad realizada de los procedimientos con garantía de respuesta supera en 16, 12, 12 y 10 puntos porcentuales, respectivamente, a la actividad de los procedimientos sin garantía.

**A.57.** Las especialidades que coinciden en la cartera de servicios de los nueve hospitales seleccionados son: Cirugía Gral. y AD, COT, Ginecología, OFT, Otorrinolaringología y Urología.

Las que representan mayor volumen de inscripciones son OFT, Cirugía Gral. y AD y COT, mientras que los porcentajes más bajos de actividad desarrollada se producen en las especialidades de COT, con un 66%, Otorrinolaringología y Urología, ambas con un 70%, según consta en el **Anexo 9.7.2**.

**A.58.** El resultado de las demoras<sup>32</sup> en intervenir a los paciente registrados de los hospitales del SSPA, se refleja en el **Anexo 9.8.1**, el cual se clasifica atendiendo a los procedimientos sujetos a los plazos de respuesta previstos en la normativa (90, 120 y 180 días) y a los procedimientos sin garantía de respuesta.

El análisis de la demora se ha dirigido, por un lado, al número de inscripciones intervenidas que han sobrepasado los plazos de garantía correspondientes y, por el otro lado, al número de días que exceden de dichos plazos.

<sup>32</sup> Los tiempos de demora se analizan de una forma longitudinal, desde el alta (inscripción) en el Registro de Demanda Quirúrgica hasta la resolución del proceso (intervención).

El plazo de garantía de 90 días, únicamente, está regulado para los procedimientos de la especialidad de Cirugía Cardiovascular. El porcentaje de inscripciones con demora en Andalucía alcanza un 26% y un promedio de 26 días.

En relación con los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 120 días, los hospitales que presentan un mayor grado de incumplimiento, son: el HAR de Loja, con un 59% de inscripciones demoradas y una media de 40 días y los hospitales de: la Axarquía, San Cecilio y la Inmaculada con un 48%, 45%, 41% y una demora media 25, 72 y 151 días, respectivamente.

De los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 180 días, repite el hospital San Cecilio con un 23% de inscripciones demoradas y una media de 81 días y el hospital de Jaén, con un 20% y una media de 67 días.

Respecto a los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta, el límite del plazo de respuesta establecido en los CP y Acuerdos de Gestión Clínica es de 365 días. El resultado no muestra un número elevado de pacientes intervenidos con demora, siendo el hospital de Antequera con un 17% de inscripciones intervenidas y 439 días, el que presenta el dato más relevante sobre la demora media.

**A.59.** El **Anexo 9.8.2** incluye la misma información referida en el punto anterior, clasificada por especialidades y correspondiente a los nueve hospitales seleccionados.

De los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 120 días, destaca la especialidad de Urología del hospital de Baza que supera en 140 días el plazo garantizado y la COT del hospital de San Juan de la Cruz, con 115 días de demora.

De los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 180 días, son las especialidades de COT de los hospitales de Baza y Poniente las reflejan el mayor retraso en sus intervenciones, 120 días.

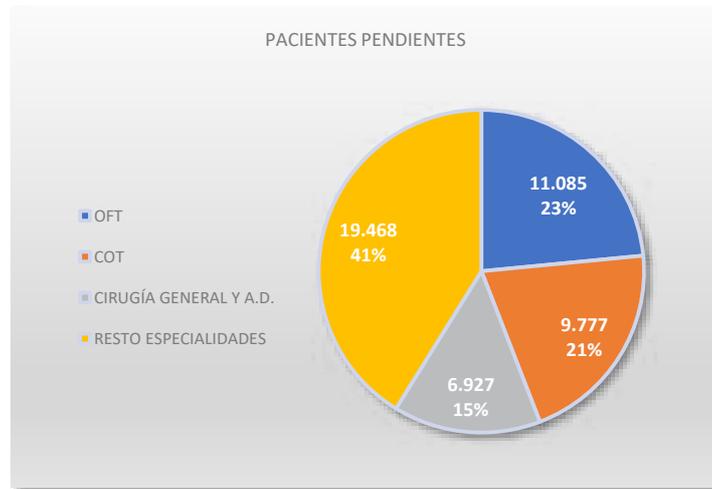
**A.60.** Al término del ámbito temporal fiscalizado, los pacientes pendientes de una intervención en los hospitales del SSPA, alcanzan el 16% del total de pacientes inscritos en el Registro de Demanda Quirúrgica, considerando conjuntamente los de procedimientos con y sin garantía en el plazo de respuesta, con un tiempo de espera medio de 106 días, según el **Anexo 9.9.1**

Destaca la provincia de Almería con un 20% de pacientes pendientes de intervenir y un tiempo medio de espera de 140 días.

A nivel de hospitales, son la Axarquía y San Juan de Dios del Aljarafe los que presentan mayor volumen de pacientes pendientes, un 22% del total, seguidos de La Inmaculada y Torrecárdenas con un 21% y los hospitales de Poniente, de Riotinto, de Jaén y la Serranía de Ronda con un 20%.

Asimismo, los hospitales de Torrecárdenas, la Axarquía y Serranía de Ronda alcanzan, junto a la AGS Campo de Gibraltar (incluye los hospitales de Punta de Europa y la Línea de la Concepción) y Virgen del Camino, los tiempos medios de espera más elevados, con 179, 144, 136, 150 y 146 días, respectivamente.

**A.61.** El gráfico nº 6 muestra de las especialidades que, incluidas en todas las carteras de servicios de los nueve hospitales seleccionados, tienen un mayor número de pacientes pendientes, según los datos incluidos en el **Anexo 9.9.2**.



Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

Gráfico nº6

**A.62.** Como desarrollo de los objetivos básicos (punto A.55), los CP prevén el indicador que establece que no debe superarse el 10%, en el año 2018 y el 5%, en el año 2019, de los pacientes en TNP para cada una de las especialidades.

Según refleja el **Anexo 9.10.2**, excepto el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, el resto de los nueve hospitales seleccionados superan, durante el periodo fiscalizado, el 5% de pacientes en situación TNP para los procedimientos con garantía en el plazo respuesta. En cambio, en los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta, ninguno supera el límite en los porcentajes.

Los hospitales que presentan los porcentajes más elevados de pacientes en TNP son Montilla, San Juan de la Cruz y Puerto Real, con 15%, 11% y 10%, respectivamente.

La OFT del hospital de Montilla representa el porcentaje más representativo, con un 34%, seguida de las especialidades de Cirugía Gral y AD y de COT de los hospitales de San Juan de la Cruz, con un 14% en ambas, y de Puerto Real, con un 16% y un 17%, respectivamente.

**A.63.** En cuanto a la comparativa de los pacientes en TNP por reevaluación clínica en los hospitales del SSPA, incluida en el **Anexo 9.10.1**, destacan los porcentajes, correspondientes a los hospitales de Montilla, AGS Campo de Gibraltar y Jerez de la Frontera, con un 9%, 8,47% y 8%, respectivamente.

**A.64.** Los CP del año 2018 contiene los objetivos Avanzados y de Excelencia (**Anexo 9.6**). Estos determinan las medidas de mejoras que, con distinta perspectiva y la misma finalidad (mejorar la gestión de la accesibilidad en la LEQ), suponen estrategias de actuación dirigidas a:

- Regularizar la programación de las intervenciones mediante criterios de priorización.
- Aumentar el rendimiento quirúrgico, con fórmulas como el uso y la ocupación de los quirófanos y controlar la variabilidad en las indicaciones de los facultativos.

No se ha remitido la información de los resultados correspondiente a estos indicadores, excepto del indicador relacionado con el rendimiento de ocupación. Es por ello que, en los puntos siguientes se señalan los resultados de la revisión realizada sobre su contenido y diseño.

#### **A.65. Garantizar la gestión de cola de la LEQ**

La programación de la actividad quirúrgica se efectúa con base en los pacientes pendientes de intervención a partir de los que figuran como programables (es decir, completada la fase de preanestesia) y a los quirófanos disponibles.

La finalidad es determinar las pautas para que, independientemente de la ejecución del Decreto 2001 de garantía de la respuesta asistencial, se cumpla un riguroso orden de programación quirúrgica con la máxima "para un mismo procedimiento el que tiene más antigüedad en el registro", salvo que existan prioridades asistenciales que recomienden lo contrario.

La Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica incluye un sistema de alertas útiles que, con relación a la programación se encuentran las referidas al número de inscripciones programables, bien con los procedimientos con garantía que cumplen en 30 días o han cumplido o bien, con los procedimientos sin garantía, clasificados por rangos, en referencia al tiempo de registro o al tiempo total, que van desde los que tengan menos de 75 días hasta los que presenten 450 días o más.

No obstante, para el criterio de la antigüedad, que constituye el indicador de este objetivo, tendría que considerarse a los pacientes en situación de TNP registrados con un elevado tiempo medio de espera y excluir a los pacientes con prioridad asistencial preferente y/o las urgencias diferidas (que en determinadas especialidades como la COT representa un número significativo).

#### **A.66. Mejoras en el rendimiento de los quirófanos**

La información aportada corresponde a una comparativa de abril 2018/2019 y agosto 2018/2019, de todos los hospitales del SSPA, cuyos datos han sido polarizados de distintas aplicaciones. Debido a la suspensión de los trabajos de campo (punto 17), no ha sido posible un análisis pormenorizado de las aplicaciones que sustentan la información, por lo que se ha considerado no incluir referencia de los datos aportados.

Las magnitudes principales empleadas para obtener el rendimiento o los tiempos de ocupación de los quirófanos son el número de pacientes por sesión quirúrgica y los tiempos de la sesión quirúrgica. Estos se clasifican en tres periodos<sup>33</sup>, medidos en minutos:

- Tiempo Pre-Quirófano: Tiempo de preparación previo a la entrada del paciente en el quirófano.
- Tiempo Intervención: Duración de la intervención.
- Tiempo Post-Quirófano: Tiempo reanimación y reposición entre pacientes.

<sup>33</sup> Del total ocupación de los quirófanos en cada hospital, se calculan estos tiempos que abarcan desde que el paciente está en preparación antes de quirófano hasta que sale de sala de reanimación.

**A.67.** Aunque en la gestión de la programación quirúrgica influyen factores, como el hecho de que los mismos recursos son utilizados por distintos especialistas y que la duración de las intervenciones es variable al depender de la patología del paciente, no se puede concluir sobre el nivel de eficiencia alcanzado en la ocupación de los quirófanos sin añadir la proporción de intervenciones programadas suspendidas y las causas de suspensión, dato que no se contempla en el indicador propuesto.

**A.68. Mejorar la variabilidad clínica a través del control de las tasas de indicación quirúrgica.**

El SAS no ha aportado los resultados de este objetivo, aludiendo que “no se evaluó .... al ser un indicador que no estaba contemplado en los CP en general”. Los CP de 2018 contemplan este objetivo, tal y como refleja el Anexo 9.6.

El indicador que mide este objetivo, corresponde a las tasas de indicación realizadas sobre las esperadas (estandarizadas en función de su histórico), denominado INDA.

Aunque el indicador proporciona información del número de indicaciones por facultativo y porcentajes sobre su especialidad, a la hora de comparar los datos hay que considerarlos con cautela, ya que hay factores que debieran considerarse porque influyen en un índice alto de indicaciones en la especialidad, como son el volumen y la frecuencia de determinados procedimientos (cataratas, prótesis de rodilla, etc.) y el número de facultativos asignados a esa unidad.

**A.69.** El Cuadro de Mando es una herramienta que permite al SAS realizar el seguimiento de los indicadores de gestión y una evaluación general del grado de consecución de los objetivos propuestos en los CP.

Para el cumplimiento de los objetivos, además de INFHOS (punto A.56), el SAS cuenta con el sistema de información Interhospitales (INIHOS), que proporciona información desagregada por servicios clínicos de cada centro hospitalario del SSPA, permitiendo realizar un seguimiento de la actividad asistencial pública.

**A.70.** A la fecha de redacción del informe, no se ha evaluado el grado de cumplimiento de los objetivos contemplados en los CP del ejercicio 2019.

Respecto a la evaluación de los objetivos que establecen medidas de mejoras en la gestión (Avanzados y de Excelencia), se han remitido varios informes elaborados, la mayoría, por la DGASyRS. El acceso a la información se presenta de forma desagregada, lo cual obstaculiza la visión de conjunto para el análisis del cumplimiento de los objetivos y, aunque supone una fuente de apoyo no se considera una información acreditada para la fiscalización.

**A.71.** El cuadro nº 13 muestra, de los hospitales seleccionados, la evaluación realizada por el SAS, sobre el grado de cumplimiento de los objetivos Básicos de los CP de 2018, incluyendo en cada uno la periodicidad con la que se evalúan los resultados.

INDICADORES	H. de Poniente	H. U. Puerto Real	H. de Montilla	H. de Baza	H. de Riotinto	H. San Juan de la Cruz	H. U. Virgen de la Victoria	H. U. Virgen del Rocío	H. U. Virgen Macarena
Pacientes pendientes de procedimientos garantizados, en situación de programables con más demora de los plazos establecidos legalmente igual a 0; y con un valor del TNP inferior al 10% (Mensual)	0%	42%	42%	0%	0%	8%	0%	0%	0%
Los Directores Gerentes de los centros deberán remitir la hoja del cierre de LEQ, que se le remitirá desde los Servicios de Apoyo, después de incluir las firmas de los Directores de UGC y/o Jefes de Servicio manifestando la conformidad con los datos (Mensual)	0%	42%	83%	42%	8%	0%	42%	42%	17%
Pacientes pendientes de un procedimiento no garantizado en situación de programables con más de 365 días de espera y con TNP < 10% (Mensual)	58%	0%	67%	0%	0%	17%	0%	0%	0%
Respuesta asistencial de las UGC a la demanda quirúrgica. Actividad en relación con los estándares de producción (Cuatrimestral):	S/D	100%	S/D	0%	0%	0%	0%	0%	0%
El índice de resolución de CMA <sup>34</sup> , que las UGCs han de ajustar a los estándares de su grupo (Anual)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	0%

Fuente: INHIOS

Cuadro nº 13

Elaboración: CCA

Los periodos en los que no ha sido posible su evaluación en función de la periodicidad prevista, el SAS los considera como incumplimiento de los objetivos, lo cual distorsiona los resultados reales de la ejecución de los objetivos e impide concluir al respecto.

#### 8.4.2. Medidas establecidas para el control de la LEQ

**A.72.** Existen medidas aplicadas no incluidas en los CP, que suponen estrategias de actuación dirigidas a ampliar la oferta de los recursos destinados a la resolución de los tiempos de demora. Las acciones pueden ser de carácter:

- Coyuntural que, a su vez, pueden ser ocasionales (por ejemplo, ante un posible crecimiento de listas no planificado) o periódicas (por ejemplo, redistribución de las modalidades económicas de actividad quirúrgica, planes de choque, medidas referidas a los sistemas de incentivación económica a los profesionales, en función de la consecución de los objetivos fijados y la contratación de nuevos profesionales en régimen de continuidad asistencial).
- Permanente, referidas a recursos estructurales (apertura de nuevos hospitales, consultas, quirófanos, camas, recursos humanos, etc.).

**A.73.** El carácter económico de la actividad quirúrgica viene determinado por la modalidad como se realice: ordinaria (laborables de 8 a 15h), de continuidad asistencial (de 15 a 20h en días laborables) o extraordinaria<sup>35</sup> (festivos y fines de semana).

<sup>34</sup> Se obtiene relacionando el total de procedimientos susceptibles de cirugía ambulatoria con los que se han realizado efectivamente por CMA, es decir sin hospitalización.

<sup>35</sup> En marzo de 2019 se aprueba la Regulación para la realización de la Actividad Extraordinaria.

En 2019 como medidas de gestión a corto y medio plazo, se autoriza un plan de choque para abordar de manera rápida el volumen de pacientes pendientes, atendiendo al déficit estructural de los hospitales del SSPA.

**A.74.** El cuadro nº 14 resume las intervenciones realizadas en los hospitales seleccionados, clasificadas según la modalidad económica de actividad quirúrgica.<sup>36</sup>

En los **Anexos 9.11.1 y 9.11.2** se desglosa esta información por especialidad, diferenciando los procedimientos con garantía de plazo de respuesta y sin garantía.

Área Hospitalaria Responsable	Actividad Ordinaria	Continuidad Asistencial	Actividad Extraordinaria
H. de Poniente	13.144	1	-
H.U. de Puerto Real	12.270	669	257
H. de Montilla	4.807	-	-
H. de Baza	4.842	-	89
H. de Riotinto	3.369	-	265
H. S. Juan de la Cruz	9.182	3	173
H.U. Virgen de la Victoria	28.510	343	104
H.U. Virgen del Rocío	48.659	10.170	4.554
H.U. Virgen Macarena	38.511	3.102	1.096
<b>Total</b>	<b>163.294</b>	<b>14.288</b>	<b>6.538</b>
<b>% sobre Total Intervenciones</b>	<b>79%</b>	<b>7%</b>	<b>3%</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica **Elaboración:** CCA **Cuadro nº 14**

**A.75.** <sup>37</sup>

**A.76.** Los CP no contemplan medidas planteadas desde la organización de los servicios y los modelos de atención a los ciudadanos, como el desarrollo de cirugía menor ambulatoria.

La cirugía menor ambulatoria (cma) se encuentra definida en la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2003<sup>38</sup>. Incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles. Se diferencia de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en que sus procedimientos quirúrgicos requieren cuidados postoperatorios, aunque de corta duración, por lo que no necesitan de ingreso hospitalario.

**A.77.** Se establece que todo diagnóstico de un proceso que requiera, a su vez, de un procedimiento de cma, debe ser atendido en el ámbito de Atención Primaria, salvo que concurra alguno de los criterios establecidos para que se lleven a cabo en los hospitales<sup>39</sup> y se cumplan unos requisitos para ello<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> Punto y cuadro modificados por la alegación presentada

<sup>37</sup> Punto eliminado por la alegación presentada

<sup>38</sup> Esta práctica se encuentra regulada por 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.

<sup>39</sup> Localización de la lesión: en zonas de riesgo anatómico funcional y estético o localizaciones con riesgo de daño vascular o nervioso, tiempo de duración de la cirugía: procedimientos cuya realización requiera un tiempo superior a una hora, intervenciones que impidan el retorno del paciente a su domicilio tras la cirugía, etc.

<sup>40</sup> Referidos a las instalaciones, equipamiento y formación del personal de enfermería.

A.78. El cuadro nº 15 refleja los procedimientos quirúrgicos de cma registrados en los hospitales seleccionados, aun cuando por su naturaleza y codificación está prevista su realización en los centros de Atención Primaria:

Nº INTERVENCIONES Y ÁREA HOSPITALARIA RESPONSABLE											
Tipos Cirugía	Procedimientos (1)	Poniente	P. Real	Montilla	Baza	Riotinto	S. Juan Cruz	Virgen Victoria	Virgen Rocío	Virgen Macarena	TOTAL
<b>cma</b>		<b>45</b>	<b>102</b>	<b>34</b>	<b>51</b>	<b>6</b>	<b>55</b>	<b>670</b>	<b>426</b>	<b>748</b>	<b>2.137</b>
86.3	Otra extirpación local de tejido de piel y tejido subcutáneo	42	57	33	48	6	-	630	141	679	1.636
86.04.	Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo	1	-	-	-	-	-	-	4	1	6
86.05	Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo	1	8	-	-	-	-	3	11	12	35
86.11	Biopsia de piel y tejido subcutáneo	-	37	-	-	-	-	-	21	5	63
86.22.	Desbridamiento escisional de herida, incisión o quemadura	1	-	1	3	-	55	26	212	27	325
86.23.	Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña	-	-	-	-	-	-	11	8	23	42
86.24.	Quimioterapia de piel. Pelado químico de piel con nitrógeno líquido	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
86.25.	Abrasión dérmica	-	-	-	-	-	-	-	29	-	29
<b>CMA</b>		<b>251</b>	<b>202</b>	<b>56</b>	<b>120</b>	<b>181</b>	<b>18</b>	<b>896</b>	<b>1.831</b>	<b>1.051</b>	<b>4.606</b>
86.3	Otra extirpación local de tejido de piel y tejido subcutáneo	247	169	41	118	169	-	826	1.315	1.001	3.886
86.04.	Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo	1	-	1	-	-	-	1	7	1	11
86.05	Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo	1	1	-	-	-	6	50	214	18	290
86.11	Biopsia de piel y tejido subcutáneo	2	32	1	-	6	-	3	228	11	283
86.22.	Desbridamiento escisional de herida, incisión o quemadura	-	-	12	1	-	9	5	12	5	44
86.23.	Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña	-	-	1	1	6	3	11	45	15	82
86.25.	Abrasión dérmica	-	-	-	-	-	-	-	10	-	10
<b>Hospitalización</b>		<b>1.203</b>	<b>1.863</b>	<b>1.099</b>	<b>667</b>	<b>571</b>	<b>110</b>	<b>1.271</b>	<b>2.484</b>	<b>1.492</b>	<b>10.760</b>
86.3	Otra extirpación local de tejido de piel y tejido subcutáneo	1.174	1.170	1.086	641	537	-	1.230	2.460	1.178	9.476
86.04.	Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo	8	-	-	1	-	-	1	-	-	10
86.05	Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo	4	3	-	-	-	15	1	-	39	62
86.11	Biopsia de piel y tejido subcutáneo	6	689	-	1	6	-	1	6	25	734
86.22.	Desbridamiento escisional de herida, incisión o quemadura	1	-	5	-	-	9	1	7	239	262
86.23.	Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña	10	-	7	24	28	86	36	11	11	213
86.25.	Abrasión dérmica	-	1	1	-	-	-	1	-	-	3
<b>TOTAL</b>		<b>1.499</b>	<b>2.167</b>	<b>1.189</b>	<b>838</b>	<b>758</b>	<b>183</b>	<b>2.837</b>	<b>4.741</b>	<b>3.291</b>	<b>17.503</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Cuadro nº 15

Elaboración: CCA

(1) Procedimientos de cma (codificados en la CIE-9MC) incluidos en la cartera de servicios de atención primaria, según establece la DGASyRS (Subdirección de Accesibilidad y Asistencia Sanitaria).

Aunque el sistema de codificación de los procedimientos quirúrgicos -CIE-9- no permite diferenciar patología de "atención primaria" o "hospitalaria" y supone englobar patología de diferente índole y gravedad bajo un mismo código, en el caso de que las intervenciones de procedimientos codificados

como cma se lleven a cabo en centros hospitalarios no deben registrarse como CMA u hospitalización, ya que desvirtúa su naturaleza e imposibilita el seguimiento y control económico de los recursos utilizados por cada procedimiento<sup>41</sup>.

**A.79.** En relación a los recursos estructurales de los centros seleccionados, se ha solicitado información de los quirófanos y de los facultativos. Estos representan una magnitud que podía aportar homogeneización y concreción en una comparativa de los recursos asignados a los hospitales con diferente nivel y, en el caso de los facultativos se justifica porque el resto del personal sanitario (enfermería, auxiliares clínicos) y administrativo no solo se adscriben a la actividad quirúrgica, sino que comparte funciones relacionadas con otras prestaciones.

**A.80.** El **Anexo 9.12** incluye un comparativo de los promedios de los facultativos (efectivos netos), asignados a cada especialidad de los hospitales seleccionados, correspondientes a los años 2018 y 2019.

No se ha remitido la información, referida a ambos ejercicios, del hospital de Poniente ni los datos del año 2019 del hospital de Riotinto.

Excepto el hospital de Baza, el resto de los centros incrementan en el año 2019 el número de efectivos en las especialidades de OFT, COT y Cirugía Gral y A.D.

**A.81.** La información de los quirófanos existentes, facilitada por los hospitales seleccionados, se presenta heterogénea y deficiente para poder realizar un análisis comparativo:

- Sólo los hospitales de San Juan de la Cruz y Virgen Macarena han facilitado el dato de los quirófanos por especialidad quirúrgica. Pero la información aportada por el hospital Virgen Macarena no distingue obstetricia de ginecología, ni aporta detalle del tipo de cirugía programada que se atiende en cada quirófano (ambulatoria, CMA y hospitalización).

- Sólo los hospitales de Poniente y Virgen Macarena facilitan la información de los quirófanos diferenciando actividad ordinaria y la de continuidad asistencial. Únicamente, S. Juan de la Cruz ha incluido datos de la actividad extraordinaria.

- Sobre el uso de los quirófanos en los centros hospitalarios dependientes de ellos, ha sido aportada la información por los hospitales de Poniente, Virgen del Rocío y Virgen Macarena, este último también incluye datos de los quirófanos de centros privados concertados en los que opera con personal del SAS.

Además, hay que añadir que en función de las necesidades se combinan de forma diferente los usos de los quirófanos disponibles para intervenciones de procedimientos excluidos del Registro de Demanda Quirúrgica (urgencias, urgencias diferidas, obstétricas).

---

<sup>41</sup> Punto modificado por la alegación presentada.

## 9. ANEXOS

### RELACIÓN DE ANEXOS

9.1. Marco normativo aplicable a la LEQ.

9.2. Ámbito subjetivo. Datos de los centros hospitalarios del SSPA<sup>42</sup>.

#### Indicadores de gestión del Registro de Demanda Quirúrgica

9.3 Fases que conforman el procedimiento de gestión del Registro de Demanda Quirúrgica.

9.4 Inscripciones registradas telemáticamente por los facultativos:

9.4.1 Inscripciones registradas por los facultativos en los centros hospitalarios del SSPA.

9.4.2 Inscripciones registradas por los facultativos en los centros hospitalarios seleccionados, por especialidades.

9.5 Bajas del Registro de Demanda Quirúrgica en los centros hospitalarios del SSPA. Clasificación por motivos.

#### Indicadores de actividad y rendimiento

9.6. Objetivos e indicadores de los Contratos Programa correspondientes a 2018 y 2019.

9.7. Actividad quirúrgica desarrollada:

9.7.1 Actividad quirúrgica desarrollada en los centros hospitalarios del SSPA.

9.7.2 Actividad quirúrgica desarrollada en los centros hospitalarios seleccionados, por especialidades.

9.8. Plazos de respuesta de las intervenciones:

9.8.1 Demora media de las intervenciones en los centros hospitalarios del SSPA

9.8.2 Demora media de las intervenciones en los centros hospitalarios seleccionados.

9.9. Situación de la LEQ a septiembre de 2019:

9.9.1. Situación de la LEQ a septiembre de 2019. Pacientes pendientes y Tiempo medio de espera en los centros hospitalarios del SSPA.

9.9.2. Situación de la LEQ a septiembre de 2019. Pacientes pendientes y Tiempo medio de espera en los centros hospitalarios seleccionados, por especialidades.

<sup>42</sup> Este Anexo refleja la denominación completa de cada hospital. En el resto de los Anexos se ha optado por acortar la denominación (H.U corresponde a los hospitales Universitarios, H.C a los hospitales concertados incluidos en el SSPA) o reflejarlos con las siglas correspondientes.

9.10. Situación del paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica: Pacientes transitoriamente no programables.

9.10.1 Situación del paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica: Pacientes transitoriamente no programables (TNP) por reevaluación clínica y por voluntad del paciente en los centros hospitalarios del SSPA.

9.10.2 Situación del paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica: Pacientes transitoriamente no programables (TNP) por reevaluación clínica y por voluntad del paciente en los centros hospitalarios seleccionados, por especialidades.

9.11. Modalidad económica de la actividad quirúrgica:

9.11.1 Modalidad económica de la actividad quirúrgica realizada en los centros hospitalarios seleccionados, por especialidades. Procedimientos con plazo de respuesta garantizado.

9.11.2 Modalidad económica de la actividad quirúrgica realizada en los centros hospitalarios seleccionados, por especialidades. Procedimientos sin plazo de respuesta garantizado.

9.12. Facultativos de Atención Sanitaria Especializada (Efectivos Netos) en los centros hospitalarios seleccionados, por especialidades. Porcentaje de variación 2018/2019.

**Anexo 9.1. Marco Normativo Aplicable a la LEQ****Autonómica**

**Decreto 209/2001, del 18 de septiembre** (en adelante Decreto 2001), por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica.

**Orden de 25 de septiembre de 2002** (en adelante Orden 2002), por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica y el funcionamiento del registro de demanda quirúrgica del SSPA.

**Orden de 20 de diciembre de 2006** que modifica los plazos de respuesta quirúrgica de algunos procedimientos incluidos en el Anexo I del Decreto 209/2001.

**Orden de 2 de junio de 2016**, por la que se reduce el plazo de respuesta quirúrgica de determinados procedimientos quirúrgicos relacionados con la cirugía cardíaca, incluidos en el Anexo I del Decreto 209/2001.

**Orden de 28 de octubre de 2016**, por la que se actualizan los procedimientos quirúrgicos recogidos en el Anexo I del Decreto 209/2001, relacionados con la reconstrucción mamaria postmastectomía y se establecen sus correspondientes cuantías.

**Orden de 25 de septiembre de 2002**, sobre procedimiento de pago de los gastos derivados de intervenciones quirúrgicas en centros sanitarios privados por superación del plazo máximo de respuesta quirúrgica en el SSPA.

**Estatal**

**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.

**Real decreto 1039/2011, de 15 de julio**, establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

## ANEXO 9.2

## ÁMBITO SUBJETIVO. DENOMINACIÓN Y DATOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DEL SSPA

Área Hospitalaria	Nivel	Tipo	Municipio	Provincia	Centros de la Área. Hospitalaria	Gestión
La Inmaculada	4	Comarcal	Huércal-Overa	Almería		SAS
Universitario Torrecárdenas	1	De Especialidades	Almería	Almería	Hospital Cruz Roja Hospital Torrecárdenas	SAS
De Poniente	3	Comarcal	El Ejido	Almería		APE Sanitaria de Poniente
El Toyo		Alta resolución (HAR)	Almería	Almería		APE Sanitaria de Poniente
Universitario Puerta del Mar	1	De Especialidades	Cádiz	Cádiz	Hospital General Hospital San Carlos	SAS
AGS Campo de Gibraltar (*)	(1)	De Especialidades y Comarcal	Algeciras y La Línea de la Concepción	Cádiz		SAS
Jerez de la Frontera	2	De Especialidades	Jerez de la Frontera	Cádiz		SAS
Puerto Real	2	De Especialidades	Puerto Real	Cádiz		SAS
Santa María del Puerto		Privado	Puerto Santa María	Cádiz		Conciertos sanitarios
Virgen de las Montañas		Privado	Villamartín	Cádiz		Conciertos sanitarios
Virgen del Camino		Privado	Sanlúcar Barrameda	Cádiz		Conciertos sanitarios
Universitario Reina Sofía	1	Regional	Córdoba	Córdoba	Hospital General Hospital Materno Infantil Hospital Los Morales Hospital Provincial	SAS
Infanta Margarita	3	Comarcal	Cabra	Córdoba		SAS
Valle de los Pedroches	4	Comarcal	Pozoblanco	Córdoba		SAS
Montilla	4	Comarcal	Montilla	Córdoba		APE Sanitaria Alto Guadalquivir
Puente Genil		Alta resolución (HAR)	Puente Genil	Córdoba		APE Sanitaria Alto Guadalquivir
Valle del Guadiato		Alta resolución (HAR)	Peñarroya-Pueblonuevo	Córdoba		APE Sanitaria Alto Guadalquivir
Baza	4	Comarcal	Baza	Granada		SAS
Universitario San Cecilio		De Especialidades	Granada	Granada		SAS
Santa Ana	4	Comarcal	Motril	Granada		SAS
Universitario Virgen de las Nieves	1	Regional	Granada	Granada	Hospital General Hospital Materno Infantil Hospital Rehabilitación y Neurotraumatológico	SAS
Guadix		Alta resolución (HAR)	Guadix	Granada		APE Sanitaria de Poniente
Loja		Alta resolución (HAR)	Loja	Granada		APE Sanitaria de Poniente
Infanta Elena		Comarcal	Huelva	Huelva		SAS
Universitario Juan Ramón Jiménez	2	Regional	Huelva	Huelva	Hospital Juan R. Jiménez Hospital Vázquez Díaz	SAS
Riotinto	4	Comarcal	Minas de Riotinto	Huelva		SAS
Alto Guadalquivir	4	Comarcal	Andújar	Jaén		APE Sanitaria Alto Guadalquivir
Universitario de Jaén	1	De Especialidades	Jaén	Jaén	Hospital General Hospital Materno Infantil Hospital Doctor Sagaz Hospital Neurotraumatología	SAS
San Agustín	3	Comarcal	Linares	Jaén		SAS
San Juan de la Cruz	3	Comarcal	Úbeda	Jaén		SAS
Sierra de Segura		Alta resolución (HAR)	Puente de Génave	Jaén		APE Sanitaria Alto Guadalquivir
Alcaudete		Alta resolución (HAR)	Alcaudete	Jaén		APE Sanitaria Alto Guadalquivir
Alcalá La Real		Alta resolución (HAR)	Alcalá la Real	Jaén		APE Sanitaria Alto Guadalquivir
Antequera	4	Comarcal	Antequera	Málaga		SAS
Serranía	4	Comarcal	Ronda	Málaga		SAS
Universitario de Málaga	1	Regional	Málaga	Málaga	Hospital General Hospital Materno Infantil Hospital Civil	SAS
Axarquía	4	Comarcal	Vélez-Málaga	Málaga		SAS
Universitario Virgen de la Victoria	2	De Especialidades	Málaga	Málaga	Hospital General Hospital Marítimo de Torremolinos Hospital V. de Guadalhorce	SAS
Costa del Sol	2	De Especialidades	Marbella	Málaga		APE Sanitaria Costa del Sol

Área Hospitalaria	Nivel	Tipo	Municipio	Provincia	Centros de la Área. Hospitalaria	Gestión
Benalmádena		Alta resolución (HAR)	Benalmádena	Málaga		APE Sanitaria Costa del Sol
Universitario Virgen del Rocío	1	Regional	Sevilla	Sevilla	Hospital General Hosp. de Rehabilitación y Traumatol. Hospital de la Mujer Hospital Infantil Hospital Duque Infantado	SAS
Virgen de Valme	2	De Especialidades	Sevilla	Sevilla	Hospital General Hospital El tomillar	SAS
Universitario Virgen Macarena	1	Regional	Sevilla	Sevilla	Hospital General Hospital San Lázaro	SAS
La Merced	4	Comarcal	Osuna	Sevilla		SAS
Consorcio Sanitario Público Aljarafe. San Juan de Dios	3	Comarcal	Bormujos	Sevilla		SAS
Sierra Norte		Alta resolución (HAR)	Constantina	Sevilla		APE Sanitaria Bajo Guadalquivir
Utrera		Alta resolución (HAR)	Utrera	Sevilla		APE Sanitaria Bajo Guadalquivir
Écija		Alta resolución (HAR)	Écija	Sevilla		APE Sanitaria Bajo Guadalquivir
Lebrija		Alta resolución (HAR)	Lebrija	Sevilla		APE Sanitaria Bajo Guadalquivir
Morón de la Frontera		Alta resolución (HAR)	Morón de la Frontera	Sevilla		APE Sanitaria Bajo Guadalquivir

Fuente: Datos extraídos Web SAS

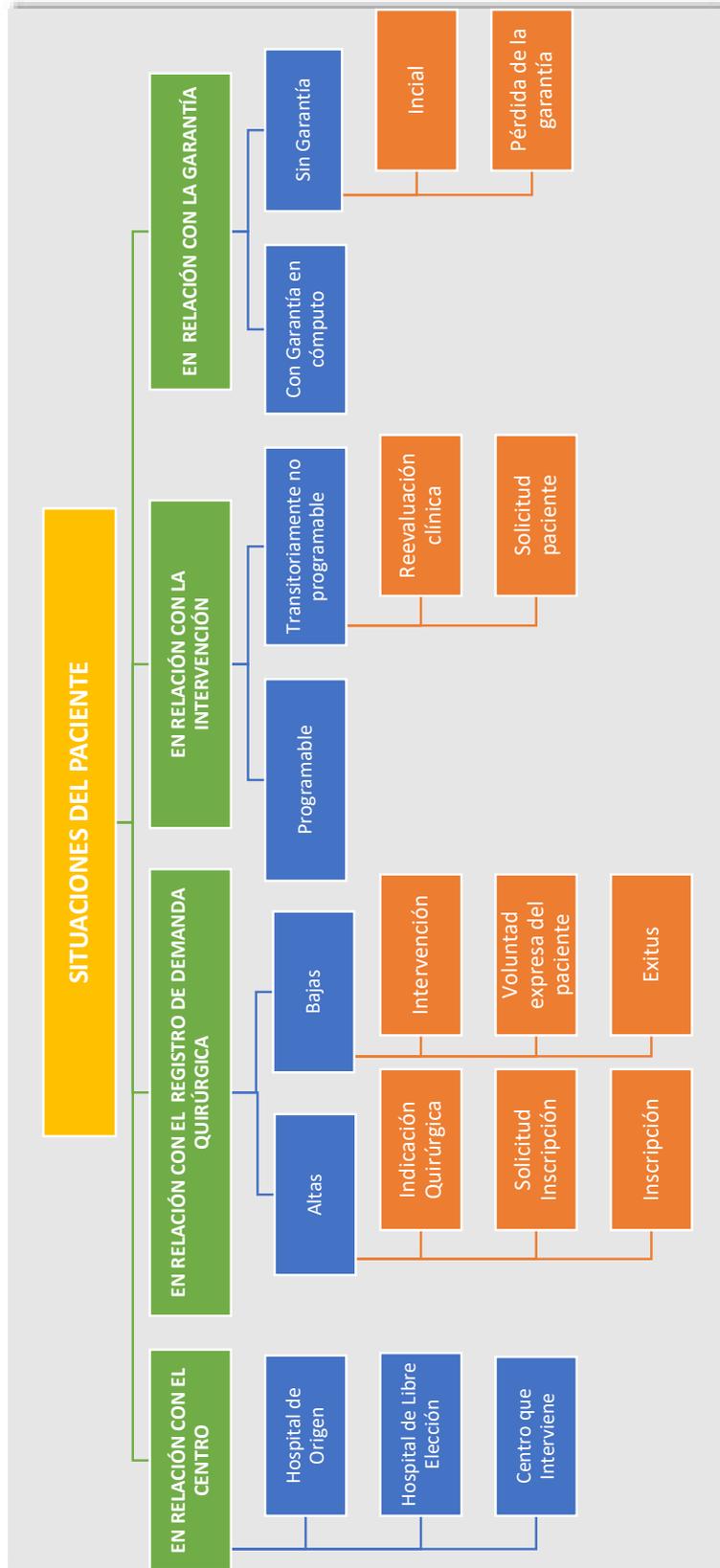
Elaboración Propia: CCA.

Nota: En cada provincia, las AH siguen del orden asignado por el SAS

(+) Registro único de pacientes correspondiente a los hospitales Punta de Europa y La Línea de la Concepción

ANEXO 9.3

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA QUIRÚRGICA



Fuente: Manual de Procedimiento administrativo de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica y del Registro de Demanda Quirúrgica

00201243

## ANEXO 9.4.1

## INSCRIPCIONES REGISTRADAS POR FACULTATIVOS EN LOS HOSPITALES DEL SSPA

Denominación del centro hospitalario	Procedimientos CON garantía en el plazo de respuesta quirúrgica				Procedimientos SIN garantía en el plazo de respuesta quirúrgica			
	Total Inscripciones del centro	Inscripciones realizadas por facultativos	Inscripciones NO realizadas por facultativos	% Inscripciones NO realizadas por facultativos	Total Inscripciones del centro	Inscripciones realizadas por facultativos	Inscripciones NO realizadas por facultativos	% Inscripciones NO realizadas por facultativos
H. La Inmaculada	5.328	1.425	3.903	73	4.395	1.299	3.096	70
H.U. Torrecárdenas	14.955	223	14.732	99	15.453	273	15.180	98
H. de Poniente	11.605	5	11.600	100	7.617	2	7.615	100
H.A.R. El Toyo	2.596	0	2.596	100	2.327	0	2.327	100
<b>Total ALMERÍA</b>	<b>34.484</b>	<b>1.653</b>	<b>32.831</b>	<b>95</b>	<b>29.792</b>	<b>1.574</b>	<b>28.218</b>	<b>95</b>
H.U. Puerta del Mar	21.945	3.249	18.696	85	15.935	1.975	13.960	88
A.G.S. Campo de Gibraltar (*)	8.095	3.725	4.370	54	16.154	6.915	9.239	57
H.U. Jerez de la Frontera	17.599	8.352	9.247	53	14.155	6.373	7.782	55
H.U. Puerto Real	15.064	29	15.035	100	8.700	9	8.691	100
H. C. Sta. María Del Puerto	3.358	0	3.358	100	3.762	0	3.762	100
H. C. Virgen de las Montañas	3.700	0	3.700	100	4.090	0	4.090	100
H. C. Virgen del Camino	4.632	0	4.632	100	3.981	0	3.981	100
<b>Total CÁDIZ</b>	<b>74.393</b>	<b>15.355</b>	<b>59.038</b>	<b>79</b>	<b>66.777</b>	<b>15.272</b>	<b>51.505</b>	<b>77</b>
H.U. Reina Sofía	28.141	14	28.127	100	42.812	14	42.798	100
H. Infanta Margarita	5.733	3	5.730	100	7.120	2	7.118	100
H. Valle de los Pedroches	4.329	0	4.329	100	2.217	0	2.217	100
H. de Montilla	2.923	0	2.923	100	2.885	0	2.885	100
H.A.R.de Puente Genil	1.201	0	1.201	100	1.026	0	1.026	100
H.A.R. Valle del Guadiato	791	0	791	100	865	0	865	100
<b>Total CÓRDOBA</b>	<b>43.118</b>	<b>17</b>	<b>43.101</b>	<b>100</b>	<b>56.925</b>	<b>16</b>	<b>56.909</b>	<b>100</b>
H. de Baza	4.186	78	4.108	98	2.328	82	2.246	96
H.U. San Cecilio	19.226	17.062	2.164	11	18.154	14.385	3.769	21
H. Santa Ana	6.328	5.937	391	6	4.489	4.103	386	9
H.U. Virgen de las Nieves	24.920	22.173	2.747	11	26.934	20.492	6.442	24
H.A.R. de Guadix	2.223	4	2.219	100	2.321	0	2.321	100
H.A.R. de Loja	1.760	0	1.760	100	1.198	1	1.197	100
<b>Total GRANADA</b>	<b>58.643</b>	<b>45.254</b>	<b>13.389</b>	<b>23</b>	<b>55.424</b>	<b>39.063</b>	<b>16.361</b>	<b>30</b>
H. Infanta Elena	5.526	1.371	4.155	75	7.304	1.034	6.270	86
H.U. Juan Ramón Jiménez	15.282	4.345	10.937	72	15.037	3.213	11.824	79
H. de Riotinto	3.005	0	3.005	100	2.481	1	2.480	100
<b>Total HUELVA</b>	<b>23.813</b>	<b>5.716</b>	<b>18.097</b>	<b>76</b>	<b>24.822</b>	<b>4.248</b>	<b>20.574</b>	<b>83</b>
H. Alto Guadalquivir	3.219	4	3.215	100	2.841	0	2.841	100
H.U. de Jaén	18.408	3.724	14.684	80	11.331	1.337	9.994	88
H. San Agustín	7.096	1.477	5.619	79	4.242	1.435	2.807	66
H. San Juan de la Cruz	5.911	278	5.633	95	6.166	253	5.913	96
H.A.R. Sierra de Segura	1.314	0	1.314	100	423	0	423	100
H.A.R. de Alcaudete	342	0	342	100	347	0	347	100
H.A.R. de Alcalá la Real	922	3	919	100	1.005	1	1.004	100
<b>Total JAÉN</b>	<b>37.212</b>	<b>5.486</b>	<b>31.726</b>	<b>85</b>	<b>26.355</b>	<b>3.026</b>	<b>23.329</b>	<b>89</b>
H. de Antequera	7.111	6.750	361	5	2.475	2.032	443	18
H. de la Serranía	4.566	4.388	178	4	2.434	2.216	218	9
H.U. Regional de Málaga	27.144	210	26.934	99	32.275	440	31.835	99
H. de la Axarquía	6.102	14	6.088	100	3.825	10	3.815	100
H.U. Virgen de la Victoria	20.133	1.229	18.904	94	26.148	1.352	24.796	95
H. Costa del Sol	11.943	8	11.935	100	11.982	9	11.973	100
<b>Total MÁLAGA</b>	<b>76.999</b>	<b>12.599</b>	<b>64.400</b>	<b>84</b>	<b>79.139</b>	<b>6.059</b>	<b>73.080</b>	<b>92</b>
H.U. Virgen del Rocío	47.896	1.014	46.882	98	43.369	1.931	41.438	96
H.U. Virgen de Valme	18.331	7.244	11.087	60	15.931	3.794	12.137	76
H.U. Virgen Macarena	31.944	6.283	25.661	80	34.934	6.996	27.938	80
H. La Merced	5.676	0	5.676	100	5.452	0	5.452	100
H. San J. de Dios del Aljarafe	11.238	0	11.238	100	4.445	0	4.445	100
H.A.R. Sierra Norte	917	0	917	100	327	0	327	100
H.A.R. de Utrera	3.410	0	3.410	100	1.486	1	1.485	100
H.A.R. de Écija	2.992	0	2.992	100	1.539	0	1.539	100
H.A.R. de Lebrija	2.545	1	2.544	100	1.741	0	1.741	100
<b>Total SEVILLA</b>	<b>124.949</b>	<b>14.542</b>	<b>110.407</b>	<b>88</b>	<b>109.224</b>	<b>12.722</b>	<b>96.502</b>	<b>88</b>
<b>Total ANDALUCÍA</b>	<b>473.611</b>	<b>100.622</b>	<b>372.989</b>	<b>79</b>	<b>448.458</b>	<b>81.980</b>	<b>366.478</b>	<b>82</b>

FUENTE: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

(\*) Los hospitales Punta de Europa y La Línea de la Concepción gestionan un solo el Registro de Demanda Quirúrgica

00201243

## ANEXO 9.4.2

## INSCRIPCIONES REGISTRADAS POR FACULTATIVOS EN LOS HOSPITALES SELECCIONADOS. POR ESPECIALIDADES

AH RESPONSABLE	ESPECIALIDADES	Procedimientos CON garantía en el plazo de respuesta quirúrgica			Procedimientos SIN garantía en el plazo de respuesta quirúrgica		
		Inscripciones realizadas por Facultativos	Resto de Inscripciones Especialidad	% Inscripciones NO realizadas por facultativos	Inscripciones realizadas por Facultativos	Resto de Inscripciones Especialidad	% Inscripciones NO realizadas por facultativos
H. de Poniente	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>11.600</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>7.615</b>	<b>100</b>
	Cirugía General y A.D.	1	2.358	100	0	1.338	100
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	3	2.691	100	0	1.148	100
	Dermatología MQ y Venereología	0	1.601	100	0	726	100
	Ginecología	0	458	100	1	1.654	100
	Oftalmología	0	2.737	100	0	941	100
	Otorrinolaringología	1	1.005	100	0	748	100
	Urología	0	750	100	1	1.060	100
H.U. Puerto Real	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>15.035</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>8.691</b>	<b>100</b>
	Anestesiología y Reanimación	0	0	0	0	6	100
	Cirugía General y A.D.	22	2.342	99	5	943	99
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	2	2.854	100	1	983	100
	Dermatología MQ y Venereología	0	2.266	100	0	1.643	100
	Ginecología	0	681	100	0	955	100
	Obstetricia	0	2	100	1	3	75
	Oftalmología	0	4.483	100	0	1.348	100
	Otorrinolaringología	1	895	100	1	781	100
	Psiquiatría	0	0	0	0	26	100
Urología	4	1.512	100	1	2.003	100	
H. de Montilla	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2.923</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>2.885</b>	<b>100</b>
	Cirugía General y A.D.	0	581	100	0	623	100
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	0	881	100	0	428	100
	Dermatología MQ y Venereología	0	3	100	0	863	100
	Ginecología	0	56	100	0	287	100
	Oftalmología	0	1.037	100	0	213	100
	Otorrinolaringología	0	133	100	0	103	100
	Urología	0	232	100	0	368	100
H. Baza	<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>4.108</b>	<b>98</b>	<b>82</b>	<b>2.246</b>	<b>96</b>
	Aparato Digestivo	0	0	0	0	97	100
	Cirugía General y A.D.	12	631	98	4	269	99
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	0	810	100	1	452	100
	Dermatología MQ y Venereología	39	314	89	52	577	92
	Ginecología	4	135	97	19	257	93
	Oftalmología	21	1.696	99	5	135	96
	Otorrinolaringología	1	273	100	1	187	99
Urología	1	249	100	0	272	100	
H. Riotinto	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>3.005</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>2.480</b>	<b>100</b>
	Cirugía General y A.D.	0	839	100	0	1.008	100
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	0	583	100	0	480	100
	Ginecología	0	98	100	0	167	100
	Hematología y Hemoterapia	0	0	0	0	1	100
	Obstetricia	0	0	0	0	17	100
	Oftalmología	0	834	100	0	309	100
	Otorrinolaringología	0	397	100	0	293	100
Urología	0	254	100	1	205	100	
H. San Juan de la Cruz	<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>5.633</b>	<b>95</b>	<b>253</b>	<b>5.913</b>	<b>96</b>
	Anestesiología y Reanimación	0	0	0	0	505	100
	Cirugía General y A.D.	1	1.418	100	0	1.184	100
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	0	1.163	100	0	1.184	100
	Dermatología MQ y Venereología	0	743	100	0	19	100
	Ginecología	0	290	100	0	736	100
	Oftalmología	231	1.147	83	150	1.099	88
	Otorrinolaringología	0	393	100	0	463	100
	Urología	46	479	91	103	723	88

## ANEXO 9.4.2.Continuación

AH RESPONSABLE	ESPECIALIDADES	Procedimientos CON garantía en el plazo de respuesta quirúrgica			Procedimientos SIN garantía en el plazo de respuesta quirúrgica		
		Inscripciones realizadas por Facultativos	Resto de Inscripciones Especialidad	% Inscripciones NO realizadas por facultativos	Inscripciones realizadas por Facultativos	Resto de Inscripciones Especialidad	% Inscripciones NO realizadas por facultativos
H.U. Virgen de la Victoria	<b>Total</b>	<b>1.229</b>	<b>18.904</b>	<b>94</b>	<b>1.352</b>	<b>24.796</b>	<b>95</b>
	Angiología y Cirugía Vascolar	1	1.689	100	0	839	100
	Cirugía Cardiovascular	373	262	41	33	36	52
	Cirugía General y A.D.	707	3.496	83	1.099	5.044	82
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	98	1.645	94	189	5.031	96
	Cirugía Plástica E. y Reparadora	0	0	0	0	1	100
	Dermatología MQ y Venereología	4	3.917	100	0	493	100
	Ginecología	25	491	95	10	3.271	100
	Obstetricia	0	0	0	0	1	100
	Oftalmología	9	4.814	100	4	5.667	100
Otorrinolaringología	0	659	100	3	1.792	100	
Urología	12	1.931	99	14	2.621	99	
H.U. Virgen del Rocío	<b>Total</b>	<b>1.014</b>	<b>46.882</b>	<b>98</b>	<b>1.931</b>	<b>41.438</b>	<b>96</b>
	Anestesiología y Reanimación	0	0	0	0	2.998	100
	Angiología y Cirugía Vascolar	1	702	100	0	496	100
	Cirugía Cardiovascular	0	1.039	100	0	767	100
	Cirugía General y A.D.	75	6.851	99	31	3.389	99
	Cirugía Oral y Maxilofacial	0	1.077	100	0	6.766	100
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	27	6.003	100	89	6.207	99
	Cirugía Pediátrica	286	1.170	80	353	1.283	78
	Cirugía Plástica E. y Reparadora	0	3.076	100	2	2.663	100
	Cirugía Torácica	17	125	88	91	596	87
	Dermatología MQ y Venereología	40	4.298	99	6	1.023	99
	Ginecología	250	1.404	85	930	3.493	79
	Hematología y Hemoterapia	0	0	0	0	1.693	100
	Neurocirugía	71	2.048	97	23	1.087	98
	Neurología	0	0	0	0	85	100
	Obstetricia	0	0	0	214	521	71
	Oftalmología	1	14.014	100	5	2.531	100
	Otorrinolaringología	6	2.187	100	12	1.741	99
Pediatría	0	3	100	2	1.381	100	
Urología	240	2.885	92	173	2.718	94	
H.U. Virgen Macarena	<b>Total</b>	<b>6.283</b>	<b>25.661</b>	<b>80</b>	<b>6.996</b>	<b>27.938</b>	<b>80</b>
	Anestesiología y Reanimación	0	0	0	1.077	2.859	73
	Aparato Digestivo	0	0	0	0	4.169	100
	Cardiología	0	0	0	0	81	100
	Cirugía Cardiovascular	55	1.497	96	0	777	100
	Cirugía General y A.D.	2.551	2.630	51	1.274	1.550	55
	Cirugía Oral y Maxilofacial	0	425	100	0	5.296	100
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	40	4.389	99	33	4.279	99
	Cirugía Pediátrica	0	153	100	0	502	100
	Cirugía Plástica E. y Reparadora	738	66	8	1.728	175	9
	Cirugía Torácica	0	226	100	0	577	100
	Dermatología MQ y Venereología	589	2.837	83	200	1.073	84
	Ginecología	267	640	71	755	1.750	70
	Neurocirugía	142	233	62	7	114	94
	Neurología	0	0	0	0	7	100
	Oftalmología	496	9.813	95	444	2.294	84
	Otorrinolaringología	500	1.062	68	851	1.048	55
	Pediatría	0	0	0	0	354	100
	Urología	905	1.690	65	627	1.033	62
	<b>Total AH Seleccionadas</b>	<b>7.687</b>	<b>114.847</b>		<b>9.274</b>	<b>99.206</b>	

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

## ANEXO 9.5

## BAJAS POR CAUSAS DEL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA EN LOS HOSPITALES DEL SSPA

DENOMINACIÓN CENTRO HOSPITALARIO	TOTAL BAJAS RDQ	BAJAS POR EXITUS	% BAJAS POR EXITUS	BAJAS POR INTERVENCIÓN	% BAJAS POR INTERV.	BAJAS PETICIÓN PACIENTE	% BAJAS POR PACIENTE	BAJAS PETICIÓN FACULTATIVO	% BAJAS POR FACULTATIVO
H. La Inmaculada	7.621	31	0,4	6.441	85	863	11	286	4
H.U. Torrecárdenas	24.034	62	0,3	21.863	91	1.620	7	489	2
H. de Poniente	15.133	41	0,3	13.145	87	1.544	10	403	3
H.A.R. El Toyo	4.087	1	0,0	3.584	88	375	9	127	3
<b>Total ALMERÍA</b>	<b>50.875</b>	<b>135</b>	<b>0,3</b>	<b>45.033</b>	<b>89</b>	<b>4.402</b>	<b>9</b>	<b>1.305</b>	<b>3</b>
H.U. Puerta del Mar	31.863	97	0,3	28.810	90	916	3	2.040	6
A.G.S. Campo de Gibraltar (1)	19.374	87	0,4	16.935	87	1.140	6	1.212	6
H.U. Jerez de la Frontera	27.042	64	0,2	24.086	89	2.065	8	827	3
H.U. Puerto Real	19.465	45	0,2	16.737	86	1.900	10	783	4
H. Concertado Sta. Mª Del Puerto	6.411	3	0,0	5.938	93	397	6	73	1
H. Concertado V. de las Montañas	7.160	8	0,1	6.621	92	386	5	145	2
H. Concertado Virgen del Camino	7.995	1	0,0	7.425	93	329	4	240	3
<b>Total CÁDIZ</b>	<b>119.310</b>	<b>305</b>	<b>0,3</b>	<b>106.552</b>	<b>89</b>	<b>7.133</b>	<b>6</b>	<b>5.320</b>	<b>4</b>
H.U. Reina Sofía	61.132	189	0,3	53.218	87	6.049	10	1.676	3
H. Infanta Margarita	11.310	27	0,2	10.256	91	817	7	210	2
H. Valle de los Pedroches	5.552	17	0,3	5.005	90	454	8	76	1
H. de Montilla	5.229	3	0,1	4.807	92	267	5	152	3
H.A.R. de Puente Genil	2.066	2	0,1	1.812	88	151	7	101	5
H.A.R. Valle del Guadiato	1.362	2	0,1	1.194	88	128	9	38	3
<b>Total CÓRDOBA</b>	<b>86.651</b>	<b>240</b>	<b>0,3</b>	<b>76.292</b>	<b>88</b>	<b>7.866</b>	<b>9</b>	<b>2.253</b>	<b>3</b>
H. de Baza	5.491	21	0,4	4.930	90	472	9	68	1
H.U. San Cecilio	31.577	144	0,5	28.735	91	1.732	5	966	3
H. Santa Ana	8.998	21	0,2	8.140	90	665	7	172	2
H.U. Virgen de las Nieves	42.672	143	0,3	38.102	89	2.502	6	1.925	5
H.A.R. de Guadix	3.931	1	0,0	3.538	90	264	7	128	3
H.A.R. de Loja	2.611	8	0,3	2.356	90	149	6	98	4
<b>Total GRANADA</b>	<b>95.280</b>	<b>338</b>	<b>0,4</b>	<b>85.801</b>	<b>90</b>	<b>5.784</b>	<b>6</b>	<b>3.357</b>	<b>4</b>
H. Infanta Elena	10.626	24	0,2	9.258	87	1.133	11	211	2
H.U. Juan Ramón Jiménez	25.075	65	0,3	22.084	88	2.201	9	725	3
H. de Riotinto	4.349	16	0,4	3.873	89	367	8	93	2
<b>Total HUELVA</b>	<b>40.050</b>	<b>105</b>	<b>0,3</b>	<b>35.215</b>	<b>88</b>	<b>3.701</b>	<b>9</b>	<b>1.029</b>	<b>3</b>
H. Alto Guadalquivir	5.412	7	0,1	4.864	90	442	8	99	2
H.U. de Jaén	23.741	60	0,3	21.076	89	914	4	1.691	7
H. San Agustín	9.727	33	0,3	8.724	90	565	6	405	4
H. San Juan de la Cruz	10.375	22	0,2	9.358	90	397	4	598	6
H.A.R. Sierra de Segura	1.604	3	0,2	1.429	89	131	8	41	3
H.A.R. de Alcaudete	629	0	0,0	551	88	44	7	34	5
H.A.R. de Alcalá la Real	1.722	2	0,1	1.476	86	137	8	107	6
<b>Total JAÉN</b>	<b>53.210</b>	<b>127</b>	<b>0,2</b>	<b>47.478</b>	<b>89</b>	<b>2.630</b>	<b>5</b>	<b>2.975</b>	<b>6</b>
H. de Antequera	7.846	22	0,3	6.841	87	215	3	768	10
H. de la Serranía	5.454	25	0,5	5.050	93	180	3	199	4
H.U. Regional de Málaga	49.938	146	0,3	45.421	91	663	1	3.708	7
H. de la Axarquía	7.669	36	0,5	7.036	92	478	6	119	2
H.U. Virgen de la Victoria	38.906	226	0,6	35.782	92	521	1	2.377	6
H. Costa del Sol	19.910	48	0,2	17.551	88	1.893	10	418	2
<b>Total MÁLAGA</b>	<b>129.723</b>	<b>503</b>	<b>0,4</b>	<b>117.681</b>	<b>91</b>	<b>3.950</b>	<b>3</b>	<b>7.589</b>	<b>6</b>
H.U. Virgen del Rocío	74.900	210	0,3	67.159	90	4.351	6	3.180	4
H.U. Virgen de Valme	28.736	81	0,3	25.936	90	2.063	7	656	2
H.U. Virgen Macarena	54.596	207	0,4	49.823	91	3.515	6	1.051	2
H. La Merced	9.802	18	0,2	9.015	92	619	6	150	2
H. San Juan de Dios del Aljarafe	12.102	21	0,2	10.629	88	1.245	10	207	2
H.A.R. Sierra Norte	1.116	1	0,1	1.022	92	65	6	28	3
H.A.R. de Utrera	4.441	4	0,1	3.947	89	371	8	119	3
H.A.R. de Écija	3.957	3	0,1	3.516	89	408	10	30	1
H.A.R. de Lebrija	3.548	3	0,1	3.145	89	300	8	100	3
<b>Total SEVILLA</b>	<b>193.198</b>	<b>548</b>	<b>0,3</b>	<b>174.192</b>	<b>90</b>	<b>12.937</b>	<b>7</b>	<b>5.521</b>	<b>3</b>
<b>Total ANDALUCÍA</b>	<b>768.297</b>	<b>2.301</b>	<b>0,3</b>	<b>688.244</b>	<b>90</b>	<b>48.403</b>	<b>6</b>	<b>29.349</b>	<b>4</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

(\*) Los hospitales Punta de Europa y La Línea de la Concepción gestionan un solo Registro de Demanda Quirúrgica

**Anexo 9.6 Objetivos e indicadores de los Contratos Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica****2018. ÁREA ACCESIBILIDAD Y ATENCIÓN HOSPITALARIA****Tipo de Objetivo: Básico****OBJETIVO (1)**

Ningún paciente pendiente de un procedimiento incluido en el Anexo 1 del Decreto 209/2001 y Ordenes de desarrollo, en situación de programables que superen los plazos establecidos y no deben de superar el 10% de TNP para cada una de las especialidades.

**INDICADOR**

Pacientes pendientes de procedimientos garantizados en situación de programables con más demora de los plazos establecidos legalmente igual a 0; y con un valor del TNP inferior al 10%.

Los Directores Gerentes de los centros deberán remitir la hoja del cierre de la LEQ que se le remitirá desde los Servicios de Apoyo, después de incluir las firmas de los Directores de UGC y/o Jefes de Servicio manifestando estar de acuerdo con los datos de sus unidades.

Todos los Directores de UGC y/o Jefes de Servicio tendrán acceso a su propia LEQ y certificarán mensualmente dichas listas.

**OBJETIVO (1)**

Ningún paciente pendiente de un procedimiento no garantizado, en situación de programable, con más de 365 días y no deben de superar el 10% de TNP para cada una de las especialidades.

**INDICADOR**

Pacientes pendientes de un procedimiento no garantizado en situación de programables con más de 365 días de espera y con TNP < 10%.

**OBJETIVO (2)**

El hospital trabajará con sus UGCs correspondientes, en la adecuación de la actividad quirúrgica, a la demanda existente y con criterios de evidencia científica. (Estándares de producción).

**INDICADOR**

Respuesta asistencial a la demanda en la LEQ. Actividad en relación con los estándares de producción.

**OBJETIVO (2)**

Las UGCs quirúrgicas ajustarán el Índice de resolución por CMA por especialidad quirúrgica o médico- quirúrgica a los estándares de su grupo.

**INDICADOR**

El índice de resolución de CMA se obtiene relacionando el total de procedimientos susceptibles de cirugía ambulatoria con los que se han realizado efectivamente por CMA.

### Tipo de Objetivo: Avanzado

#### **OBJETIVO**

Mejorar la gestión de la accesibilidad en la LEQ.

#### **INDICADOR**

Gestión de Cola del centro.

Tiempos de Quirófano: Tiempo de Inicio y finalización a nivel óptimo en Cirugía General y Aparato digestivo, Cirugía ortopédica y Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología.

#### **OBJETIVO (2)**

Accesibilidad: Consulta de enfermería de preanestesia y CMA

#### **INDICADOR**

Llamada pre quirúrgica y/ o atención en consulta a paciente quirúrgico El porcentaje de suspensiones quirúrgicas será  $\leq$  del 2% (identificación de pacientes no aptos y sustitución según LEQ) en al menos cuatro especialidades quirúrgicas.

### Tipo de Objetivo: Excelente

#### **OBJETIVO**

Mejorar la gestión de la accesibilidad en la LEQ.

#### **INDICADOR**

Gestión de Cola del centro.

Tiempos de Quirófano: Tiempo de Inicio y finalización a nivel óptimo en Cirugía General y Aparato digestivo, Cirugía ortopédica y Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología.

#### **OBJETIVO**

Mejorar la gestión de la accesibilidad en la LEQ. Gestión de quirófanos.

#### **INDICADOR**

Porcentaje de tiempo de ocupación de quirófanos entre un 75% y un 80%.

#### **OBJETIVO**

Adeuar las tasas de indicación de procedimientos garantizados al estándar.

#### **INDICADOR**

Ajustar los denominados INDA<sup>43</sup>: Cirugía Ortopédica y Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología, por centro.

Adeuar la tasa de Indicación de: Cataratas (H. Poniente, HAR: Loja, Guadix y El Toyo).

<sup>43</sup> Los hospitales trabajarán la adecuación de las indicaciones quirúrgicas, para lo que dispondrán como referencia de las tasas de indicación por procedimientos y del indicador estándar (INDA) por especialidad.

**2019. ÁREA ESTRATÉGICA: LISTA DE ESPERA****Tipo Objetivo: Básico****OBJETIVO (1)**

Ningún paciente pendiente de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido en su caso.

**INDICADOR**

Número de pacientes pendientes de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superen el plazo establecido.

Los centros que superen el 5% de TNP, serán incluidos en el plan de auditorías de la inspección.

**OBJETIVO (1)**

Ningún paciente pendiente de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica supere los 365 días.

**INDICADOR**

Número de pacientes pendientes de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan 365 días.

- (1) Únicos objetivos relacionados con la LEQ incluidos en los Acuerdos de Gestión Clínica de las especialidades de OFT, COT y de Dermatología y Venerología.
- (2) No se ha realizado análisis, ya que sus resultados los conforman datos de diversos sistemas de información. Solo se aportan los datos de la evaluación de los indicadores, aportados por el SAS.

**Nota:** No se incluyen los objetivos de consulta de enfermería de preanestesia y CMA, disminución de demora máxima en patología tumoral, adecuación de las derivaciones interhospitalarias, cirugía sin ingreso y plan de eficiencia quirúrgica, contenidos en el CP de 2018, ya que no han sido objeto de revisión.

ANEXO 9.7.1

## ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DESARROLLADA EN LOS HOSPITALES DEL SSPA. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

Nombre AH	INSCRIPCIONES REGISTRADAS			INTERVENCIONES REALIZADAS					
	Total Incripciones	Con Garantía	Sin Garantía	Total Intervenciones	% de Actividad Quirúrgica Total	Interv. Con Garantía	% Activ. Quirúrg. Con Garantía	Interv. Sin Garantía	% Activ. Quirúrg. Sin Garantía
H. La Inmaculada	9.723	5.328	4.395	6.441	66	3.606	68	2.835	65
H.U. Torrecárdenas	30.408	14.955	15.453	21.863	72	10.449	70	11.414	74
H. de Poniente	19.222	11.605	7.617	13.145	68	8.015	69	5.130	67
H.A.R. El Toyo	4.923	2.596	2.327	3.584	73	1.894	73	1.690	73
<b>Total Almería</b>	<b>64.276</b>	<b>34.484</b>	<b>29.792</b>	<b>45.033</b>	<b>70</b>	<b>23.964</b>	<b>69</b>	<b>21.069</b>	<b>71</b>
H.U. Puerta del Mar	37.880	21.945	15.935	28.810	76	16.790	77	12.020	75
A.G.S. Campo de Gibraltar (*)	24.249	8.095	16.154	16.935	70	5.648	70	11.287	70
H.U. de Jerez de la Frontera	31.754	17.599	14.155	24.086	76	13.294	76	10.792	76
H.U. de Puerto Real	23.764	15.064	8.700	16.737	70	11.224	75	5.513	63
H.C. Sta. María Del Puerto	7.120	3.358	3.762	5.938	83	2.693	80	3.245	86
H.C. Virgen de las Montañas	7.790	3.700	4.090	6.621	85	2.925	79	3.696	90
H.C. Virgen del Camino	8.613	4.632	3.981	7.425	86	3.989	86	3.436	86
<b>Total Cádiz</b>	<b>141.170</b>	<b>74.393</b>	<b>66.777</b>	<b>106.552</b>	<b>75</b>	<b>56.563</b>	<b>76</b>	<b>49.989</b>	<b>75</b>
H.U. Reina Sofía	70.953	28.141	42.812	53.218	75	22.495	80	30.723	72
H. Infanta Margarita	12.853	5.733	7.120	10.256	80	4.666	81	5.590	79
H. Valle de los Pedroches	6.546	4.329	2.217	5.005	76	3.279	76	1.726	78
H. de Montilla	5.808	2.923	2.885	4.807	83	2.361	81	2.446	85
H.A.R. de Puente Genil	2.227	1.201	1.026	1.812	81	1.016	85	796	78
H.A.R. Valle del Guadiato	1.656	791	865	1.194	72	612	77	582	67
<b>Total Córdoba</b>	<b>100.043</b>	<b>43.118</b>	<b>56.925</b>	<b>76.292</b>	<b>76</b>	<b>34.429</b>	<b>80</b>	<b>41.863</b>	<b>74</b>
H. de Baza	6.514	4.186	2.328	4.930	76	3.071	73	1.859	80
H.U. San Cecilio	37.380	19.226	18.154	28.735	77	14.489	75	14.246	78
H. Santa Ana	10.817	6.328	4.489	8.140	75	4.659	74	3.481	78
H.U. Virgen de las Nieves	51.854	24.920	26.934	38.102	73	18.266	73	19.836	74
H.A.R. de Guadix	4.544	2.223	2.321	3.538	78	1.696	76	1.842	79
H.A.R. de Loja	2.958	1.760	1.198	2.356	80	1.384	79	972	81
<b>Total Granada</b>	<b>114.067</b>	<b>58.643</b>	<b>55.424</b>	<b>85.801</b>	<b>75</b>	<b>43.565</b>	<b>74</b>	<b>42.236</b>	<b>76</b>
H. Infanta Elena	12.830	5.526	7.304	9.258	72	3.996	72	5.262	72
H.U. Juan Ramón Jiménez	30.319	15.282	15.037	22.084	73	10.912	71	11.172	74
H. de Riotinto	5.486	3.005	2.481	3.873	71	2.105	70	1.768	71
<b>Total Huelva</b>	<b>48.635</b>	<b>23.813</b>	<b>24.822</b>	<b>35.215</b>	<b>72</b>	<b>17.013</b>	<b>71</b>	<b>18.202</b>	<b>73</b>
H. Alto Guadalquivir	6.060	3.219	2.841	4.864	80	2.682	83	2.182	77
H.U. de Jaén	29.739	18.408	11.331	21.076	71	13.086	71	7.990	71
H. San Agustín	11.338	7.096	4.242	8.724	77	5.349	75	3.375	80
H. San Juan de la Cruz	12.077	5.911	6.166	9.358	77	4.258	72	5.100	83
H.A.R. Sierra de Segura	1.737	1.314	423	1.429	82	1.092	83	337	80
H.A.R. de Alcaudete	689	342	347	551	80	272	80	279	80
H.A.R. de Alcalá la Real	1.927	922	1.005	1.476	77	672	73	804	80
<b>Total Jaén</b>	<b>63.567</b>	<b>37.212</b>	<b>26.355</b>	<b>47.478</b>	<b>75</b>	<b>27.411</b>	<b>74</b>	<b>20.067</b>	<b>76</b>
H. de Antequera	9.586	7.111	2.475	6.841	71	5.077	71	1.764	71
H. de la Serranía	7.000	4.566	2.434	5.050	72	3.545	78	1.505	62
H.U. Regional de Málaga	59.419	27.144	32.275	45.421	76	21.649	80	23.772	74
H. de La Axarquía	9.927	6.102	3.825	7.036	71	4.270	70	2.766	72
H.U. Virgen de la Victoria	46.281	20.133	26.148	35.782	77	16.094	80	19.688	75
H. Costa del Sol	23.925	11.943	11.982	17.551	73	9.189	77	8.362	70
<b>Total Málaga</b>	<b>156.138</b>	<b>76.999</b>	<b>79.139</b>	<b>117.681</b>	<b>75</b>	<b>59.824</b>	<b>78</b>	<b>57.857</b>	<b>73</b>
H.U. Virgen del Rocío	91.265	47.896	43.369	67.159	74	34.803	73	32.356	75
H.U. Virgen de Valme	34.262	18.331	15.931	25.936	76	13.604	74	12.332	77
H.U. Virgen Macarena	66.878	31.944	34.934	49.823	74	23.477	73	26.346	75
H. La Merced	11.128	5.676	5.452	9.015	81	4.552	80	4.463	82
H. San Juan de D. del Aljarafe	15.683	11.238	4.445	10.629	68	7.912	70	2.717	61
H.A.R. Sierra Norte	1.244	917	327	1.022	82	753	82	269	82
H.A.R. de Utrera	4.896	3.410	1.486	3.947	81	2.819	83	1.128	76
H.A.R. de Écija	4.531	2.992	1.539	3.516	78	2.331	78	1.185	77
H.A.R. de Lebrija	4.286	2.545	1.741	3.145	73	1.989	78	1.156	66
<b>Total Sevilla</b>	<b>234.173</b>	<b>124.949</b>	<b>109.224</b>	<b>174.192</b>	<b>74</b>	<b>92.240</b>	<b>74</b>	<b>81.952</b>	<b>75</b>
<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>	<b>922.069</b>	<b>473.611</b>	<b>448.458</b>	<b>688.244</b>	<b>75</b>	<b>355.009</b>	<b>75</b>	<b>333.235</b>	<b>74</b>

FUENTE: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

(\*) Los hospitales Punta de Europa y La Línea de la Concepción gestionan un solo Registro de Demanda Quirúrgica

00201243

## ANEXO 9.7.2

## ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DESARROLLADA EN LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS, POR ESPECIALIDADES. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

Especialidades	H. DE PONIENTE						H.I. DE PUERTO REAL						H. DE MONTILLA					
	CON GARANTÍA			SIN GARANTÍA			CON GARANTÍA			SIN GARANTÍA			CON GARANTÍA			SIN GARANTÍA		
	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec
Anestesiología y Reanimación	0	0	-	0	0	-	0	0	-	6	4	67	0	0	-	0	0	-
Angiología y Cirugía Vasculiar	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Aparato Digestivo	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cardiología	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Cardiovascular	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía General y A.D.	2.359	1.627	69	1.338	952	71	2.364	1.674	71	948	678	72	581	449	77	623	540	87
Cirugía Oral y Maxilofacial	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Ortopédica y Traumatología	2.694	1.094	41	1.148	646	56	2.856	1.840	64	984	474	48	881	680	77	428	366	86
Cirugía Pediátrica	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Plástica E. y Reparadora	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Torácica	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Dermatología MQ y Venereología	1.601	1.477	92	726	455	63	2.266	2.045	90	1.643	1.168	71	3	3	100	863	752	87
Ginecología	458	345	75	1.655	1.284	78	681	600	88	955	620	65	56	49	88	287	260	91
Hematología y Hemoterapia	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Neurocirugía	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Neurología	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Obstetricia	0	0	-	0	0	-	2	1	50	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Oftalmología	2.737	2.195	80	941	622	66	4.483	3.259	73	1.348	617	-	1.037	863	83	213	162	76
Otorrinolaringología	1.006	696	69	748	455	61	896	718	80	782	586	75	133	113	85	103	82	80
Pediatría	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Psiquiatría	0	0	-	0	0	-	0	0	-	26	21	81	0	0	-	0	0	-
Urología	750	581	77	1.061	716	67	1.516	1.087	72	2.004	1.345	67	232	204	88	368	284	77
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>11.605</b>	<b>8.015</b>	<b>69</b>	<b>7.617</b>	<b>5.130</b>	<b>67</b>	<b>15.064</b>	<b>11.224</b>	<b>75</b>	<b>8.700</b>	<b>5.513</b>	<b>63</b>	<b>2.923</b>	<b>2.361</b>	<b>81</b>	<b>2.885</b>	<b>2.446</b>	<b>85</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

## ANEXO 9.7.2 Continuación

Especialidades	H. DE BAZA						H. DE RIOTINTO						H. SAN JUAN DE LA CRUZ					
	CON GARANTÍA			SIN GARANTÍA			CON GARANTÍA			SIN GARANTÍA			CON GARANTÍA			SIN GARANTÍA		
	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec									
Anestesiología y Reanimación	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	505	441	87
Angiología y Cirugía Vasculor	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Aparato Digestivo	0	0	-	97	89	92	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cardiología	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Cardiovascular	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía General y A.D.	643	418	65	273	212	78	839	633	75	1.008	748	74	1.419	941	66	1.184	980	83
Cirugía Oral y Maxilofacial	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Ortopédica y Traumatología	810	413	51	453	329	73	583	314	54	480	313	65	1.163	604	52	1.184	1.005	85
Cirugía Pediátrica	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Plástica E. y Reparadora	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Cirugía Torácica	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Dermatología MQ y Venereología	353	347	98	629	579	92	0	0	-	0	0	-	743	721	97	19	19	100
Ginecología	139	118	85	276	213	77	98	73	74	167	129	77	290	257	89	736	639	87
Hematología y Hemoterapia	0	0	-	0	0	-	0	0	-	1	1	100	0	0	-	0	0	-
Neurocirugía	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Neurología	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Obstetricia	0	0	-	0	0	-	0	0	-	17	17	100	0	0	-	0	0	-
Oftalmología	1.717	1.350	79	140	104	74	834	633	76	309	253	82	1.378	1.077	78	1.249	1.082	87
Otorrinolaringología	274	235	86	188	148	79	397	262	66	293	159	54	393	259	66	463	260	56
Pediatría	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Psiquiatría	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Urología	250	190	76	272	185	68	254	190	75	206	148	72	525	399	76	826	674	82
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>4.186</b>	<b>3.071</b>	<b>73</b>	<b>2.328</b>	<b>1.859</b>	<b>80</b>	<b>3.005</b>	<b>2.105</b>	<b>70</b>	<b>2.481</b>	<b>1.768</b>	<b>71</b>	<b>5.911</b>	<b>4.258</b>	<b>72</b>	<b>6.166</b>	<b>5.100</b>	<b>83</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

## ANEXO 9.7.2 Continuación.

Especialidades	H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA				H.U. VIRGEN DEL ROCÍO				H.U. VIRGEN MACARENA									
	CON GARANTÍA		SIN GARANTÍA		CON GARANTÍA		SIN GARANTÍA		CON GARANTÍA		SIN GARANTÍA							
	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec (3)	Nº Inscripciones (1)	Bajas (2)	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec	Nº Inscripciones	Bajas	% Ejec			
Anestesiología y Reanimación	0	0	-	0	0	-	2.998	2.226	74	0	0	0	3.936	3.305	84			
Angiología y Cirugía Vasculor	1.690	1.168	69	839	670	80	703	496	88	525	436	88	0	0	-			
Aparato Digestivo	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	4.169	3.984	96			
Cardiología	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	81	77	95			
Cirugía Cardiovascular	635	570	90	69	63	91	1.039	845	81	845	733	96	777	744	96			
Cirugía General y A.D.	4.203	3.418	81	6.143	5.169	84	6.926	4.971	72	4.971	1.784	52	2.824	2.029	72			
Cirugía Oral y Maxilofacial	0	0	-	0	0	-	1.077	914	85	914	5.385	80	425	4.340	82			
Cirugía Ortopédica y Traumatología	1.743	1.240	71	5.220	3.747	72	6.030	3.429	57	3.429	4.993	79	4.429	3.353	78			
Cirugía Pediátrica	0	0	-	0	0	-	1.456	1.041	71	1.041	1.178	72	153	502	75			
Cirugía Plástica E. y Reparadora	0	0	-	1	0	0	3.076	2.213	72	2.213	1.756	66	804	378	75			
Cirugía Torácica	0	0	-	0	0	-	142	130	92	130	641	93	226	860	45			
Dermatología M.Q. y Venereología	3.921	3.146	80	493	301	61	4.338	3.892	90	3.892	778	76	3.426	2.720	79			
Ginecología	516	368	71	3.281	2.642	81	1.654	1.444	87	1.444	3.753	85	907	686	76			
Hematología y Hemoterapia	0	0	-	0	0	-	2.119	1.571	74	1.571	845	76	375	278	74			
Neurocirugía	0	0	-	0	0	-	85	62	73	62	62	73	0	7	71			
Neurología	0	0	-	0	0	-	735	671	91	671	671	91	0	0	-			
Obstetricia	4.823	4.090	85	5.671	4.082	72	14.015	9.715	69	9.715	1.757	69	10.309	7.546	73			
Oftalmología	659	531	81	1.795	1.171	65	2.193	1.652	75	1.652	1.017	58	1.562	1.172	75			
Otorrinolaringología	0	0	-	0	0	-	3	0	0	0	1.383	77	0	0	-			
Pediatría	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-			
Psiquiatría	1.943	1.563	80	2.635	1.842	70	3.125	2.461	79	2.461	1.652	57	2.595	1.881	72			
Urología	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-			
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>20.133</b>	<b>16.094</b>	<b>80</b>	<b>26.148</b>	<b>19.688</b>	<b>75</b>	<b>47.896</b>	<b>34.803</b>	<b>73</b>	<b>34.803</b>	<b>32.356</b>	<b>75</b>	<b>31.944</b>	<b>23.477</b>	<b>73</b>	<b>34.934</b>	<b>26.346</b>	<b>75</b>

FUENTE: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

00201243

ANEXO 9.8.1

Nombre AH	DEMORA MEDIA DE LAS INTERVENCIONES EN LOS CENTROS DEL SSPA. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)										Demora media: Procedimientos SIN plazo de respuesta Garantizado		
	Demora media en las intervenciones de Procedimientos CON plazo de respuesta Garantizado a 90 días (1)			Demora media en las intervenciones de Procedimientos CON plazo de respuesta Garantizado a 120 días			Demora media en las intervenciones de Procedimientos CON plazo de respuesta Garantizado a 180 días			Demora media en las intervenciones de Procedimientos SIN plazo de respuesta Garantizado			
Nº Inscr. con Gar. a 90 días	Nº Inscr. con demora 90 días	% de Inscr. con demora	Promedio días de demora	Nº Inscr. con Gar. a 120 días	% de Inscr. con demora	Promedio días de demora	Nº Inscr. con Gar. a 180 días	% de Inscr. con demora	Promedio días de demora	Nº Inscr. con demora > 365 días	% de Inscr. con demora > 365 días	Interv. > 365 días Promedio (2)	
H.U. Inmaculadas	-	-	-	3.391	41	1,21	1,315	1	0,03	67	0,2	493	
H.U. Torredillas	-	-	-	3.674	21	0,57	6.789	786	21,4	122	3,3	443	
H. de Poniente	-	-	-	4.131	38	0,92	3.884	464	11,1	68	1,6	426	
H.A.R. El Tuyo	-	-	-	1.039	191	18,4	8,55	72	8,8	30	3,6	402	
<b>Total Almería</b>	<b>564</b>	<b>125</b>	<b>22</b>	<b>11.235</b>	<b>32</b>	<b>0,28</b>	<b>12.723</b>	<b>1.346</b>	<b>11</b>	<b>10,734</b>	<b>407</b>	<b>419</b>	
H.U. Puerta del Mar	-	-	-	6.429	56	0,87	9.470	179	2,7	6.129	309	436	
A.G.S. Grupo de Gibraltar (*)	-	-	-	2.299	362	15,8	3.343	262	8	42	6.378	180	
H.U. de Jerez de la Fria	-	-	-	6.613	995	15,0	6.565	368	5,5	29	5.218	71	
H.U. de Puerto Real	-	-	-	5.413	939	17,3	5.811	534	9,2	32	3.086	184	
H.U. Virgen de las Nieves	-	-	-	1.826	19	1,0	807	4	0,2	13	0,8	389	
H.C. Virgen de las Montañas	-	-	-	1.980	8	0,4	945	0	0	0	0	0	
H.C. Virgen del Camino	-	-	-	2.575	6	0,2	1.414	0	0	1.713	0	411	
<b>Total Cádiz</b>	<b>564</b>	<b>125</b>	<b>22</b>	<b>27.135</b>	<b>1.985</b>	<b>7,3</b>	<b>28.415</b>	<b>1.347</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>24.514</b>	<b>417</b>	
H.U. Reina Sofía	500	96	19	9.981	160	1,6	11.187	443	4,4	35.980	272	405	
H. Infanta Margarita	-	-	-	2.912	144	4,9	1.794	47	3	19	2.865	5	
H. Valle de los Pedroches	-	-	-	1.876	293	15,6	1.403	185	13	84	856	32	
H. de Montilla	-	-	-	1.651	84	5,1	710	2	0,3	19	1.228	0	
H.A.R. de Fuente Ovejún	-	-	-	830	0	0	206	0	0	363	0	0	
H.A.R. Valle de Guadalupe	-	-	-	456	0	0	316	0	0	335	0	371	
<b>Total Córdoba</b>	<b>500</b>	<b>96</b>	<b>19</b>	<b>17.726</b>	<b>2.098</b>	<b>12</b>	<b>15.376</b>	<b>677</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>21.607</b>	<b>310</b>	
H. de Baza	-	-	-	1.985	172	8,7	1.086	153	12	107	1.083	16	
H. de Baños	-	-	-	2.488	37	1,5	2.174	279	11,3	25	1.827	145	
H. de Santa Ana	-	-	-	7.506	218	2,9	10.271	1.861	18	82	9.502	247	
H.U. Virgen de las Nieves	443	77	17	24	0,1	0	768	0	0	964	0	0	
H.A.R. de Guadix	-	-	-	752	440	58,1	632	22	3,5	556	5	446	
H.A.R. de Loja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Total Granada</b>	<b>443</b>	<b>77</b>	<b>17</b>	<b>21.159</b>	<b>7.093</b>	<b>33</b>	<b>21.856</b>	<b>3.890</b>	<b>18</b>	<b>65</b>	<b>21.289</b>	<b>405</b>	
H. Infanta Elena	-	-	-	2.333	360	15,4	1.663	205	12	82	2.666	30	
H.U. Juan Ramón Jiménez	-	-	-	5.183	1.232	24	5.710	863	15	52	5.701	55	
H. de Rótoto	-	-	-	1.173	239	20,4	932	126	14	52	522	43	
<b>Total Huelva</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8.689</b>	<b>1.831</b>	<b>21</b>	<b>8.305</b>	<b>1.194</b>	<b>14</b>	<b>62</b>	<b>9.289</b>	<b>130</b>	
H. Alto Guadalquivir	-	-	-	1.756	0	0	926	0	0	1.247	3	388	
H.U. de Ján	-	-	-	5.573	1.066	19	7.513	1.472	20	67	4.181	92	
H. San Agustín de las Cuevas	-	-	-	2.683	1.029	38	2.666	290	11	80	1.611	59	
H.A.R. de San Juan de los Rios	-	-	-	754	20	2,6	1.144	124	10,8	46	2.175	0	
H.A.R. Sierra de Segura	-	-	-	239	0	0	33	0	0	141	0	0	
H.A.R. de Alcaudete	-	-	-	485	3	0,6	187	0	0	368	0	0	
H.A.R. de Alcalá la Real	-	-	-	13.572	2.851	21	13.839	1.956	14	65	10.143	186	
<b>Total Jaén</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>13.572</b>	<b>2.851</b>	<b>21</b>	<b>13.839</b>	<b>1.956</b>	<b>14</b>	<b>65</b>	<b>10.143</b>	<b>186</b>	
H. de Antequera	-	-	-	2.600	514	20	2.477	286	12	50	840	144	
H. de la Serranía	-	-	-	2.303	525	23	1.242	205	17	16	980	60	
H.U. Regional de Málaga	386	100	26	7.436	540	7,3	13.532	863	6	26	12.565	346	
H. de la Asarquía	-	-	-	2.559	1.227	48	1.711	275	16	28	1.407	126	
H.U. Virgen de la Victoria	541	98	18	6.661	261	3,9	4.832	188	3,5	10.230	341		
<b>Total Málaga</b>	<b>927</b>	<b>198</b>	<b>21</b>	<b>26.203</b>	<b>3.568</b>	<b>14</b>	<b>32.392</b>	<b>2.237</b>	<b>7</b>	<b>29</b>	<b>30.559</b>	<b>1.024</b>	
H.U. Virgen del Rocío	628	253	40	14.244	3.282	23	13.814	1.722	10	1729	31	417	
H.U. Virgen de la Salud	-	-	-	1.036	463	45	1.032	132	13	38	1.659	2	
H.U. Virgen Macarena	498	176	35	11.036	3.157	29	11.785	1.276	11	40	13.737	697	
H. La Merced	-	-	-	3.095	156	5	1.457	70	5	24	2.165	120	
H.S. Juan de Dios del Aljarafe	-	-	-	4.706	1.744	37	3.206	554	17	28	1.633	50	
H.A.R. Sierra N. (Málaga)	-	-	-	569	0	0	204	0	0	179	0	0	
H.A.R. de Alora	-	-	-	1.538	0	0	1.301	0	0	614	0	0	
H.A.R. de Écija	-	-	-	1.098	1	0,1	1.233	0	0	697	0	0	
H.A.R. de Lebrija	-	-	-	1.264	5	0,4	725	0	0	700	2	0,3	
<b>Total Sevilla</b>	<b>1.126</b>	<b>429</b>	<b>38</b>	<b>44.418</b>	<b>9.349</b>	<b>21</b>	<b>46.391</b>	<b>4.895</b>	<b>11</b>	<b>35</b>	<b>43.456</b>	<b>1.545</b>	
<b>Total Andalucía</b>	<b>3.560</b>	<b>925</b>	<b>26</b>	<b>170.137</b>	<b>32.280</b>	<b>19</b>	<b>179.297</b>	<b>17.542</b>	<b>10</b>	<b>45</b>	<b>172.081</b>	<b>4.557</b>	

(\*) Los Hospitales Punta de Europa y la línea de la Concepción gestionan un solo registro de Demanda Quirúrgica

Elaboración: CCA



## ANEXO 9.8.2

## POR ESPECIALIDADES DE LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

## DEMORA MEDIA DE INTERVENCIONES CON PLAZO DE GARANTÍA DE 90 DÍAS

AH RESPONSABLE MUESTRA	ESPECIALIDAD	Nº TOTAL DE INSCRIPCIONES	Nº DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	% DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	DÍAS DE DEMORA SOBRE PLAZO 90
H.U. Virgen del Rocío	Cirugía Cardiovascular	628	253	40	47
H.U. Virgen Macarena	Cirugía Cardiovascular	498	176	35	29
H.U. Virgen de la Victoria	Cirugía Cardiovascular	541	98	18	16
<b>Total general</b>		<b>1.667</b>	<b>527</b>	<b>32</b>	<b>35</b>

## DEMORA MEDIA DE INTERVENCIONES CON PLAZO DE GARANTÍA DE 120 DÍAS

AH RESPONSABLE MUESTRA	ESPECIALIDAD	Nº TOTAL DE INSCRIPCIONES	Nº DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	% DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	DÍAS DE DEMORA SOBRE PLAZO 120
H.U. Virgen del Rocío	Angiología y Cirugía Vascular	118	21	18	16
	Cirugía General y A.D.	2.309	664	29	25
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	2.069	572	28	45
	Cirugía Pediátrica	347	70	20	30
	Cirugía Plástica E. y Reparadora	6	3	50	49
	Dermatología MQ y Venereología	1	0	0	-
	Neurocirugía	22	5	23	40
	Oftalmología	8.398	1.647	20	77
	Otorrinolaringología	685	115	17	18
	Urología	259	105	41	37
<b>Total</b>		<b>14.214</b>	<b>3.202</b>	<b>23</b>	<b>55</b>
H.U. Virgen Macarena	Cirugía Cardiovascular	330	203	62	35
	Cirugía General y A.D.	1.928	648	34	21
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	1.558	703	45	46
	Cirugía Pediátrica	42	18	43	12
	Cirugía Plástica E. y Reparadora	158	21	13	11
	Ginecología	2	0	0	-
	Neurocirugía	9	0	0	-
	Oftalmología	6.495	1.405	22	19
	Otorrinolaringología	330	65	20	18
	Urología	184	115	63	36
<b>Total</b>		<b>11.036</b>	<b>3.178</b>	<b>29</b>	<b>27</b>
H.U. de Puerto Real	Cirugía General y A.D.	887	19	2	14
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	1.282	392	31	24
	Ginecología	1	0	0	-
	Oftalmología	2.864	474	17	12
	Otorrinolaringología	271	0	0	-
		Urología	108	54	50
<b>Total</b>		<b>5.413</b>	<b>939</b>	<b>17</b>	<b>19</b>
H. de Baza	Cirugía General y A.D.	270	44	16	17
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	273	112	41	70
	Oftalmología	1.293	12	1	8
	Otorrinolaringología	140	0	0	-
		Urología	9	4	44
<b>Total</b>		<b>1.985</b>	<b>172</b>	<b>9</b>	<b>54</b>

## ANEXO 9.8.2. Continuación

## DEMORA MEDIA DE INTERVENCIONES CON PLAZO DE GARANTÍA DE 120 DÍAS

AH RESPONSABLE MUESTRA	ESPECIALIDAD	Nº TOTAL DE INSCRIPCIONES	Nº DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	% DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	DÍAS DE DEMORA SOBRE PLAZO 120
H. U. Virgen de la Victoria	Angiología y Cirugía Vascolar	913	95	10	76
	Cirugía General y A.D.	1.295	127	10	26
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	817	101	12	28
	Oftalmología	3.375	103	3	33
	Otorrinolaringología	82	4	5	25
	Urología	179	41	23	29
<b>Total</b>		<b>6.661</b>	<b>471</b>	<b>7</b>	<b>38</b>
H. de Riotinto	Cirugía General y A.D.	273	68	25	28
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	206	61	30	48
	Oftalmología	600	64	11	18
	Otorrinolaringología	81	42	52	47
	Urología	13	4	31	81
<b>Total</b>		<b>1.173</b>	<b>239</b>	<b>20</b>	<b>35</b>
H. San Juan de la Cruz	Cirugía General y A.D.	568	106	19	10
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	301	158	52	115
	Oftalmología	1.071	424	40	13
	Otorrinolaringología	119	60	50	43
	Urología	23	5	22	18
<b>Total</b>		<b>2.082</b>	<b>753</b>	<b>36</b>	<b>36</b>
H. de Poniente	Cirugía General y A.D.	948	458	48	52
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	672	441	66	78
	Ginecología	1	1	100	19
	Oftalmología	2.110	529	25	23
	Otorrinolaringología	316	133	42	37
	Urología	84	14	17	12
<b>Total</b>		<b>4.131</b>	<b>1.576</b>	<b>38</b>	<b>48</b>
H. de Montilla	Cirugía General y A.D.	298	35	12	14
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	491	10	2	25
	Dermatología MQ y Venereología	3	0	0	-
	Oftalmología	826	38	5	19
	Otorrinolaringología	29	1	3	35
	Urología	4	0	0	-
<b>Total</b>		<b>1.651</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>18</b>
<b>Total general</b>		<b>48.346</b>	<b>10.614</b>	<b>22</b>	<b>40</b>

FUENTE: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

## ANEXO 9.8.2. Continuación

## DEMORA MEDIA DE INTERVENCIONES CON PLAZO DE GARANTÍA DE 180 DÍAS

AH RESPONSABLE MUESTRA	ESPECIALIDAD	Nº TOTAL DE INSCRIPCIONES	Nº DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	% DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	DÍAS DE DEMORA SOBRE PLAZO 180
Hospital Universitario Virgen del Rocío	Angiología y Cirugía Vascolar	407	1	0	18
	Cirugía Cardiovascular	217	8	4	21
	Cirugía General y A.D.	2.662	583	22	22
	Cirugía Oral y Maxilofacial	914	1	0	15
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	1.360	587	43	72
	Cirugía Pediátrica	694	107	15	32
	Cirugía Plástica E. y Reparadora	2.060	93	5	60
	Cirugía Torácica	130	0	0	-
	Dermatología MQ y Venereología	3.891	4	0	17
	Ginecología	1.444	6	0	7
	Neurocirugía	1.549	231	15	44
	Oftalmología	1.317	108	8	49
	Otorrinolaringología	967	108	11	19
Urología	2.202	85	4	24	
<b>Total</b>		<b>19.814</b>	<b>1.922</b>	<b>10</b>	<b>44</b>
Hospital Universitario Virgen Macarena	Cirugía Cardiovascular	429	11	3	34
	Cirugía General y A.D.	1.899	356	19	34
	Cirugía Oral y Maxilofacial	340	5	1	10
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	1.322	449	34	53
	Cirugía Pediátrica	87	0	0	-
	Cirugía Plástica E. y Reparadora	254	12	5	39
	Cirugía Torácica	191	0	0	-
	Dermatología MQ y Venereología	2.720	2	0	33
	Ginecología	684	9	1	16
	Neurocirugía	269	29	11	26
	Oftalmología	1.051	115	11	42
	Otorrinolaringología	842	48	6	16
	Urología	1.697	240	14	35
<b>Total</b>		<b>11.785</b>	<b>1.276</b>	<b>11</b>	<b>40</b>
Hospital Universitario de Puerto Real	Cirugía General y A.D.	787	15	2	22
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	558	326	58	36
	Dermatología MQ y Venereología	2.045	0	0	-
	Ginecología	599	48	8	25
	Obstetricia	1	0	0	-
	Oftalmología	395	107	27	25
	Otorrinolaringología	447	0	0	-
	Urología	979	38	4	30
<b>Total</b>		<b>5.811</b>	<b>534</b>	<b>9</b>	<b>32</b>
Hospital de Baza	Cirugía General y A.D.	148	13	9	9
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	140	109	78	127
	Dermatología MQ y Venereología	347	0	0	-
	Ginecología	118	0	0	-
	Oftalmología	57	2	4	5
	Otorrinolaringología	95	0	0	-
Urología	181	11	6	46	
<b>Total</b>		<b>1.086</b>	<b>135</b>	<b>12</b>	<b>107</b>

## ANEXO 9.8.2. Continuación

## DEMORA MEDIA DE INTERVENCIONES CON PLAZO DE GARANTÍA DE 180 DÍAS

AH RESPONSABLE MUESTRA	ESPECIALIDAD	Nº TOTAL DE INSCRIPCIONES	Nº DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	% DE INSCRIPCIONES CON DEMORA	DÍAS DE DEMORA SOBRE PLAZO 180
Hospital Universitario Virgen de la Victoria	Angiología y Cirugía Vascolar	255	14	5	38
	Cirugía Cardiovascular	29	1	3	25
	Cirugía General y A.D.	2.123	49	2	37
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	423	50	12	38
	Dermatología MQ y Venereología	3.146	116	4	19
	Ginecología	368	42	11	64
	Oftalmología	715	39	5	46
	Otorrinolaringología	449	10	2	24
	Urología	1.384	62	4	36
<b>Total</b>		<b>8.892</b>	<b>383</b>	<b>4</b>	<b>35</b>
Hospital de Riotinto	Cirugía General y A.D.	360	39	11	33
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	108	49	45	64
	Ginecología	73	0	0	-
	Oftalmología	33	6	18	35
	Otorrinolaringología	181	19	10	35
	Urología	177	13	7	91
<b>Total</b>		<b>932</b>	<b>126</b>	<b>14</b>	<b>52</b>
Hospital San Juan de la Cruz	Cirugía General y A.D.	373	20	5	4
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	303	129	43	67
	Dermatología MQ y Venereología	721	0	0	-
	Ginecología	257	0	0	-
	Oftalmología	6	1	17	8
	Otorrinolaringología	140	20	14	23
	Urología	376	24	6	10
<b>Total</b>		<b>2.176</b>	<b>194</b>	<b>9</b>	<b>48</b>
Hospital de Poniente	Cirugía General y A.D.	679	185	27	47
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	422	158	37	126
	Dermatología MQ y Venereología	1.477	3	0	9
	Ginecología	344	7	2	15
	Oftalmología	85	7	8	61
	Otorrinolaringología	380	53	14	22
	Urología	497	51	10	21
<b>Total</b>		<b>3.884</b>	<b>464</b>	<b>12</b>	<b>68</b>
Hospital de Montilla	Cirugía General y A.D.	151	0	0	-
	Cirugía Ortopédica y Traumatología	189	0	0	-
	Ginecología	49	0	0	-
	Oftalmología	37	2	5	19
	Otorrinolaringología	84	0	0	-
	Urología	200	0	0	-
<b>Total</b>		<b>710</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
<b>Total general</b>		<b>55.090</b>	<b>5.036</b>	<b>9</b>	<b>45</b>

FUENTE: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

00201243

## ANEXO 9.9.1

## SITUACIÓN DE LOS PACIENTES EN LEQ DE LOS HOSPITALES DEL SSPA (A SEPTIEMBRE DE 2019)

## TIEMPO MEDIO DE ESPERA

AH RESPONSABLE	Total Inscripciones	Pacientes Pendientes	% Pacientes Pdes./ Total Inscripciones	Tiempo medio en Registro de Demanda Quirúrgica. (Días)
H. La Inmaculada	9.723	2.075	21	128
H.U. Torrecárdenas	30.408	6.339	21	179
H. de Poniente	19.222	3.939	20	124
H.A.R. El Toyo	4.923	791	16	128
<b>Total ALMERÍA</b>	<b>64.276</b>	<b>13.144</b>	<b>20</b>	<b>140</b>
H.U. Puerta del Mar	37.880	5.650	15	114
A.G.S. Campo de Gibraltar (*)	24.249	4.436	18	150
H.U. Jerez de la Frontera	31.754	4.191	13	93
H.U. Puerto Real	23.764	4.224	18	116
H. Concertado Sta. María Del Puerto	7.120	672	9	63
H. Concertado Virgen de las Montañas	7.790	565	7	57
H. Concertado Virgen del Camino	8.613	597	7	146
<b>Total CÁDIZ</b>	<b>141.170</b>	<b>20.335</b>	<b>14</b>	<b>106</b>
H.U. Reina Sofía	70.953	9.306	13	112
H. Infanta Margarita	12.853	1.506	12	81
H. Valle de los Pedroches	6.546	967	15	90
H. de Montilla	5.808	553	10	58
H.A.R.de Puente Genil	2.227	159	7	39
H.A.R. Valle del Guadiato	1.656	292	18	62
<b>Total CÓRDOBA</b>	<b>100.043</b>	<b>12.783</b>	<b>13</b>	<b>74</b>
H. de Baza	6.514	998	15	116
H.U. San Cecilio	37.380	5.667	15	131
H. Santa Ana	10.817	1.804	17	110
H.U. Virgen de las Nieves	51.854	8.805	17	133
H.A.R. de Guadix	4.544	595	13	86
H.A.R. de Loja	2.958	300	10	87
<b>Total GRANADA</b>	<b>114.067</b>	<b>18.169</b>	<b>16</b>	<b>111</b>
H. Infanta Elena	12.830	2.113	16	107
H.U. Juan Ramón Jiménez	30.319	4.894	16	104
H. de Ríotinto	5.486	1.097	20	135
<b>Total HUELVA</b>	<b>48.635</b>	<b>8.104</b>	<b>17</b>	<b>115</b>
H. Alto Guadalquivir	6.060	610	10	74
H.U. de Jaén	29.739	5.867	20	130
H. San Agustín	11.338	1.577	14	90
H. San Juan de la Cruz	12.077	1.626	13	116
H.A.R. Sierra de Segura	1.737	116	7	60
H.A.R. de Alcaudete	689	59	9	50
H.A.R. de Alcalá la Real	1.927	196	10	55
<b>Total JAÉN</b>	<b>63.567</b>	<b>10.051</b>	<b>16</b>	<b>82</b>
H. de Antequera	9.586	1.692	18	118
H. de la Serranía	7.000	1.376	20	136
H.U. Regional de Málaga	59.419	8.913	15	126
H. de la Axarquía	9.927	2.202	22	144
H.U. Virgen de la Victoria	46.281	7.046	15	137
H. Costa del Sol	23.925	3.917	16	82
<b>Total MÁLAGA</b>	<b>156.138</b>	<b>25.146</b>	<b>16</b>	<b>124</b>
H.U. Virgen del Rocío	91.265	15.711	17	126
H.U. Virgen de Valme	34.262	5.339	16	100
H.U. Virgen Macarena	66.878	12.063	18	133
H. La Merced	11.128	1.287	12	119
H. San Juan de Dios del Aljarafe	15.683	3.471	22	111
H.A.R. Sierra Norte	1.244	103	8	62
H.A.R. de Utrera	4.896	437	9	45
H.A.R. de Écija	4.531	556	12	54
H.A.R. de Lebrija	4.286	730	17	96
<b>Total SEVILLA</b>	<b>234.173</b>	<b>39.697</b>	<b>17</b>	<b>94</b>
<b>Total ANDALUCÍA</b>	<b>922.069</b>	<b>147.429</b>	<b>16</b>	<b>106</b>

FUENTE: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica Elaboración: CCA

(\*) Los hospitales Punta de Europa y La Línea de la Concepción gestionan un solo Registro de Demanda Quirúrgica

## ANEXO 9.9.2

ESPECIALIDADES	SITUACIÓN EN LEQ DE LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS, POR ESPECIALIDADES. (A SEPTIEMBRE DE 2019). TIEMPO MEDIO DE ESPERA													Total por Especialidad	% Total
	Hospital de Poniente	H.U. de Puerto Real	Hospital de Montilla	Hospital de Baza	Hospital de Riotinto	Hospital San Juan de la Cruz	H.U. Virgen de la Victoria	H. Virgen del Rocío	H. Virgen de Macarena	H. de Inscripciones	Pacientes Pendientes	Tiempo medio en RDQ	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.		
Anestesiología y Reanimación	Nº de Inscripciones	6	-	-	-	505	-	2.998	3.936	-	-	-	7.445	3%	
	Pacientes Pendientes	0	-	-	-	41	-	43	326	-	-	-	410	1%	
	Tiempo medio en RDQ	N/A	-	-	-	60	-	77	132	-	-	-	119		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	0	-	-	-	8	-	1	8	-	-	-	6		
Angiología y Cirugía Vasculár	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	2.529	-	1.199	-	-	-	-	3.728	1%	
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	358	-	118	-	-	-	-	476	1%	
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	63	-	73	-	-	-	-	65		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	14	-	10	-	-	-	-	13		
Aparato Digestivo	Nº de Inscripciones	-	-	-	97	-	-	-	4.169	-	-	-	4.266	2%	
	Pacientes Pendientes	-	-	-	2	-	-	-	58	-	-	-	60	0%	
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	198	-	-	-	54	-	-	-	58		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	1		
Cardiología	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	-	-	-	81	-	-	-	81	0%	
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	0	0%	
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	-	-	-	N/A	-	-	-	N/A		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	0		
Cirugía Cardiovascular	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	704	-	1.806	2.329	-	-	-	4.839	2%	
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	34	-	115	191	-	-	-	340	1%	
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	59	-	73	79	-	-	-	75		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	5	-	6	8	-	-	-	7		
Cirugía General y A.D.	Nº de Inscripciones	3.697	3.312	1.204	916	1.847	2.603	10.346	8.005	-	-	-	42.276	15%	
	Pacientes Pendientes	583	601	130	187	298	327	957	1.366	-	-	-	6.927	15%	
	Tiempo medio en RDQ	72	98	63	134	143	67	105	139	102	-	-	113		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	16	18	11	20	16	13	9	24	17	-	-	16		
Cirugía Oral y Maxilofacial	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	-	-	7.843	5.721	-	-	-	13.564	5%	
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	413	645	-	-	-	1.058	2%	
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	-	-	35	101	-	-	-	75		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	5	11	-	-	-	8		
Cirugía Ortopédica y Traumatología	Nº de Inscripciones	3.842	3.840	1.309	1.263	1.063	2.347	12.326	8.741	-	-	-	41.694	15%	
	Pacientes Pendientes	1.685	936	139	363	301	526	1.369	1.729	-	-	-	9.777	21%	
	Tiempo medio en RDQ	178	147	62	144	140	186	102	99	133	-	-	131		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	44	24	11	29	28	22	20	22	20	-	-	23		
Cirugía Pediátrica	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	-	-	3.092	655	-	-	-	3.747	1%	
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	699	93	-	-	-	792	2%	
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	-	-	146	85	-	-	-	139		
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	23	14	-	-	-	21		

## ANEXO 9.9.2. Continuación

ESPECIALIDADES	SITUACIÓN DE LOS PACIENTES EN LEQ DE LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS, POR ESPECIALIDADES. (A SEPTIEMBRE DE 2019). TIEMPO MEDIO DE ESPERA											Total por Especialidad	% Total		
	Hospital de Poniente	H.U. de Puerto Real	Hospital de Montilla	Hospital de Baza	Hospital de Riotinto	Hospital San Juan de la Cruz	H.U. Virgen de la Victoria	H. Virgen del Rocío	H. Virgen de Macarena	H. U. Virgen de la Victoria	H. U. Virgen de la Victoria				
Cirugía Plástica E. y Reparadora	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.741	2.707	8.449	3%
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.399	1.039	2.439	5%
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	246	240	243	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	24	38	29	
Cirugía Torácica	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	829	803	1.632	1%
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	53	69	0%
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34	45	42	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	4	
Dermatología MQ y Venerología	Nº de Inscripciones	2.327	3.909	866	982	-	762	4.414	5.367	4.699	-	5.367	4.699	23.326	8%
	Pacientes Pendientes	243	465	56	18	-	0	482	407	946	-	407	946	2.617	6%
	Tiempo medio en RDQ	126	105	65	12	-	N/A	124	91	149	-	91	149	123	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	10	12	6	2	-	0	11	8	20	-	8	20	11	
Ginecología	Nº de Inscripciones	2.113	1.636	343	415	265	1.026	3.797	6.077	3.412	-	6.077	3.412	19.084	7%
	Pacientes Pendientes	293	297	21	39	25	42	491	533	749	-	533	749	2.490	5%
	Tiempo medio en RDQ	81	138	28	60	58	35	95	73	189	-	73	189	120	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	14	18	6	9	9	4	13	9	22	-	9	22	13	
Hematología y Hemoterapia	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	1	-	-	1.693	-	-	1.693	-	1.694	1%
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	-	34	-	-	34	-	34	0%
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	N/A	-	-	34	N/A	-	34	N/A	34	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	2	
Neurocirugía	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	-	-	-	3.229	496	-	3.229	496	3.725	1%
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	-	537	71	-	537	71	608	1%
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	-	-	-	144	97	-	144	97	138	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	-	17	14	-	17	14	16	
Neurología	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	-	-	-	85	7	-	85	7	92	0%
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	-	15	0	-	15	0	15	0%
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	-	-	-	159	N/A	-	159	N/A	159	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	-	18	0	-	18	0	16	
Obstetricia	Nº de Inscripciones	-	6	-	-	17	-	1	735	-	1	735	-	759	0%
	Pacientes Pendientes	-	5	-	-	0	-	0	46	-	0	46	-	51	0%
	Tiempo medio en RDQ	-	90	-	-	N/A	-	N/A	48	-	N/A	48	-	52	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	-	83	-	-	0	-	0	6	-	0	6	-	7	
Oftalmología	Nº de Inscripciones	3.678	5.831	1.250	1.857	1.143	2.627	10.494	16.551	13.047	-	16.551	13.047	56.478	20%
	Pacientes Pendientes	484	1.132	138	258	176	273	1.939	3.603	3.082	-	3.603	3.082	11.085	23%
	Tiempo medio en RDQ	57	90	49	61	51	48	53	104	95	-	104	95	85	
	% Pac. Pdtes./Nº Inscrip.	13	19	11	14	15	10	18	22	24	-	22	24	20	

## ANEXO 9.9.2. Continuación

ESPECIALIDADES	SITUACIÓN DE LOS PACIENTES EN LEQ DE LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS. POR ESPECIALIDADES. (A SEPTIEMBRE DE 2019). TIEMPO MEDIO DE ESPERA													Total por Especialidad	% Total
	Hospital de Poniente	H.U. de Puerto Real	Hospital de Montilla	Hospital de Baza	Hospital de Riotinto	Hospital de Juan de la Cruz	H.U. Virgen de la Victoria	H. Virgen del Rocío	H. Virgen de Macarena	TIEMPO MEDIO DE ESPERA					
Otorrinolaringología	Nº de Inscripciones	1.754	1.678	236	462	690	856	3.946	3.461				15.537	6%	
	Pacientes Pendientes	344	243	28	36	221	242	917	553				3.205	7%	
	Tiempo medio en RDQ	90	86	54	70	151	144	170	93				120		
	% Pac. Pdttes./Nº Inscrip.	20	14	12	8	32	28	23	16				21		
Pediatria	Nº de Inscripciones	-	-	-	-	-	-	1.386	354				1.740	1%	
	Pacientes Pendientes	-	-	-	-	-	-	217	0				217	0%	
	Tiempo medio en RDQ	-	-	-	-	-	-	110	N/A				110		
	% Pac. Pdttes./Nº Inscrip.	-	-	-	-	-	-	16	0				12		
Psiquiatría	Nº de Inscripciones	-	26	-	-	-	-	-	-				26	0%	
	Pacientes Pendientes	-	2	-	-	-	-	-	-				2	0%	
	Tiempo medio en RDQ	-	52	-	-	-	-	-	-				52		
	% Pac. Pdttes./Nº Inscrip.	-	8	-	-	-	-	-	-				8		
Urología	Nº de Inscripciones	1.811	3.520	600	522	460	1.351	6.016	4.255				23.113	8%	
	Pacientes Pendientes	307	543	41	95	76	175	1.392	1.162				4.585	10%	
	Tiempo medio en RDQ	95	121	47	152	129	90	107	165				122		
	% Pac. Pdttes./Nº Inscrip.	17	15	7	18	17	13	23	27				20		
Total	Total Nº de Inscripciones	19.222	23.764	5.808	6.514	5.486	12.077	91.265	66.878				277.295	100%	
	Total Pacientes Pendientes	3.939	4.224	553	998	1.097	1.626	15.711	12.063				47.257	100%	
	Tiempo medio en RDQ	123	112	56	113	126	115	125	131				118		
	% Pac. Pdttes./Nº Inscrip.	20	18	10	15	20	13	15	18				17		

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

NOTA: Tiempo medio en RDQ. Registro de Demanda Quirúrgica

## ANEXO 9.10.1

PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLE (TNP) EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA EN LOS HOSPITALES DEL SSPA.  
PROCEDIMIENTOS CON Y SIN GARANTÍA EN PLAZO DE RESPUESTA QUIRÚRGICA. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

Denominación del centro hospitalario	TOTAL INSCRIPCIONES	REEVALUACIÓN DEL FACULTATIVO			A PETICIÓN DE LOS PACIENTES		
	Nº Inscripciones	Nº TNP'	% TNP's/ Inscripciones	Tiempo de Suspensión Promedio (Días)	Nº TNP'	% TNP's/ Inscripciones	Tiempo de Suspensión Promedio (Días)
H. La Inmaculada	9.723	177	1,82	35	27	0,3	33
H.U. Torrecárdenas	30.408	238	0,78	75	2	0,0	0
H. de Poniente	19.222	777	4,04	66	25	0,1	24
H.A.R. El Toyo	4.923	101	2,05	45	16	0,3	19
<b>Total ALMERÍA</b>	<b>64.276</b>	<b>1.293</b>	<b>2,01</b>	<b>55</b>	<b>70</b>	<b>0,1</b>	<b>19</b>
H.U. Puerta del Mar	37.880	1.672	4,41	43	104	0,3	16
A.G.S. Campo de Gibraltar (1)	24.249	2.054	8,47	42	63	0,3	30
H.U. Jerez de la Frontera	31.754	2.566	8,08	37	73	0,2	24
H.U. Puerto Real	23.764	1.550	6,52	38	17	0,1	18
H. Concertado Sta. María Del Puerto	7.120	160	2,25	22	3	0,0	1
H. Concertado Virgen de las Montañas	7.790	340	4,36	31	18	0,2	19
H. Concertado Virgen del Camino	8.613	59	0,69	43	14	0,2	19
<b>Total CÁDIZ</b>	<b>141.170</b>	<b>8.401</b>	<b>5,95</b>	<b>36</b>	<b>292</b>	<b>0,2</b>	<b>18</b>
H.U. Reina Sofía	70.953	2.222	3,13	52	347	0,5	17
H. Infanta Margarita	12.853	403	3,14	41	37	0,3	30
H. Valle de los Pedroches	6.546	303	4,63	35	2	0,0	77
H. de Montilla	5.808	528	9,09	33	-	-	-
H.A.R. de Puente Genil	2.227	57	2,56	34	-	-	-
H.A.R. Valle del Guadiato	1.927	9	0,47	68	3	0,2	14
<b>Total CÓRDOBA</b>	<b>100.314</b>	<b>3.522</b>	<b>3,51</b>	<b>44</b>	<b>389</b>	<b>0,4</b>	<b>35</b>
H. de Baza	6.514	77	1,18	34	49	0,8	24
H.U. San Cecilio	37.380	92	0,25	82	152	0,4	23
H. Santa Ana	10.817	114	1,05	59	12	0,1	13
H.U. Virgen de las Nieves	51.854	599	1,16	75	173	0,3	20
H.A.R. de Guadix	4.544	82	1,80	69	13	0,3	24
H.A.R. de Loja	2.958	131	4,43	56	18	0,6	23
<b>Total GRANADA</b>	<b>114.067</b>	<b>1.095</b>	<b>0,96</b>	<b>63</b>	<b>417</b>	<b>0,4</b>	<b>21</b>
H. Infanta Elena	12.830	219	1,71	49	74	0,6	14
H.U. Juan Ramón Jiménez	30.319	361	1,19	46	383	1,3	20
H. de Ríotinto	5.486	76	1,39	89	16	0,3	40
<b>TOTAL HUELVA</b>	<b>48.635</b>	<b>656</b>	<b>1,35</b>	<b>62</b>	<b>473</b>	<b>1,0</b>	<b>25</b>
H. Alto Guadalquivir	6.060	123	2,03	56	13	0,2	22
H.U. de Jaén	29.739	419	1,41	49	31	0,1	5
H. San Agustín	11.338	103	0,91	44	21	0,2	14
H. San Juan de la Cruz	12.077	504	4,17	73	27	0,2	5
H.A.R. Sierra de Segura	1.737	85	4,89	46	12	0,7	35
H.A.R. de Alcaudete	689	12	1,74	29	1	0,1	0
H.A.R. de Alcalá la Real	1.656	52	3,14	12	-	-	-
<b>Total JAÉN</b>	<b>63.296</b>	<b>1.298</b>	<b>2,05</b>	<b>44</b>	<b>105</b>	<b>0,2</b>	<b>14</b>
H. de Antequera	9.586	186	1,94	61	12	0,1	52
H. de la Serranía	7.000	370	5,29	66	105	1,5	18
H.U. Regional de Málaga	59.419	1.986	3,34	49	115	0,2	12
H. de la Axarquía	9.927	232	2,34	60	42	0,4	33
H.U. Virgen de la Victoria	46.281	1.146	2,48	68	52	0,1	24
H. Costa del Sol	23.925	1.205	5,04	34	57	0,2	13
<b>Total MÁLAGA</b>	<b>156.138</b>	<b>5.125</b>	<b>3,28</b>	<b>57</b>	<b>383</b>	<b>0,2</b>	<b>25</b>
H.U. Virgen del Rocío	91.265	2.185	2,39	47	271	0,3	19
H.U. Virgen de Valme	34.262	581	1,70	49	169	0,5	23
H.U. Virgen Macarena	66.878	624	0,93	46	176	0,3	17
H. La Merced	11.128	185	1,66	55	7	0,1	39
H. San Juan de Dios del Aljarafe	15.683	166	1,06	50	123	0,8	15
H.A.R. Sierra Norte	1.244	26	2,09	58	25	2,0	36
H.A.R. de Utrera	4.896	98	2,00	52	96	2,0	34
H.A.R. de Écija	4.531	83	1,83	56	14	0,3	26
H.A.R. de Lebrija	4.286	83	1,94	42	4	0,1	5
<b>Total SEVILLA</b>	<b>234.173</b>	<b>4.031</b>	<b>1,72</b>	<b>51</b>	<b>885</b>	<b>0,4</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>	<b>922.069</b>	<b>25.421</b>	<b>2,76</b>	<b>51</b>	<b>3.014</b>	<b>0,3</b>	<b>28</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

(\*) Registro único de pacientes correspondiente a los hospitales Punta de Europa y La Línea de la Concepción

ANEXO 9.10.2

PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLE (TNPN) EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA EN LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS. POR ESPECIALIDADES.  
PROCEDIMIENTOS CON Y SIN GARANTÍA EN PLAZO DE RESPUESTA QUIRÚRGICA.(ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

ESPECIALIDADES	H. de Poniente (AL)						H. U. de Puerto Real (CA)						H. de Montilla (CO)					
	Con Garantía			Sin Garantía			Con Garantía			Sin Garantía			Con Garantía			Sin Garantía		
	% TNPs	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNPs	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNPs	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNPs	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNPs	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNPs	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.
Anestesiología y Reanimación	-	-	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angiología y Cirugía Vascolar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aparato Digestivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Cardiovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía General y A.D.	5,5%	1,4%	4,1%	0,7%	0,1%	0,7%	15,9%	0,3%	15,6%	4,1%	0,1%	4,0%	3,6%	0,0%	3,6%	2,9%	0,0%	2,9%
Cirugía Oral y Maxilofacial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Ortopédica y Traumatología	8,5%	1,2%	7,3%	1,6%	0,0%	1,6%	17,7%	0,5%	17,2%	2,3%	0,1%	2,2%	6,9%	0,0%	6,9%	2,6%	0,0%	2,6%
Cirugía Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Plástica E. y Reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Torácica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatología MQ y Venereología	0,4%	0,1%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	4,8%
Ginecología	2,4%	0,4%	2,0%	0,8%	0,2%	0,6%	3,2%	1,0%	2,2%	0,3%	0,1%	0,2%	1,8%	0,0%	1,8%	1,4%	0,0%	1,4%
Hematología y Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurocirugía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obstetricia	-	-	-	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
Oftalmología	10,2%	0,8%	9,4%	1,1%	0,0%	1,1%	7,3%	0,5%	6,8%	2,4%	0,2%	2,2%	33,8%	0,0%	33,8%	5,2%	0,0%	5,2%
Otorrinolaringología	13,3%	2,2%	11,1%	3,1%	1,1%	2,0%	9,5%	1,7%	7,8%	4,3%	1,4%	2,9%	3,8%	0,0%	3,8%	1,0%	0,0%	1,0%
Pediatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urología	5,6%	1,1%	4,5%	1,1%	0,2%	0,9%	12,3%	0,9%	11,5%	1,9%	0,5%	1,4%	4,7%	0,0%	4,7%	2,4%	0,0%	2,4%
<b>TOTAL</b>	<b>7,1%</b>	<b>1,0%</b>	<b>6,1%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,2%</b>	<b>1,0%</b>	<b>10,0%</b>	<b>0,5%</b>	<b>9,5%</b>	<b>1,9%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,6%</b>	<b>15,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>15,4%</b>	<b>3,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>3,3%</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

00201243

ANEXO 9.10.2 Continuación  
 PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLE (TNP) EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA EN LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS. POR ESPECIALIDADES.  
 PROCEDIMIENTOS CON Y SIN GARANTÍA EN PLAZO DE RESPUESTA QUIRÚRGICA. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

ESPECIALIDADES	H. de Baza (GR)			H. de Riotinto (HU)			H. San Juan de la Cruz (JA)					
	Con Garantía			Sin Garantía			Con Garantía			Sin Garantía		
	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.
Anestesiología y Reanimación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8%
Angiología y Cirugía Vascolar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aparato Digestivo	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Cardiovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía General y A.D.	8,9%	3,7%	5,1%	7,4%	5,2%	2,1%	1,5%	0,9%	0,6%	18,9%	4,9%	14,0%
Cirugía Oral y Maxilofacial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Ortopédica y Traumatología	5,9%	5,2%	0,7%	7,2%	3,6%	3,6%	2,7%	1,7%	1,0%	15,8%	1,7%	14,1%
Cirugía Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Plástica E. y Reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Torácica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatología MQ y Venereología	1,1%	1,1%	0,0%	-	-	-	-	-	-	0,8%	0,0%	0,8%
Ginecología	1,4%	1,4%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%	1,2%	0,0%	1,2%	0,3%	0,3%	0,5%
Hematología y Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-
Neurocirugía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obstetricia	-	-	-	-	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-
Oftalmología	10,2%	8,7%	1,5%	8,9%	7,6%	1,3%	1,9%	1,0%	1,0%	7,2%	1,7%	5,4%
Otorrinolaringología	13,9%	12,8%	1,1%	3,8%	2,3%	1,5%	1,7%	1,4%	0,3%	12,0%	1,8%	10,2%
Pediatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urología	8,4%	8,0%	0,4%	4,7%	2,0%	2,8%	2,4%	1,9%	0,5%	3,8%	1,9%	1,9%
<b>TOTAL</b>	<b>8,2%</b>	<b>6,6%</b>	<b>1,6%</b>	<b>6,9%</b>	<b>4,7%</b>	<b>2,2%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>10,5%</b>	<b>2,2%</b>	<b>8,3%</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
 Elaboración: CCA

ANEXO 9.10.2 Continuación  
 PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLE (TNP) EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA EN LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS. POR ESPECIALIDADES.  
 PROCEDIMIENTOS CON Y SIN GARANTÍA EN PLAZO DE RESPUESTA QUIRÚRGICA.(ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

ESPECIALIDADES	H.U. Virgen de la Victoria (MA)						H.U. Virgen del Rocío (SE)						H.U. Virgen Macarena (SE)						
	Con Garantía			Sin Garantía			Con Garantía			Sin Garantía			Con Garantía			Sin Garantía			
	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	% TNP	% Paciente S/Inscrip.	% Facultativo S/Inscrip.	
Anestesiología y Reanimación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angiología y Cirugía Vasculuar	5,9%	4,0%	1,9%	5,2%	2,9%	2,4%	1,1%	0,4%	0,7%	0,2%	0,2%	0,5%	0,3%	0,2%	0,2%	0,4%	0,2%	0,2%	
Aparato Digestivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Cardiovascular	2,7%	0,0%	2,7%	1,4%	0,0%	1,4%	7,1%	1,9%	5,2%	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%	0,3%	0,3%	8,8%	2,8%	6,0%	
Cirugía General y A.D.	8,1%	3,5%	4,6%	6,1%	2,5%	3,5%	10,2%	4,1%	6,1%	0,4%	2,7%	3,1%	0,4%	2,7%	8,8%	5,1%	3,7%	2,4%	
Cirugía Oral y Maxilofacial	-	-	-	-	-	-	1,6%	0,2%	1,4%	0,1%	0,7%	0,1%	0,7%	0,1%	0,7%	1,2%	0,7%	0,5%	
Cirugía Ortopédica y Traumatología	7,2%	2,8%	4,4%	6,1%	2,9%	3,2%	12,1%	5,7%	6,5%	6,7%	3,4%	6,7%	3,4%	3,3%	11,4%	5,4%	6,0%	2,0%	
Cirugía Pediátrica	-	-	-	-	-	-	13,9%	8,2%	5,8%	4,3%	2,2%	2,1%	0,7%	0,0%	0,7%	1,0%	0,0%	0,7%	
Cirugía Plástica E. y Reparadora	-	-	-	-	-	0,0%	3,3%	1,3%	2,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	6,7%	1,9%	4,9%	0,5%	
Cirugía Torácica	-	-	-	-	-	-	1,4%	0,0%	1,4%	1,2%	0,0%	1,2%	0,0%	1,2%	4,0%	2,7%	1,3%	1,4%	
Dermatología MQ y Venereología	2,0%	0,3%	1,8%	0,4%	0,2%	0,1%	0,4%	0,1%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,1%	0,9%	0,7%	0,2%	0,4%	
Ginecología	6,6%	3,1%	3,5%	2,0%	1,2%	0,9%	5,1%	0,2%	5,0%	1,3%	0,1%	1,3%	0,1%	1,2%	5,4%	2,5%	2,9%	0,4%	
Hematología y Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurocirugía	-	-	-	-	-	-	4,6%	2,4%	2,3%	1,1%	0,4%	0,7%	0,4%	0,7%	6,9%	2,9%	4,0%	0,8%	
Neurología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-	-	-	
Obstetricia	-	-	-	-	-	0,0%	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-	-	-	
Oftalmología	1,9%	1,1%	0,8%	3,1%	1,6%	1,5%	5,8%	3,2%	2,7%	2,3%	1,5%	0,8%	0,8%	6,2%	3,5%	2,8%	2,0%	1,5%	
Otorrinolaringología	7,0%	1,5%	5,5%	3,9%	2,2%	1,7%	18,7%	6,2%	12,4%	3,0%	2,1%	1,0%	1,0%	9,0%	6,0%	3,1%	1,8%	1,1%	
Pediatría	-	-	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,1%	0,6%	-	-	-	-	-	-	
Psiquiatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Urología	7,8%	2,2%	5,6%	3,5%	1,1%	2,4%	5,7%	2,9%	2,8%	3,0%	3,9%	6,9%	3,0%	7,2%	2,9%	4,4%	2,2%	1,3%	
<b>TOTAL</b>	<b>4,9%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,9%</b>	<b>4,3%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,3%</b>	<b>7,2%</b>	<b>3,2%</b>	<b>4,0%</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,1%</b>	<b>7,0%</b>	<b>3,6%</b>	<b>3,4%</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,4%</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
 Elaboración: CCA

## ANEXO 9.11.1

MODALIDAD ECONÓMICA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE PROCEDIMIENTOS CON PLAZO DE RESPUESTA GARANTIZADO EN LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS.  
POR ESPECIALIDADES. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

ESPECIALIDAD	H. de Ponce (AL)		A. H. Puerto Real (CA)			H. de Montilla (CO)		H. de Baza (GR)			H. de Riotinto (HU)			
	% Actividad Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total H. de Poniente	% Actividad Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total A.H. Puerto Real	% Actividad Ordinaria	Total H. de Montilla	% Actividad Ordinaria	% Actividad Ordinaria	Total H. de Baza	% Actividad Ordinaria	% Actividad Ordinaria	Total H. de Riotinto
Angiología y Cirugía Vascolar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Cardiovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía General y A.D.	100,0	-	1.627	0,5	99,0	1.278	100	449	3,1	96,9	418	12,3	87,7	594
Cirugía Oral y Maxilofacial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Ortopédica y Traumatología	99,9	0,1	1.094	10,2	89,7	1.466	100	680	1,2	98,8	413	4,8	95,2	292
Cirugía Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Plástica E. y Reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Torácica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatología MQ y Venerología	100,0	-	1.477	0,1	99,9	2.045	100	3	1,4	98,6	347	-	-	-
Ginecología	100,0	-	345	0,2	99,5	600	100	49	-	100,0	118	-	100,0	73
Neurocirugía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obstetricia	-	-	-	-	100,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Oftalmología	100,0	-	2.195	0,3	87,2	1.674	100	863	0,3	99,7	1.350	14,4	85,6	506
Otorrinolaringología	100,0	-	696	0,1	88,3	718	100	113	6,4	93,6	235	0,8	99,2	252
Urología	100,0	-	581	6,2	78,9	809	100	204	5,8	94,2	190	11,3	88,7	186
<b>TOTAL</b>	<b>99,99</b>	<b>0,01</b>	<b>8.015</b>	<b>2,5</b>	<b>92,6</b>	<b>8.591</b>	<b>100</b>	<b>2.361</b>	<b>1,7</b>	<b>98,3</b>	<b>3.071</b>	<b>9,6</b>	<b>90,4</b>	<b>1.903</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

**ANEXO 9.11.1 Continuación**  
**MODALIDAD ECONÓMICA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE PROCEDIMIENTOS CON PLAZO DE RESPUESTA GARANTIZADO EN LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS.**  
**POR ESPECIALIDADES. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)**

ESPECIALIDAD	H. San Juan de la Cruz (JA)			A.H. Virgen de la Victoria (VA)			H.U. Virgen del Rocío (SE)				H.U. Virgen Macarena (SE)					
	% Actividad Extraordinaria	% Actividad Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total H. San Juan de la Cruz	% Actividad Extraordinaria	% Actividad Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total A.H. Virgen de la Victoria	% Actividad Extraordinaria	% Actividad Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total H.U. Virgen del Rocío	% Actividad Extraordinaria	% Actividad Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total H.U. Virgen Macarena
Angiología y Cirugía Vascul ar	-	-	-	-	0,3	99,3	0,3	286	7,5	66,7	25,8	493	-	-	-	-
Cirugía Cardiovascular	-	-	-	-	0,5	99,5	-	570	11,2	78,2	10,5	845	10,7	85,8	3,5	1.257
Cirugía General y A. D.	0,5	99,4	0,1	941	0,2	98,0	1,8	2.516	3,4	71,5	25,0	4.959	1,3	93,0	5,7	2.360
Cirugía Oral y Maxilofacial	-	-	-	-	-	-	-	-	8,0	74,4	17,6	841	0,0	93,6	6,4	330
Cirugía Ortopédica y Traumatología	16,9	83,1	-	604	0,3	98,2	1,5	943	1,9	78,2	19,9	2.783	4,8	87,3	7,9	1.679
Cirugía Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	4,2	95,4	0,4	758	0,8	99,2	0,0	129
Cirugía Plástica E. y Reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	71,9	27,6	2.213	0,0	87,1	12,9	233
Cirugía Torácica	-	-	-	-	-	-	-	-	10,0	82,3	7,7	130	1,0	99,0	0,0	191
Dermatología MQ y Venereología	0,1	99,9	-	721	0,0	100,0	-	3.145	2,3	97,3	0,5	3.892	0,0	93,7	6,3	2.720
Ginecología	-	100,0	-	257	2,4	93,2	4,4	295	0,1	99,9	0,0	1.444	2,9	95,5	1,6	686
Neurocirugía	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	83,6	13,6	1.571	0,0	98,9	1,1	278
Obstetricia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oftalmología	4,4	95,6	-	1.077	0,2	99,8	-	2.769	3,3	51,7	45,0	8.016	9,1	89,5	1,4	5.778
Otorrinolaringología	-	100,0	-	259	0,2	93,7	6,1	427	0,6	95,0	4,4	1.644	1,9	82,6	15,5	1.057
Urología	-	100,0	-	399	0,1	94,1	5,8	1.090	15,4	48,2	36,5	2.442	10,4	67,6	22,0	1.547
<b>TOTAL</b>	<b>3,6</b>	<b>96,3</b>	<b>0,0</b>	<b>4.258</b>	<b>0,2</b>	<b>98,4</b>	<b>1,3</b>	<b>12.041</b>	<b>3,9</b>	<b>72,4</b>	<b>23,7</b>	<b>32.031</b>	<b>5,3</b>	<b>88,5</b>	<b>6,2</b>	<b>18.245</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

## ANEXO 9.11.2

## MODALIDAD ECONÓMICA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE PROCEDIMIENTOS SIN PLAZO DE RESPUESTA GARANTIZADO EN LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS. POR ESPECIALIDADES. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

ESPECIALIDAD	H. de Poniente (AL)		A. H. Puerto Real (CA)		Total A. H. Puerto Real		H. de Montilla (CO)		H. de Baza (GR)		H. de Riotinto (HU)		
	% Activ. Ordinaria	Total H. de Poniente	% Activ. Extraord.	% Activ. Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total A. H. Puerto Real	% Activ. Ordinaria	Total H. de Montilla	% Activ. Extraord.	% Activ. Ordinaria	Total H. de Baza	% Activ. Ordinaria	Total H. de Riotinto
Anestesiología y Reanimación	-	-	-	100,0	-	4	-	-	-	-	-	-	-
Angiología y Cirugía Vascul ar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aparato Digestivo	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	98,0	89	-	-
Cardiología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Cardiovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía General y A.D.	100,0	952	0,2	97,0	2,8	531	100,0	540	-	100,0	212	2,0	98,0
Cirugía Oral y Maxilofacial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Ortopédica y Traumatología	100,0	646	-	97,2	2,8	387	100,0	366	3,0	97,0	329	6,0	94,0
Cirugía Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Plástica E. y Reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía Torácica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatología MQ y Venereología	100,0	455	0,4	99,6	-	-	100,0	752	1,0	99,0	579	-	-
Ginecología	100,0	1.284	0,5	98,7	0,8	620	100,0	260	3,0	97,0	213	-	100,0
Hematología y Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0
Neurocirugía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obstetricia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0
Oftalmología	100,0	622	3,3	69,8	27,0	367	100,0	162	1,0	99,0	104	13,0	87,0
Otorrinolaringología	100,0	455	-	89,8	10,2	586	100,0	82	2,0	98,0	148	3,0	97,0
Pediatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatría	-	-	-	100,0	-	21	-	-	-	-	-	-	-
Urología	100,0	716	2,1	91,8	6,1	919	100,0	284	4,0	96,0	185	9,0	91,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>5.130</b>	<b>0,9</b>	<b>93,8</b>	<b>5,3</b>	<b>4.601</b>	<b>100,0</b>	<b>2.446</b>	<b>2,0</b>	<b>98,0</b>	<b>1.859</b>	<b>5,0</b>	<b>95,0</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica

Elaboración: CCA

## ANEXO 9.11.2 Continuación

## MODALIDAD ECONÓMICA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE PROCEDIMIENTOS SIN PLAZO DE RESPUESTA GARANTIZADO EN LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS. POR ESPECIALIDADES. (ENERO/2018 A SEPTIEMBRE/2019)

ESPECIALIDAD	H. San Juan de la Cruz (JA)			A.H. Virgen de la Victoria (MA)			H.U. Virgen del Rocío (SE)			H.U. Virgen Macarena (SE)						
	% Activ. Extraord.	% Activ. Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total H. San Juan de la Cruz	% Activ. Extraord.	% Activ. Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total A.H. Virgen de la Victoria	% Activ. Extraord.	% Activ. Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total H.U. Virgen del Rocío	% Activ. Extraord.	% Activ. Ordinaria	% Contin. Asistencial	Total H.U. Virgen Macarena
Anestesiología y Reanimación	0,2	99,8		441	0,9	99,1		646	0,2	99,7	0,1	2.226	0,2	86,3	13,5	3.305
Angiología y Cirugía Vascolar												436				3.984
Aparato Digestivo																77
Cardiología													1,3	98,7		744
Cirugía Cardiovascular					3,2	96,8		63	16,8	53,7	29,5	732	2,6	92,1	5,4	744
Cirugía General y A.D.	0,8	99,2		980	0,6	98,3	1,1	4.003	24,8	58,5	16,7	1.783	1,3	95,7	3,0	1.641
Cirugía Oral y Maxilofacial									35,1	57,9	7,0	5.137	0,6	91,0	8,4	4.157
Cirugía Ortopédica y Traumatología					0,6	98,6	0,7	3.545	2,8	82,3	14,9	4.615	0,5	81,8	17,7	2.955
Cirugía Pediátrica									6,9	93,1		1.089	0,3	99,7	0,0	378
Cirugía Plástica E. y Reparadora									0,7	93,9	5,4	1.756	0,3	69,5	30,1	614
Cirugía Torácica									4,5	91,3	4,2	641	0,6	99,4		510
Dermatología MQ y Venereología									13,4	86,5	0,1	778	0,3	90,6	9,1	627
Ginecología									1,1	98,9		3.753	0,4	99,3	0,3	1.796
Hematología y Hemoterapia									1,6	98,3	0,1	1.622				
Neurocirugía									2,7	87,5	9,8	845				98
Neurología										100,0		62		100,0		5
Obstetricia									2,1	97,8	0,1	671				
Oftalmología	0,8	99,2		1.082	0,3	99,7		3.815	0,4	85,9	13,7	1.470	0,3	92,2	7,5	1.684
Otorrinolaringología									1,0	92,8	6,3	1.007	0,5	89,3	10,2	1.065
Pediatría									3,6	96,4		1.067		100,0		351
Psiquiatría																
Urología									22,9	50,0	27,1	1.651	1,5	82,6	15,9	471
<b>TOTAL</b>	<b>0,4</b>	<b>99,6%</b>	<b>0,04</b>	<b>5.100</b>	<b>0,4</b>	<b>98,5</b>	<b>1,1</b>	<b>16.912</b>	<b>10,5</b>	<b>81,2</b>	<b>8,3</b>	<b>31.341</b>	<b>0,5</b>	<b>91,5</b>	<b>8,0%</b>	<b>24.462</b>

Fuente: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica  
Elaboración: CCA

00201243

ANEXO 9.12

## CUADRO COMPARATIVO 2018 /2019 DE LOS FACULTATIVOS NETOS ADSCRITOS A LOS NUEVE HOSPITALES SELECCIONADOS, POR ESPECIALIDADES.

ÁREA HOSPITALARIA RESPONSABLE	H.U. DE PUERTO REAL		H. DE MONTILLA		H. DE BAZA		H. DE RIOTINTO		H. SAN JUAN DE LA CRUZ		H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA		H.U. VIRGEN DEL ROCÍO		H.U. VIRGEN MACARENA		TOTAL								
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019							
Especialidades																									
Anestesiología y Reanimación	20,71	23,48	13	0,00	0,00	0,00	4	5,47	S/D	1,17	7,44	536	48,21	53,03	10	104,6	119,75	0,14	55,87	67,24	0,20	236,35	276,94	0,17	
Angiología y Cirugía Vascul	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	S/D	0,00	0,00	0	9,54	12,50	31	6,97	7,50	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	16,51	20,00	0,21
Aparato Digestivo	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	S/D	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cardiología	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	S/D	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cirugía Cardiovascular	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	S/D	0,00	0,00	0	7,41	7,09	-4	8,27	8,69	0,05	7,73	7,32	-0,05	23,41	23,10	-0,01	
Cirugía General y A.D.	12,76	14,23	12	5,55	6,00	8	5,53	4,57	17	1,42	8,63	508	29,04	29,42	1	41,19	43,74	0,06	30,79	34,62	0,12	126,28	141,21	0,12	
Cirugía Oral y Maxilofacial	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	S/D	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	9,63	9,91	0,03	6,42	7,15	0,11	16,05	17,06	0,06	
Cirugía Ortopédica y Traumatología	15,68	20,75	32	5,72	6,00	5	7,78	6,13	21	1,83	11,00	501	28,51	30,43	7	43,71	43,89	0,00	34,50	36,84	0,07	137,73	155,04	0,13	
Cirugía Pediátrica	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	11,85	15,20	0,28	4,00	4,81	0,20	15,85	20,01	0,26	
Cirugía Plástica E. y Reparadora	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	14,46	14,86	0,03	6,81	8,23	0,21	21,27	23,09	0,09	
Cirugía Torácica	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	4,97	5,39	0,08	5,38	6,08	0,13	10,35	11,47	0,11	
Dermatología MQ y Venereología	4,45	5,19	17	2,00	2,00	0	1,82	1,40	23	0,33	2,00	506	7,97	10,13	27	12,16	17,19	0,41	10,12	11,30	0,12	38,85	49,21	0,27	
Hematología y Hemoterapia	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Neurocirugía	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	13,63	15,15	0,11	4,22	4,83	0,14	17,85	19,98	0,12	
Neurología	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Obstetricia y Ginecología	18,40	21,22	15	6,13	6,00	-2	7,78	9,43	21	1,55	9,62	521	24,92	28,47	14	59,74	68,91	0,15	41,09	42,44	0,03	159,61	186,09	0,17	
Oftalmología	9,09	9,94	9	3,00	3,45	15	4,00	3,77	-6	0,86	4,90	470	19,57	21,24	9	30,02	33,36	0,11	30,03	32,52	0,08	96,57	109,18	0,13	
Otorrinolaringología	8,39	7,95	-5	3,00	3,00	0	3,00	3,00	0	0,63	3,70	487	11,16	13,22	18	19,91	20,41	0,03	18,09	21,95	0,21	64,18	73,23	0,14	
Pediatría	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Psiquiatría	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Urología	7,45	8,93	20	2,00	2,00	0	2,49	2,65	6	0,58	3,59	519	11,55	12,76	10	19,62	20,94	0,07	10,11	11,33	0,12	53,80	62,20	0,16	
<b>TOTAL GENERAL</b>	96,93	111,69	15	27,40	28,45	4	38,18	36,95	-3	8,37	50,88	508	197,88	218,29	10	400,74	444,89	0,11	265,16	296,66	0,12	1.034,66	1.187,81	0,15	

FUENTE: SAS Nota: No se ha remitido información del H. de Poniente y el ejercicio 2019 del H. Riotinto

## 10. ALEGACIONES PRESENTADAS Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS EN LOS SUPUESTOS QUE NO HAYAN SIDO ADMITIDAS O SE ADMITAN PARCIALMENTE

ALEGACIONES		ADMITIDAS		NO ADMITIDAS		
		Admitida	Parcialmente admitida	Justificación	Evidencia, falta documentación, etc.	Aceptación del hecho /Adopción de medidas
Nº	Punto alegado					
Alegación nº 1	Objetiv. y alcance			X		
Alegación nº 2	A.48	X				
<b>Hospital de Poniente</b>						
Alegación nº 3	40				X	
Alegación nº 4	48			X		
Alegación nº 5	49	X				
Alegación nº 6	57 y 58			X		
Alegación nº 7	60					X
Alegación nº 8	A.66			X		
<b>Hospital Universitario Virgen de la Victoria</b>						
Alegación nº 9	A.40				X	
Alegación nº 10	A.43					X
Alegación nº 11	A.46				X	
Alegación nº 12	A.74	X				
Alegación nº 13	A.78		X			
Alegación nº 14	Anexo 9.6			X		
<b>Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial</b>						
Alegación nº 15	40			X		
Alegación nº 16	41			X		
Alegación nº 17	42					X
Alegación nº 18	43					X
Alegación nº 19	44				X	
Alegación nº 20	45			X		
Alegación nº 21	46			X		
Alegación nº 22	48			X		
Alegación nº 23	49	X				
Alegación nº 24	50			X		
Alegación nº 25	51			X		
Alegación nº 26	52			X		
Alegación nº 27	53			X		
Alegación nº 28	55			X		

00201243

Alegación nº 29	57 y 58					X
Alegación nº 30	66 a 79			X		
Alegación nº 31	63			X		
<b>Subdirección de Tecnologías de la Información y la Comunicación</b>						
Alegación nº 32	37					X
Alegación nº 33	38					X
Alegación nº 34	38 y 53					X
Alegación nº 35	39, 51, 67 y 71					X
Alegación nº 36	42			X		
Alegación nº 37	43			X		
Alegación nº 38	44, 45 y 54			X		
Alegación nº 39	45					X
Alegación nº 40	49	X				
Alegación nº 41	56					X
Alegación nº 42	67			X		
Alegación nº 43	A.7	X				
Alegación nº 44	A.24					X
Alegación nº 45	A.44			X		
Alegación nº 46	A.48	X				
<b>Subdirección Técnico Asesora de Gestión de la Información</b>						
Alegación nº 47	56					X
Alegación nº 48	63			X		
Alegación nº 49	65 y A.48	X				
Alegación nº 50	72			X		
Alegación nº 51	64 y 75			X		
Alegación nº 52	53 y 74					X
Alegación nº 53	A.9 y A.52			X		
Alegación nº 54	A.10			X		
Alegación nº 55	A.21				X	
Alegación nº 56	A.24				X	
Alegación nº 57	51			X		
Alegación nº 58	A.68			X		
<b>TOTALES</b>		<b>8</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>6</b>	<b>14</b>

**Entidad: Hospital Universitario Virgen Macarena****ALEGACIÓN Nº1, Epígrafe “Objetivos y Alcance”. (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Señalar que el ámbito de evaluación de estos objetivos en la mayoría de las ocasiones se fundamenta en las directrices estratégicas desarrolladas y que, por tanto, abordan aspectos macro de la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (en adelante LEQ). Es importante señalar que el Hospital en el marco de su gestión debe adherirse a las instrucciones emitidas a nivel corporativo.*

*En el informe se refleja un apartado de enfoque metodológico, pero en el mismo no se detalla el cálculo de la muestra y por tanto el tamaño de la muestra utilizado para la evaluación de aspectos concretos relacionados con los procedimientos aplicados en el Hospital, por lo que no se puede concluir que los hallazgos encontrados puedan ser significativos a la hora de establecer mejoras antes las deficiencias detectadas.*

*En relación con este aspecto señalar que en la página 10 del informe se refleja literalmente:*

*“La amplitud de la población ha requerido que, en el diseño de las pruebas sustantivas, el método de muestreo haya quedado supeditado a la información obtenida en el tratamiento de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica”*

*“Así, de forma subjetiva, se han seleccionado en los cinco de los nueve hospitales seleccionados, una muestra de historias clínicas correspondientes a procedimientos quirúrgicos con y sin garantía de respuesta en las que, a su vez, se haya detectado a través del tratamiento de la información de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, alguna incidencia en el procedimiento aplicado.”*

*También es importante señalar lo reflejado en la página 8 de documento:*

*“Para verificar el procedimiento implantado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica se seleccionaron los nueve hospitales referenciados en el párrafo anterior, pero debido a la interrupción de los trabajos de campo (punto 17), se han visitado los cinco siguientes, clasificados según el nivel asignado:*

Tipo : Regional Nivel: 1	H. Virgen Macarena (Sevilla)
Tipo: De especialidades Nivel: 2	H. Puerto Real (Cádiz)
Tipo: Comarcal Nivel 3	H. San Juan de la Cruz (Jaén)
Tipo: Comarcal Nivel 4	H. de Montilla (Córdoba) H. de Riotinto (Huelva)

*Esta situación junto a la paralización de los trabajos de campo con fecha 10 de marzo (reflejado en la página 5) sugieren la disponibilidad de resultados incompletos al no disponer de la información necesaria y contrastada con los centros.*

*Tras haber leído detenidamente el Informe provisional de "Fiscalización de la gestión de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (OE 03/2019)", y atendiendo especialmente a los párrafos que mencionan por alguna razón al Hospital Universitario Virgen Macarena, consideramos que:*

- 1) Las alusiones al hospital a veces son positivas, destacando los auditores, redactores del informe, la abierta colaboración que obtuvieron de nuestra parte y la total transparencia con la que nos desenvolvimos.*
- 2) Existe un segundo grupo de alusiones al hospital que podrían ser matizadas. Estas, en general afectan a varios hospitales. La transcendencia de estas alusiones, no implica responsabilidades mayores y se centran en opiniones sobre procedimientos que siempre pueden ser objeto de discusión por lo que sobre las mismas no hacemos alegaciones.*

#### TRATAMIENTO

El punto del informe alegado no pone de manifiesto ninguna incidencia ni incumplimiento, tan sólo describe los objetivos que se pretenden alcanzar con la fiscalización que, a su vez, abarcan todos los aspectos de la gestión de la lista de espera quirúrgica (LEQ).

Tal y como refleja el punto A.12, las conclusiones son el resultado de las observaciones y deficiencias detectadas en la revisión del procedimiento para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ). El procedimiento es único y se aplica en todos los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) y se sustenta en la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica (AGD).

Las conclusiones se han basado en la evidencia obtenida del análisis de todos los datos registrados en el aplicativo, durante todo el ámbito temporal de la fiscalización.

Siguiendo la metodología del trabajo realizado (epígrafe 5 del informe), el análisis comprende:

- Por un lado, la verificación de la integridad y grado de fiabilidad de la información obtenida de los registros de todos los hospitales del SSPA, que en el caso de los nueve hospitales seleccionados se ha reflejado por especialidades
- Por el otro lado, de la verificación realizada, mediante un muestreo de historias clínicas correspondientes a los cinco de los hospitales visitados relacionados en el punto 26, sobre la justificación documental de los movimientos registrales y su adecuación al procedimiento administrativo que lo regula. Por lo tanto, aunque se han visitado 5 hospitales, sí se ha analizado y evaluado las listas de espera de los nueve hospitales seleccionados, tal y como se expone en los puntos 30, 32, 32, y se desarrolla en los anexos 9.4.2 al 9.12.2.

La aplicación de las pruebas sustantivas a los 5 hospitales visitados, ha consistido en la revisión de una muestra de historias clínicas correspondientes a procedimientos quirúrgicos con y sin garantía

de respuesta en las que a su vez, se haya detectado, a través del tratamiento de la información de la AGD, alguna incidencia en el procedimiento aplicado y que son imposibles verificar salvo que se revise la documentación e historia clínica del paciente.

Al respecto, señalar que en cada hospital varían las incidencias y que en una misma historia clínica pueden confluir varias incidencias diferentes del procedimiento, motivo por el cual no se ha reflejado en el informe la cuantificación de la muestra analizada, pero a cada hospital visitado se le ha enviado la muestra de las historias clínicas a analizar, clasificadas por las incidencias detectadas (que en total alcanzan 21)

A su vez, se han detectado incidencias que afectan en todos los hospitales del SSPA, ya que algunas suponen deficiencia del aplicativo no achacables a la organización del hospital, tal y como se describe a lo largo del informe.

No obstante, hay que matizar que en la fiscalización no se ha obviado que, para la organización y planificación de la gestión de la LEQ confluyen una elevada variabilidad, casuística y la complejidad en la práctica clínica que intervienen en los resultados finales, lo cual deriva en una difícil o imposible valoración homogénea y no garantiza la posibilidad de concluir de forma categórica ni recomendar siguiendo un patrón homogéneo, tal y como se señala en los puntos A.2, A.3, A.4 del informe.

---

**ALEGACIÓN Nº2, PUNTO A.48 (ALEGACIÓN ADMITIDA)**

**Entidad: Hospital Poniente de Almería**

---

**ALEGACIÓN Nº3, PUNTO 40 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*En nuestro Hospital disponemos de Historia Clínica Informatizada de elaboración propia (ARIADNA) donde hemos conseguido que el registro en AGD se haga de forma automática sin requerir que el paciente tiene que pasar por la Gestoría de Usuarios y de esta forma la diferencia de tiempo entre la indicación real del facultativo y el registro en AGD se reduce a menos de 24 h y esto supondría que no haya diferencia entre la fecha de la indicación y la fecha del Registro en AGD. Reduce errores de codificación de Dx y Procedimiento y anula que el procedimiento sea paciente dependiente (P ej Olvido del paciente o desconocimiento del circuito). Se han incorporado las diferentes especialidades de forma gradual y la última especialidad fue traumatología. Si es verdad que también tiene deficiencia porque tras la intervención hay que darle de baja al paciente de forma administrativa del AGD manualmente y no de forma automática lo que supone errores, pacientes en AGD operados sin darles de baja o exitus que permanecen en AGD.*

*Hemos estado en el proyecto de la implantación del nuevo Diraya para la incorporación prevista al SAS por lo que no es previsto cambios en el programa ya que se quedará en desuso.*

**TRATAMIENTO**

El punto alegado señala la falta de actualización en la normativa, sin hacer referencia específica al hospital de Poniente. Debido a la situación provocada por el Covid-19, tal y como se indica en el punto 17 del Informe, los trabajos de campo se vieron súbitamente interrumpidos sin tener ocasión de ahondar en la información facilitada por el hospital de Poniente y verificar el procedimiento de inscripción.

En la alegación se indica que el registro en AGD de la solicitud de intervención es “automático”. En cambio, consta un documento del hospital describiendo el circuito de inscripción según el cual las solicitudes se registran en una aplicación denominada ARIADNA, las cuales “se mecanizan manualmente en AGD”.

Además, el procedimiento descrito en la alegación sólo es posible si el paciente firma el consentimiento de la intervención en el momento en que se hace su indicación o prescripción en consulta, pero no explica qué sucede si el paciente precisa de un tiempo para tomar la decisión o consultarla con la familia, algo muy probable según los hospitales visitados.

En cualquier caso, de la información extraída de AGD, reflejada en los Anexos 9.4.1 y 9.4.2, se desprende que los facultativos de ese hospital, durante el ámbito temporal de fiscalización, no inscriben pacientes en el Registro de Demanda Quirúrgica.

---

**ALEGACIÓN Nº4, PUNTO 48 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*En algunas ocasiones se puede especificar el plazo de TNP y en otras no. Desde principios de 2019, iniciando con el plan de Choque liderado por la Consejería de Salud y para cumplir los objetivos en el contrato programa, los listados de pacientes en TNP se revisan de forma mensual por los responsables quirúrgicos (jefes de Servicio) y se comentan en la comisión de Quirófano que tenía prioridad semanal en aquel año.*

**TRATAMIENTO**

Esta incidencia se ha detectado con ocasión de la revisión efectuada sobre la justificación documental de los movimientos registrales y su adecuación al procedimiento administrativo que lo regula. La revisión se ha llevado a cabo mediante un muestreo de historias clínicas correspondientes los cinco hospitales visitados, relacionados en el punto 26, entre los que no se encuentran el hospital de Poniente.

El punto alegado refiere de forma general a una deficiencia en la AGD y del riesgo que conlleva. El texto de la alegación matiza un aspecto distinto que no responde a la cuestión observada en el informe.

Además, hay que señalar que la revisión mensual a la que alude el hospital de Poniente no está prevista en el Manual de procedimiento administrativo u otro documento de general aplicación y obligado cumplimiento. De hecho, en los hospitales visitados no se ha aludido ni referido a tales controles.

---

**ALEGACIÓN Nº5, PUNTO 49 (ALEGACIÓN ADMITIDA)**

---

---

**ALEGACIÓN Nº6, PUNTO 57 y 58 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

---

*En nuestro Hospital se ha fomentado la cirugía menor en espacios no quirúrgicos (Dermatología, Ginecología y Oftalmología).*

*Además, se hacían cursos para cirugía menor para Atención Primaria. Una medida que se dejó por la carga asistencial de los médicos de AP. Esta medida la vamos a tomar de nuevo ya que tenemos previsto un curso periódico de cirugía menor para atención primaria liderado por el Servicio de Cirugía General. Durante el mes de marzo 2021, se iniciará el primer episodio.*

**TRATAMIENTO**

La alegación presentada no contradice la cuestión observada en el informe.

El contenido del punto alegado se refiere, de forma general, a aspectos que los Contratos Programas y los Acuerdos de la Unidades de Gestión clínica no recogen sobre la información necesaria para una adecuada planificación, seguimiento y para la toma de decisiones en relación con la gestión de la LEQ.

El texto de la alegación está referido al fomento de determinadas medidas establecidas en el hospital.

---

**ALEGACIÓN Nº7, PUNTO 60 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

---

*Efectivamente, un dato real fue por falta de personal facultativo de diferentes especialidades (Anestesia, Oftalmología, etc). Un aspecto que hemos sido capaces de corregir y tener datos mucho mejores a fecha de hoy (0 pacientes fuera de plazo legal).*

*Los datos se deben a varios factores:*

*-Actualización de la LEQ real del servicio COT del Poniente.*

*-Presión asistencial por una población de cobertura equivalente a Hospitales de primer o segundo nivel estando reconocido el nivel comarcal.*

*-Falta de facultativos.*

*-Falta de recursos.*

*Para solucionar este ítem, hemos ampliado la plantilla, revisado los protocolos de indicación quirúrgica, cambiando la gestión interna de la unidad COT y esperamos tener resultados efectivos en el futuro próximo.*

**TRATAMIENTO**

El contenido de la alegación confirma la cuestión observada en el punto del informe alegado, al exponer, que *“efectivamente, un dato real fue por falta de personal facultativo de diferentes especialidades, ...”*.

---

**ALEGACIÓN Nº8, PUNTO A.66 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*De acuerdo con este punto, hemos implantado un sistema de registros de estos tiempos a través de una aplicación informática y pulsera. Estos registros se realizarán de forma automática evitando errores de registro y dando información real y trazabilidad del paciente en cada momento durante su estancia en el bloque quirúrgico. El nombre del proyecto es Myesfera.*

**TRATAMIENTO**

El punto alegado no es conclusión ni resultado de una verificación, sino que contiene una aclaración sobre cómo se mide el rendimiento o los tiempos de ocupación de los quirófanos, tal y como lo establece el SAS.

La alegación presentada por el hospital no es aplicable al contenido del punto que se alega.

---

**ENTIDAD: Hospital Virgen de la Victoria**

---

**ALEGACIÓN Nº9, PUNTO A.40 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Datos del gráfico. H. VIRGEN DE LA VICTORIA: 25 inscripciones en el mismo día.*

*Los registros que ocasionan TNP por reevaluación clínica en el mismo día del alta en RDQ responden a las altas de solicitudes recibidas por Libre elección.*

*Los pacientes de inscripciones recibidas por libre elección en el hospital deben ser valorados clínicamente antes de ser programables para la intervención que fue indicada en su hospital de origen.*

*Está establecido en el centro que los pacientes que eligen por libre elección ser intervenidos en nuestro centro, una vez se comunica el alta en el registro AGD, el responsable de admisión de lista de espera comunica el registro al responsable de la especialidad quirúrgica que corresponda y se genera un evento de suspensión temporal por reevaluación clínica, hasta que el paciente es valorado por el facultativo (requiriendo de consultas y/o pruebas complementarias) y valida la situación de programable.*

**TRATAMIENTO**

El procedimiento que se sigue en el hospital para justificar la incidencia detectada en el punto alegado no es adecuado, ya que desvirtúa la naturaleza de la situación del paciente como Transitoriamente No Programables (TNP) por reevaluación clínica. El Decreto 209/2001 determina como causa de suspensión de la garantía cuando, por circunstancias derivadas de su proceso

asistencial o sobreañadidas al mismo, el facultativo decide no llevar a cabo la intervención quirúrgica prevista.

Además, no aportan documentación de las inscripciones por libre elección, que posibilitara la verificación de lo expuesto en la alegación presentada.

### ALEGACIÓN Nº10, PUNTO A.43 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

*Datos del gráfico H. VIRGEN DE LA VICTORIA: 22 inscripciones en el mismo día.*

*Ante las circunstancias en las que el mismo día un paciente se inscribe y genera un evento de suspensión temporal, explicar que efectivamente podían ocurrir al mismo tiempo estas circunstancias. Un paciente presenta el ANEXO II de inscripción en admisión de lista de espera y al mismo tiempo comunica a salud responde no querer ser intervenido en esos momentos.*

*Las variables que intervienen para que esto ocurra y no se cumpla con el art. 7.2 de la Orden de 25 de septiembre de 2002 son:*

- *La aplicación informática AGD contempla en su desplegable de motivos: “otros motivos laborales o personales a petición propia”, lo que permite a petición propia generar una suspensión temporal en cualquier momento y causa.*

The image shows two screenshots from the AGD application. The left screenshot displays a list of events under the heading 'Selección el evento a realizar'. The event 'Paciente transitoriamente no programable a petición propia' is highlighted with a red box and a red arrow pointing to the right. The right screenshot shows a dropdown menu for 'Causa' with the following options: 'Selección una opción', 'Cumplimiento de un deber inexcusable, de carácter personal', 'Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado inclusive', 'Fuerza mayor', 'Matrimonio', 'Nacimiento o adopción de hijo o nieto', and 'Otras causas a petición del paciente'. The 'Otras causas a petición del paciente' option is selected.

- *Salud responde a través de una llamada del paciente automáticamente le generaba una suspensión quedando la llamada grabada como prueba de comunicación fehaciente.*



El centro en 2019 hizo un análisis de situación de los pacientes en TNP detectando esta situación que generaba TNP propios que no respondían a criterios establecidos en la Orden de 25 septiembre de 2002, ni a otras instrucciones normativas.

Se realizaron sesiones formativas de los criterios de gestión de las suspensiones con los profesionales de admisión de lista de espera quirúrgica y los responsables quirúrgicos de centro.

- En estos momentos no tenemos cobertura legal del procedimiento que realiza *Salud Responde*. Por lo que solamente están reconocidos los 5 supuestos que marca la normativa y que hay que acreditar y firmar Doc.7 con el paciente presente o mediante el envío de burofax como método de comunicación fehaciente.
- Causas y tiempos máximos se recogen en la tabla siguiente
- El paciente deberá presentar a la Gestoría de Usuarios un justificante de la causa que motivó la interrupción, en el plazo establecido a tal efecto.

Causa	Tiempo máximo
Nacimiento o adopción de hijo o nieto	4 días naturales
Matrimonio	15 días naturales
Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar por consanguinidad o afinidad hasta el 4º grado incluido	4 días naturales
Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal	Tiempo estrictamente necesario
Fuerza mayor	El tiempo que dure el suceso o tarde en desaparecer la causa que impida la incomparecencia

**TRATAMIENTO**

El art. 7 de la Orden de 25 de septiembre de 2002, delimita las circunstancias justificativas de la suspensión del cómputo del plazo de garantía de respuesta quirúrgica (cuadro nº 10 del informe) y establece que el usuario dispone de un plazo de hasta quince días naturales, desde que se produjo la circunstancia que motiva su incomparecencia, para justificarla ante el hospital donde debe ser intervenido, mediante cualquier medio del que quede constancia fehaciente.

La alegación presentada confirma la incidencia expuesta en los puntos A.42 y A.43, al expresar: *“Las variables que intervienen para que esto ocurra y no se cumpla con el art. 7.2 de la Orden de 25 de septiembre de 2002:*

*-La aplicación informática AGD permite a petición propia generar una suspensión temporal en cualquier momento y causa.*

*-El centro en 2019 hizo un análisis de situación de los pacientes en TNP detectando esta situación que generaba TNP propios que no respondían a criterios establecidos en la Orden de 25 de septiembre de 2002 ni a otras instrucciones normativas”.*

Además, no se aporta documentación de los motivos o circunstancias de los 22 pacientes registrados situación TNP, desde el día que se prescribe la intervención.

---

**ALEGACIÓN Nº11, PUNTO A.46 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Siguiendo la normativa establecida, el hospital tiene determinado en los procedimientos que existe mayor demanda que capacidad de respuesta en tiempos de plazo de garantías, ofertar en el momento de recepción de la solicitud en admisión de lista de espera la autorización del paciente para poder ser derivado al centro concertado.*

**TRATAMIENTO**

El procedimiento establecido para el envío de pacientes a centros privados concertados, únicamente, está recogido en el Manual de Procedimiento administrativo de la AGD y del RDQ, del cual se extrae los requisitos obligatorios, transcritos en el punto alegado.

No nos consta la existencia de instrucciones o directrices que determinen el procedimiento que se describe en la alegación presentada. Tampoco se ha aportado documentación para justificar la alegación presentada, lo cual se mantiene el contenido del punto alegado.

---

**ALEGACIÓN Nº12, PUNTO A.74 (ALEGACIÓN ADMITIDA)**

---

**ALEGACIÓN Nº13, PUNTO A.78 (ALEGACIÓN PARCIALMENTE ADMITIDA)**

*Se han suprimido los apartados, 1 y 3 del texto de la Alegación.*

*Total intervenciones H. Virgen de la Victoria: 2.837.*

2. En relación con la modalidad registrada de cma, CMA, y Hospitalización, se detecta un área de mejora en nuestro centro ya que responde a anomalía en el registro desde el ANEXOII de inscripción, en el que, si el facultativo no indica la modalidad, por defecto el administrativo inscribe Hospitalización. Esto pone de manifiesto la necesidad de garantizar que se cumplimentan los ítems obligatorios disponiendo que la solicitud se registre desde la aplicación informática por el facultativo que indica la intervención en consulta.

Esta auditoría pone de manifiesto el bajo porcentaje de inscripciones realizadas por los facultativos. En nuestro centro sólo cirugía general presenta el dato más alto con un 17%.

4. Se ha realizado explotación de los datos del CMBD con el fin de constatar los datos de intervenciones realizadas sobre procedimientos que muestran cómo los registros que AGD permite codificar según modalidad no se correlacionan con los datos de la actividad efectuada.

En Hospitalización, se aprecia que sólo se realizan 222 procedimientos versus 4458 en Hospital de Día Quirúrgico, siendo en su mayoría patología maligna y de localización no abordable en atención primaria.

#### Fuente de datos CMBD. Servicio de Documentación Clínica.

Periodo Analizado	Entre 01/01/2018 y 30/09/2019
Fuente de información	Conjuntos Mínimos de Datos Básicos de Hospitalización (HOS) y Hospital de Día Quirúrgico (HDQ)
Criterios de búsqueda:	Procedimientos: Primer procedimiento Sección: Médico Quirúrgica Sistema Organico: Piel y mama Localización anatómica: Exclusión de localizaciones en la mama  Diagnósticos: Diagnostico principal
Clasificación:	Por tipo de procedimiento CIE-10-ES, con inclusión de definiciones
Agrupamientos:	Por localización y por diagnóstico, mediante elaboración propia
Consideraciones:	La búsqueda se ha realizado a partir de la CIE-10-ES, en vigor desde 2016 por acuerdo del CITS Los registros de HDQ estan clasificados con códigos CIE-9-MC. que, especialmente los identificados como posible cartera de AP, son demasiado generales, desglosandose en diversos tipos de procedimientos en la CIE-10-ES, que incluyen localizaciones específicas Por otra parte, el diagnóstico también puede ser determinante del nivel asistencial

RESUMEN POR LOCALIZACIÓN	HDQ	HOS
Cara	2101	42
Cuero cabelludo y cuello	585	18
Extremidades (salvo mano)	732	105
Mano	98	5
Tronco	915	52
Uña	27	0
	<b>4458</b>	<b>222</b>

**TRATAMIENTO**

Hay que tener en cuenta que todo diagnóstico de un proceso que requiera, a su vez, de un procedimiento de cma, debe ser atendido en el ámbito de Atención Primaria, salvo que concurra alguno de los criterios establecidos para que se lleven a cabo en los hospitales y se cumplan unos requisitos para ello, tal y como exponen los puntos A.76 y A.77 del informe.

El tratamiento de la alegación presentada se ha realizado de forma individualizada, por cada una de las consideraciones realizadas por el hospital.

2. El contenido de la alegación presentada, corrobora la incidencia expuesta en el punto que se alega, por lo que no se admite esta parte de la alegación.

4. No se admite. Aunque el texto de la alegación incluye un cuadro que refleja las diferencias existentes entre la información de AGD y la del CMBD. Pero la información del CMBD no distingue si las intervenciones corresponden a cma o CMA, ni incluye los códigos de los procedimientos, impidiendo verificar si son los realizables en el ámbito de la Atención primaria.

---

**ALEGACIÓN Nº14, Anexo 9.6 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Hospital Virgen de la Victoria: 42%*

*En este indicador defender que desde el Servicio de Atención Ciudadana se ha remitido de forma mensual las certificaciones de la lista de espera firmadas por cada responsable quirúrgico. El procedimiento de remisiones de estas certificaciones se inició a través de envíos por fax y posteriormente y hasta la fecha se realiza a través de mail a la Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial de SSCC.*

*Se adjuntan los certificados del periodo auditado.*

**ANEXO 1. Certificados 2018**

**ANEXO 2. Certificados 2019**

**TRATAMIENTO**

La alegación se refiere a un punto de informe en el que no se pone de manifiesto ninguna incidencia ni supone conclusión ni resultado de una verificación, tan sólo describe la relación de los objetivos e indicadores incluidos en los Contratos Programa de los ejercicios 2018 y 2019.

Aunque, el hospital asegura que envió las certificaciones mensuales, y aportan certificados de 2018 y 2019, no han facilitado ningún documento que constate la remisión en plazo al SAS.

Además, durante el tratamiento de las alegaciones, se ha verificado que la documentación aportada por el hospital con la información facilitada por el SAS durante la auditoría, correspondiente a 2018, no concuerda. Según la ficha de cumplimiento aportada por el SAS, no se recibió la documentación de los meses de enero a junio, ni consta el dato del mes de noviembre de 2018.

Del año 2019, no se ha podido verificar, ya que el SAS no facilitó información porque, a la fecha de nuestro trabajo de campo, los datos estaban sin evaluar.

**Entidad: Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial****ALEGACIÓN Nº15, PUNTO 40 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*1. En primer lugar, es importante incidir en que la Aplicación para la Gestión de la Demanda (AGD) es un aplicativo que aglutina la herramienta que gestiona la Lista de Espera Quirúrgica pero además sustenta el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) y aplica la Garantía de respuesta de plazos que corresponda a una inscripción en cada momento.*

*2. La ORDEN de 25 de septiembre de 2002, por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica y el funcionamiento del registro de demanda quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece en la Sección 3.ª Procedimiento de alta y baja en el Registro de Demanda Quirúrgica:*

**Artículo 21. Solicitud de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica.**

*1. La solicitud de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica, que figura como Anexo 2 del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, estará disponible en todas las consultas donde se realicen indicaciones quirúrgicas.*

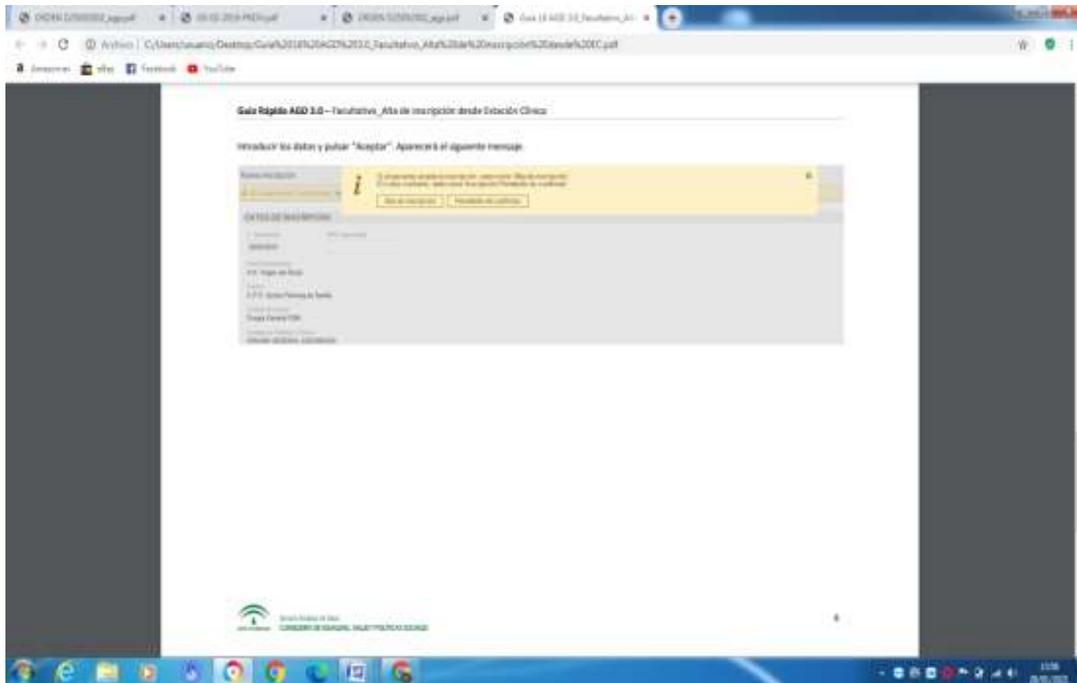
*2. El facultativo responsable del paciente cumplimentará la solicitud de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica, siempre que exista indicación clínica establecida, se trate de una intervención programable, y esté en la cartera de servicios de cada centro.*

*3. Todos los campos incluidos en la solicitud de inscripción deberán estar debidamente cumplimentados, excepto los que sean suplidos por la etiqueta identificativa.*

*4. Especialmente, se prestará atención a la identificación del proceso que motiva la intervención y a su procedimiento quirúrgico.*

*5. La solicitud de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica podrá ser presentada por el paciente o por una persona en quien delegue. En todo caso, se arbitrarán las medidas necesarias para que la solicitud de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica se realice sin que los pacientes tengan que realizar desplazamientos adicionales.*

*3. Actualmente todas las consultas médicas tanto en Atención Hospitalaria como en Atención Primaria disponen de ordenadores con acceso a los programas corporativos según sea el perfil de acceso del profesional. Los facultativos de especialidades quirúrgicas, cuando están pasando consulta desde Estación Clínica en DAH (Diraya Atención Hospitalaria) tienen acceso a AGD lo que les permite generar la solicitud de inscripción directamente, por tanto, actualmente no existe ningún motivo por el que las solicitudes de inscripción en Lista de Espera Quirúrgica se realicen en formato papel. Al generar la solicitud en el aplicativo AGD/RDQ, los datos identificativos del paciente se cargan automáticamente desde la DAH, lo que disminuye la posibilidad de errores en los mismos.*

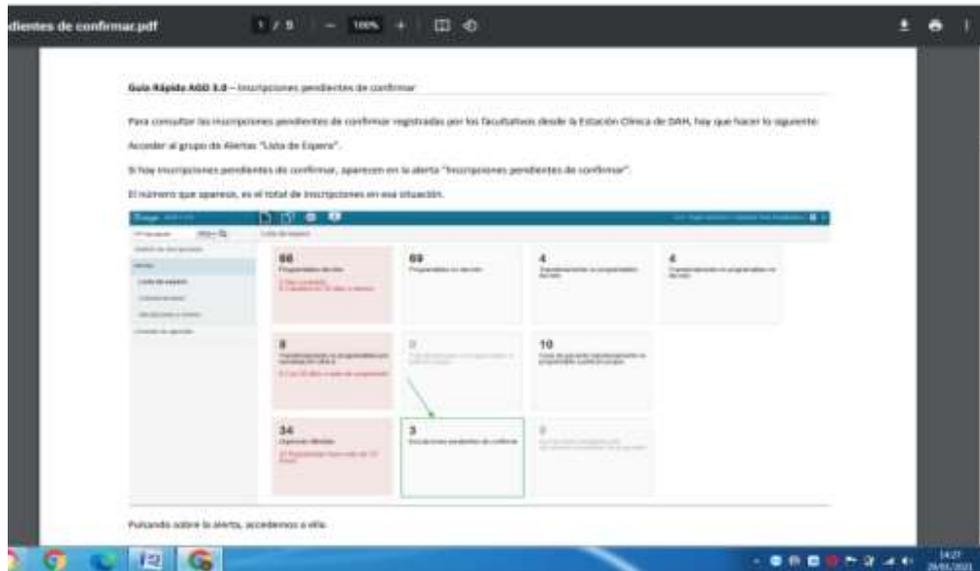


A tal efecto existe la Guía Rápida AGD 3.0 – Facultativo\_Alta de inscripción desde Estación Clínica en la que se instruye a los profesionales para el uso de esta funcionalidad.

Una vez se han cumplimentado todos los datos de la solicitud de Inscripción, antes de proceder a cerrar la Solicitud, el aplicativo ofrece dos opciones:

1. Realizar la Inscripción de la Solicitud en RDQ. Si el paciente manifiesta su aceptación para ser intervenido, el especialista formaliza la inscripción en RDQ de forma rápida y sencilla pulsando en check “Alta de Inscripción”, y le puede facilitar una copia al paciente.
2. Dejar la Solicitud sin formalizar la Inscripción en RDQ. Cuando el paciente manifiesta que se lo tiene que pensar, el aplicativo permite dejar guardada la Solicitud a la espera de que el paciente decida si se quiere intervenir y se persone para formalizar la Inscripción. Pulsando el check “Pendiente de confirmar” la Solicitud que ha generado el facultativo queda guardada en el aplicativo pendiente de formalizar su inscripción.

En este segundo caso, si el paciente es derivado a una Unidad administrativa, no debe existir carga de trabajo elevada porque las solicitudes pendientes de confirmar en AGD/RDQ se pueden recuperar y solo proceder a cambiar el estado al de Inscripción. Lo mismo ocurre si el paciente se marcha y no se persona a formalizar la inscripción, si la Solicitud se ha generado en AGD, se mantiene almacenada y se puede recuperar cuando el paciente lo solicite y confirmar la Inscripción en AGD/RDQ.



*Estas unidades también se encargan del mantenimiento de AGD/RDQ y pueden visualizar si existiera un gran volumen de solicitudes no confirmadas, en tal caso contactaría con el paciente para verificar la situación del paciente, y proceder a realizar la Inscripción si este lo solicitara o en caso contrario pasar dicha solicitud a Pasivo.*

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la alegación presentada se ha realizado de forma individualizada, por cada una de las consideraciones realizadas por la citada Subdirección:

1. El texto no concuerda con la cuestión observada en el punto alegado. Además, es una información que, de forma reiterada, se plasma en los siguientes puntos del informe: 7,13,29,30 y A.8 al A.11.
2. Los puntos A.14 a A.24 del informe describen el procedimiento que, según la normativa, es aplicable al trámite de inscripción y los resultados de las verificaciones.

Ni la normativa ni el Manual de procedimientos prevé que el facultativo pueda inscribir al paciente en el RDQ, a pesar de ser la forma más simple y con menos riesgo de error al generar el alta de los pacientes, como se reconoce en la alegación.

3. La Subdirección alega que, "los facultativos tienen acceso a AGD lo que les permite generar la solicitud de inscripción directamente, por tanto, actualmente no existe ningún motivo por el que las solicitudes de inscripción en Lista de Espera Quirúrgica se realicen en formato papel".

En la revisión realizada se ha constatado que en la mayoría de las inscripciones registradas no se ha hecho uso de esta funcionalidad, utilizando el formato papel para la solicitud, de hecho, según sistema establecido en los cinco hospitales visitados, los pacientes han de presentar la solicitud en las unidades responsables del RDQ, a fin de proceder al trámite de inscripción, cuando se supone excepcional, según art. 21 de la Orden de 2002, tal y como refleja el punto A.17. Este sistema deriva en una elevada carga de trabajo, que se den casos en los que el facultativo no facilite al paciente el

documento de solicitud de inscripción para su firma o que el paciente, por olvido o pérdida, no presente el documento de solicitud para su registro, además de originar, tal y como consta en los puntos A.21 y A.23, incorrecciones en el proceso de grabación y que posibilita dilatar el trámite de la inscripción (punto A.18)

El texto de la alegación se centra en la solicitud de la inscripción, pero no justifica porqué la normativa reguladora no determina un plazo máximo de presentación de solicitud de inscripción, que ha ocasionado que del total de los hospitales del SSPA haya 429 inscripciones en las que se superan los 100 días de diferencia entre la indicación de la intervención quirúrgica programada y la solicitud de inscripción, según punto A.20.

Tampoco se desprende justificación acerca de la cuestión observada en el punto que se alega, el hecho de que el facultativo no inscriba al paciente en el RDQ, impide verificar si todas las indicaciones quirúrgicas propuestas por los facultativos han sido inscritas en el citado registro. Este hecho queda corroborado por el bajo porcentaje del total de inscripciones de los hospitales del SSPA, tal y como reflejan los Anexos 9.4.1 y 9.42.

Asimismo, no aporta información sobre la activación de esta opción en los hospitales del SSPA ni explica el motivo de porqué de los hospitales visitados, excepto los hospitales de San Juan de la Cruz y Virgen de la Macarena, el resto desconocían esta opción (punto A. 19).

---

#### **ALEGACIÓN Nº16, PUNTO 41 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

**1. La Norma establece que al paciente deberá presentar la solicitud para ser incluido en AGD/RDQ. Al tratarse de un proceso sujeto a garantía de plazos, el día que se inicia el plazo de garantía se corresponde con el día que el paciente presenta la solicitud, independientemente del día que se mecanice en el registro la inscripción como se establece en:**

*ORDEN de 25 de septiembre de 2002, por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica y el funcionamiento del registro de demanda quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sección 3.ª Procedimiento de alta y baja en el Registro de Demanda Quirúrgica.*

**En su Artículo 22. Fecha de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica. Se establece:**

- 1. La fecha de inscripción en el Registro será la del día de la indicación realizada en la consulta o la del día de presentación de la solicitud de la inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica, efectuada por el paciente o por persona autorizada para ello.*
- 2. En el supuesto de que la solicitud de inscripción se presentase en el registro de cualquier órgano administrativo o en una oficina de Correos, se considerará como fecha de inscripción la del día en que la citada solicitud de inscripción haya sido presentada.*

**Respecto al posible retraso en el trámite de inscripción en el Artículo 23. Resolución de inscripción en el Registro de la misma Orden, se establece:**

- 1. La inscripción deberá practicarse en el plazo de treinta días a contar desde la fecha de entrada de la solicitud en el Registro o desde que se subsanen los defectos formales de la misma.*

*2. Cuando la solicitud no reúna los requisitos formales exigibles se requerirá al solicitante para que subsane en el plazo de diez días y de no hacerlo en tiempo y forma se le tendrá por desistido de su petición, procediéndose, previa la correspondiente resolución, al archivo de la misma.*

*2. Al tratarse de un proceso garantista, la norma establece que es el propio paciente o persona en quien delegue, el responsable de solicitar la inscripción en RDQ. Las deficiencias, incorrecciones e irregularidades que describen en su informe, no corresponden a un vacío legal o a la falta de desarrollo de la norma, sino más bien a la adecuación de los circuitos que se establecieron cuando se implanta el Decreto 209/2001, que no se han ido actualizando cuando se han incrementado los recursos informáticos, actualmente todas las consultas médicas disponen de ordenadores que permiten al facultativo realizar la solicitud y si procede la inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ).*

*3. Algunos centros hospitalarios han decidido mantener una Unidad administrativa centralizada para Lista de Espera Quirúrgica, debido a la dificultad actual para garantizar la fehacencia del soporte documental que se genera sobre una inscripción en AGD/RDQ. La mayoría de los pacientes no disponen de firma digital y AGD/RDQ tampoco dispone actualmente de una funcionalidad que nos permita incluir la firma del interesado en el aplicativo, lo que obliga en muchos casos a usar formato papel y el posterior almacenaje de documentos que inciden sobre la situación de la garantía de plazos.*

*AGD como aplicación de registro de demanda quirúrgica da soporte a las gestiones que se han de cumplimentar desde el momento en que el facultativo realiza una indicación de realización de un procedimiento hasta el momento de la intervención.*

*Además de la recogida de información en la historia clínica es necesario en ciertas ocasiones emitir documentos en formato papel que se han de entregar al paciente y que han de ser firmados tanto por el paciente como por el profesional que presta la asistencia. Estos documentos que actualmente se imprimen y se firman suponen un elemento válido para posibles reclamaciones/comprobaciones que pudiera necesitar el usuario.*

*Una de las áreas de mejora contempladas como necesarias en Diraya es la inclusión de la firma de los pacientes y los profesionales en dichos documentos, quedando estos recogidos dentro de la historia. Este avance permitiría contar con los documentos accesibles en todo momento y evitar tener que almacenarlos y custodiarlos en los centros hospitalarios donde se ha realizado la gestión. El abordaje de esta mejora se contempla no solo en referencia a AGD sino a todas las aplicaciones del ecosistema Diraya.*

*Se ha comenzado a trabajar en ello mediante un proyecto específico de firma digital que actualmente está en fase de desarrollo de pliego de contratación. Se ha visto ralentizado por la situación de pandemia, pero se ha de retomar pues se ha detectado como una necesidad para la adaptación completa de la historia clínica al formato electrónico.*

*Ha de contemplar la validez jurídica de la firma tanto del paciente como titular del documento como del profesional y reconocer a este último como tal con su categoría definida, la solución técnica de recogida de la misma y las posibilidades de uso por las distintas aplicaciones. El proyecto se ha abordado inicialmente en el contexto de recogida de firma digital de pacientes y profesionales al cumplimentar los consentimientos informados. Una vez que se haya resuelto esta fase se realizaría*

*un estudio de extensión de la solución válida aplicada en el caso de los consentimientos informados al resto de programas.*

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de la alegación presentada se ha realizado de forma individualizada, por cada una de las consideraciones realizadas por la citada Subdirección:

1. El texto de la alegación incluye información sobre la que se ha realizado el trabajo de fiscalización y cuyo resultado sustenta la conclusión del punto que se alega.
2. El punto alegado refleja un ejemplo de la evidencia constatada sobre el vacío legal y la ausencia de actualización y desarrollo de la normativa reguladora, expuesto en el punto 39.

Del texto de la alegación se constata que los circuitos que se establecieron cuando se implanta el Decreto 209/2001, no se han ido actualizando ni adecuando a la normativa reguladora, lo cual corrobora lo expuesto en el informe.

3. Del texto de la alegación trata de justificar el uso del formato papel para la solicitud de inscripción en el RDQ, como práctica habitual.

Al respecto, hay que señalar el texto de la alegación cuando refiere: *“debido a la dificultad actual para garantizar la fehacencia del soporte documental que se genera sobre una inscripción en AGD/RDQ. La mayoría de los pacientes no disponen de firma digital y AGD/RDQ tampoco dispone actualmente de una funcionalidad que nos permita incluir la firma del interesado en el aplicativo, lo que obliga en muchos casos a usar formato papel...”,* corrobora la cuestión observada en el punto 40 (Alega. nº 15), aunque, a su vez, contradice la afirmación presentada en la alegación nº 15 cuando establece que “actualmente no existe ningún motivo por el que las solicitudes de inscripción en Lista de Espera Quirúrgica se realicen en formato papel”

---

#### ALEGACIÓN Nº17, PUNTO 42 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

*“No constan directrices, protocolos, instrucciones internas o medidas aprobadas por el SAS, que desarrollen aspectos relevantes del procedimiento de gestión. Este hecho ha originado, tal y como se expone a continuación, interpretaciones erróneas, riesgos y heterogeneidad en la forma de actuar de los hospitales:*

1. *Escasa estandarización a la hora controlar los códigos de los procedimientos quirúrgicos consignados en las indicaciones de los facultativos.*

**Cuestión Observada** *No se entiende qué quieren decir con “escasa estandarización”.*

*La codificación del procedimiento quirúrgico debe ser cumplimentada por el Facultativo que hace la indicación, en el caso de que este facultativo solo utilice el descriptivo del procedimiento, la codificación del procedimiento podría ser cumplimentada por un técnico de Documentación Clínica pero siempre que el descriptivo no ofrezca dudas sobre su codificación. En caso de no estar claro, debe ser devuelto al facultativo para su cumplimentación.*

*El procedimiento quirúrgico propuesto por el facultativo obedece a un criterio clínico y se corresponde con el procedimiento de inscripción que puede ser modificado en el transcurso de la intervención.*

**2.** *“Inexistencia de medidas que impulsen el conocimiento, por los usuarios de la Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica, de las capacidades del sistema de Registro de Demanda Quirúrgica.*

*Durante el periodo de fiscalización, del total de inscripciones existentes en los centros del SSPA, solo un 21% de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado y un 19% de los procedimientos sin garantía han sido registrados por el facultativo. Esta opción de inscripción por el facultativo está operativa desde julio de 2015; sin embargo, el SAS no dispone de información sobre la activación de esta opción en los hospitales del SSPA. De hecho, de los cinco hospitales visitados, sólo los hospitales de San Juan de la Cruz y Virgen de la Macarena conocían esta opción.”*

**Cuestión Observada** *Desde 2015 existen tutoriales y guías rápidas para la ayuda a los profesionales que esta accesibles a través del portal CEGES como ejemplo ponemos un enlace:*

**[http://cges.sas.junta-andalucia.es/documentacion/-/document\\_library\\_display/1MxAtQHh1jtU/view/37489?\\_110\\_INSTANCE=1MxAtQHh1jtU\\_redirect=http%3A%2F%2Fcges.sas.junta-andalucia.es%2Fdocumentacion%2F-%2Fdocument\\_library\\_display%2F1MxAtQHh1jtU%2Fview%2F128307](http://cges.sas.junta-andalucia.es/documentacion/-/document_library_display/1MxAtQHh1jtU/view/37489?_110_INSTANCE=1MxAtQHh1jtU_redirect=http%3A%2F%2Fcges.sas.junta-andalucia.es%2Fdocumentacion%2F-%2Fdocument_library_display%2F1MxAtQHh1jtU%2Fview%2F128307)**

**3.** *“La situación del paciente como Transitoriamente No Programables (TNP) por reevaluación clínica se utiliza sin criterio ni control”:*

**Cuestión Observada** *La posibilidad de que a un paciente se le identifique como TNP (transitoriamente no programable) es un evento que debe ser considerado para identificar situaciones específicas. A continuación, se recoge la información disponible en la Web del SAS.*

#### **Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica transitoriamente "NO PROGRAMABLE" ▲**

Pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, que transitoriamente no pueden ser intervenidos por motivos clínicos o a petición del paciente.

Detallamos los motivos:

- Por motivos clínicos, (revaluación clínica).
- Solicitud aplazamiento por petición del paciente:
  - Nacimiento o adopción de un hijo o nieto
  - Matrimonio
  - Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar
  - Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal
  - Fuerza mayor
  - Otros motivos laborales o personales a petición propia

*Desde la organización se promueve el buen uso de esta situación, por lo que no se considera pertinente aseverar que “El hecho de que se produzcan esas diferencias, cuando el motivo es la reevaluación clínica, indica qué, con el fin de evitar el incumplimiento del plazo de respuesta, se registra al paciente en TNP sin que quede debidamente acreditada la causa o justificación que*

origina este cambio en la situación del paciente". Si bien se puede por una parte aventurar que haya deficiencias en los circuitos administrativos que condicionen la inadecuación de los registros y por otra que se haga un mal uso de esta posibilidad y haya un infra registro de los pacientes en situación de TNP

4. "Debido a la ausencia de medidas para la obtención de la información sobre los fallecimientos de pacientes registrados en LEQ, en los hospitales de Puerto Real y San Juan de la Cruz se han detectados casos en los que se ha considerado al paciente fallecido como ilocalizable, optando por registrarlo en situación TNP por reevaluación clínica. "

**Cuestión Observada.** La gestión de los pacientes en la historia clínica en Andalucía se apoya en un módulo llamado Base de Datos de Usuarios (BDU). En este módulo se realizan tanto las altas como las bajas en el sistema, sirviendo como aplicación de referencia para el resto de los programas de Diraya. Uno de los servicios que ofrece BDU es el de modificación de datos de los usuarios, de manera que ante un cambio en alguno de los campos que se recoge en la ficha de cada uno de los usuarios del sistema se genera un mensaje de notificación de cambio y se actualiza, en la mayoría de los casos automáticamente el resto de los módulos de la historia clínica. Existen múltiples actuaciones que se pueden hacer en la gestión de usuarios del sistema, como las relacionadas con los cambios de datos de contacto o centro de adscripción, siendo una de ellas fundamental por las repercusiones que tiene asociadas y es la notificación de fallecimiento. En caso de que el usuario haya fallecido el cambio no solo supone un paso a pasivo por fallecimiento, sino que además se limita en muchas de las aplicaciones la disponibilidad de manejo de la historia.

Desde el año 2017 se ha estado trabajando en la posibilidad de mejorar la integración de datos de Diraya y en concreto en la información de pasivo por fallecimiento. Se ha intentado que, además de que se limite la posibilidad de realizar actuaciones asistenciales con el paciente, se anulen las tareas programadas a futuro para el mismo y en este último punto incluimos las citas a consultas, las solicitudes de pruebas complementarias y demás programaciones previstas. Todo se realiza mediante el establecimiento de mensajes entre distintas aplicaciones, algunos son directos desde BDU y otros requieren participación de varias aplicaciones.

A modo de ejemplo, la gestión de citas se realiza en un programa llamado Citación web. Ante un paso a pasivo por fallecimiento en BDU de un usuario se genera un mensaje que parte desde BDU que Citación recibe, comprueba si dicho usuario tiene alguna cita asignada y si es así se elimina.

En el caso de las inscripciones en lista de espera quirúrgica se ha intentado realizar la misma gestión, pero ha sido necesario realizar un doble circuito pues no existe notificación directa de BDU a AGD, sino que hay un programa intermedio que realiza la notificación a AGD. Actualmente hay dos modelos de uso en los centros ya que el programa intermedio es el encargado de la gestión de pacientes admitidos en los hospitales y hay dos escenarios de trabajo. La mayoría de las áreas hospitalarias cuentan con un programa distribuido, local de cada hospital, que se llama Estación de Gestión y dos de las áreas del SSPA tienen un programa centralizado llamado Mapa único. El objetivo es extender Mapa único al resto de centros, pero actualmente solo cuentan con él en uso Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Hospital de la Merced.

Los hospitales que trabajan con Estación de Gestión reciben notificación de exitus desde BDU y cuando esa notificación de exitus es confirmada por un operador se envía un mensaje.

5. “En los hospitales de Riotinto, San Juan de la Cruz y Virgen Macarena constan pacientes registrados en situación TNP por reevaluación clínica sin causa clínica. En el hospital de Montilla los casos de TNP solicitados por el paciente, se registran como TNP por reevaluación clínica.

- Constan pacientes en TNP, desde la fecha en que se inscriben en el Registro de Demanda Quirúrgica. Los motivos pueden deberse, bien a la falta de coordinación entre los especialistas que prescriben tratamiento y los de otros servicios, bien por la inadecuada extracción de información de las historias digitales o bien, no exista motivo que justifique esta circunstancia.

- Falta de criterios y homogeneidad en las derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados. Además, los envíos de los pacientes a los conciertos se registran fuera de los plazos establecidos, sin que conste justificación al respecto.
- Se han detectado inscripciones sin garantía correspondientes a procedimientos con plazo de respuesta quirúrgica inicial sin que consten el registro de los eventos que justifiquen la pérdida de ese derecho.”

**Cuestión Observada.** La ORDEN de 25 de septiembre de 2002, por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica y el funcionamiento del registro de demanda quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía en CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES, en el Artículo 2. Definiciones establece que, a los efectos de esta Orden, se entenderá por:

*Situación de suspensión del plazo de intervención:* Es aquella situación en la que el paciente no se encuentra en disposición de que se le realice alguna de las actuaciones requeridas, por el procedimiento quirúrgico indicado, por hallarse en alguna de las siguientes circunstancias: Por revaluación clínica, o cuando el paciente no se presenta a la citación correspondiente o demora voluntariamente la intervención, mediando causa justificada.

La citada Orden en el CAPITULO II EJERCICIO DEL DERECHO A LA GARANTIA DE PLAZO DE RESPUESTA QUIRURGICA. Sección 2.ª Garantía de respuesta de plazo máximo recoge los motivos de Suspensión de la garantía por Reevaluación clínica. Artículo 5. Suspensión de la garantía, puntos 1 y 2 y las circunstancias que justifican la incomparecencia del usuario Artículo 7. Circunstancias justificativas de la suspensión del cómputo de plazo puntos 1,2 y 3.

El desarrollo funcional del aplicativo AGD/RDQ, se ajusta a esta normativa y contempla dos eventos relacionados con el paso de pacientes a la situación de Transitoriamente No Programables por reevaluación clínica (por orden del facultativo), y a petición propia (por orden del propio paciente). El MANUAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Aplicación para la Gestión de la Demanda y Registro de Demanda Quirúrgica, detalla el procedimiento a seguir en ambos casos.

Por motivos de confidencialidad, el módulo administrativo no debe contener datos clínicos de los pacientes, estos datos si deben ser reflejados en la Historia Clínica. La veracidad de los eventos que se realizan sobre una inscripción es responsabilidad del profesional que mecaniza el evento sobre una inscripción en AGD/RDQ.

6. “Falta de criterios y homogeneidad en las derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados. Además, los envíos de los pacientes a los conciertos se registran fuera de los plazos establecidos, sin que conste justificación al respecto”.

**Cuestión Observada.** Los pacientes que son derivados a centros concertados se remiten en base a la cuota de derivaciones y a los procedimientos quirúrgicos acordados con cada uno de los centros privados en cada concierto. No todos los centros concertados ofrecen la misma cartera de servicios. A tal efecto cada centro público crea agendas mensuales para el centro concertado que se ajusta a las cuotas y procedimientos establecidos para cada uno de los conciertos.

El Procedimiento administrativo establecía que La Gestoría de Usuarios no ofertaría al paciente la intervención en un centro concertado o autoconcertado durante el primer mes tras la inscripción, salvo que el propio paciente lo solicitara, o bien, y con carácter excepcional, en aquellos casos en que las características de la oferta y de la demanda de ese procedimiento en el hospital hagan inviable la intervención en los plazos garantizados". En circunstancias normales los pacientes no son derivados a centros concertados durante el primer mes tras la inscripción y cuando son derivados no superan los 60 días desde la inscripción en procedimientos con garantía de 120 días y los 90 para procedimientos garantizados de 180 días.

Sin embargo, tal y como recoge el procedimiento administrativo, los plazos establecidos para la remisión de los pacientes a centros concertados pueden variar en función de las necesidades del centro público que realiza la derivación. Cuando un hospital no puede asumir en plazo la demanda existente, puede derivar pacientes antes que pasen 30 días desde la inscripción y para hacer una gestión de colas más eficiente, se han creado agendas extraordinarias de manera que los pacientes con mayor tiempo de espera en AGD/RDQ, puedan también ser derivados a centros concertados.

7." Se han detectado inscripciones sin garantía correspondientes a procedimientos con plazo de respuesta quirúrgica inicial sin que consten el registro de los eventos que justifiquen la pérdida de ese derecho".

**Cuestión Observada.** En primer lugar, tenemos que puntualizar que, aunque el procedimiento que figura en la inscripción se incluya en el Anexo I del Decreto 209/2001, la garantía de plazos se aplica si el paciente es beneficiario ese derecho. Si la inscripción realizada cumple estos criterios es el propio aplicativo AGD/RDQ, el que aplica la garantía a dicha inscripción.

ORDEN de 25 de septiembre de 2002, en su CAPITULO II EJERCICIO DEL DERECHO A LA GARANTIA DE PLAZO DE RESPUESTA QUIRURGICA Sección 1.ª *Ámbito de aplicación y beneficiarios de la garantía*

Artículo 3. *Ámbito de aplicación de la garantía.* La garantía de plazo máximo de respuesta quirúrgica será de aplicación a los procesos quirúrgicos recogidos en el Anexo I del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Artículo 4. *Beneficiarios de la garantía.* Serán beneficiarios del derecho a la garantía de plazo máximo de respuesta quirúrgica, previsto por el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, los españoles y extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Andalucía, cuyo aseguramiento corresponda a la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía y estén inscritos en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

*Igualmente, cuando se producen determinados eventos que modifican la garantía de plazos, es el propio aplicativo AGD/RDQ, el que en base a los eventos que se han realizado sobre esa inscripción, el que modifica este derecho en base a la norma establecida.*

*La ORDEN de 25 de septiembre de 2002, CAPITULO II EJERCICIO DEL DERECHO A LA GARANTIA DE PLAZO DE RESPUESTA QUIRURGICA. Sección 2.ª Garantía de respuesta de plazo máximo. Artículo 6. Pérdida de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica.*

*En el aplicativo AGD/RDQ se pueden consultar con detalle todos los eventos que se han realizado **accediendo al histórico de la inscripción**, incluso se puede saber qué operadores de AGD los han realizado (para tener acceso a esta información es necesario tener perfil de administrador).*

*En resumen, para perder el derecho a la garantía se tiene que haber realizado un evento que lo ha motivado sobre dicha inscripción en AG/RDQ y los eventos quedan siempre reflejados en este aplicativo.*

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la alegación presentada se ha realizado de forma individualizada, por cada una de las consideraciones realizadas por la citada Subdirección:

**1.** El texto de la alegación contiene el procedimiento que se describe en el punto A.15 del informe y que a su vez se ha tomado como referencia para reflejar la información del punto alegado, pero no justifica porqué de los cinco hospitales visitados, únicamente el Servicio de Documentación Clínica de los hospitales de Riotinto y el Virgen Macarena, antes de proceder al trámite de inscripción revisan la adecuación del procedimiento quirúrgico prescrito al sistema de codificación establecido en la CIE-9 (punto A.16)

En este sentido, señalar que en los trabajos de fiscalización se ha llevado a cabo un seguimiento de las deficiencias y las propuestas para su corrección, incluidas en el informe técnico "Análisis de la situación y propuestas de mejora de las listas de espera de 2017", elaborado por una Comisión Profesional para la Gestión de la Listas de Espera en el SSPA. Una de las deficiencias señaladas era "la falta de estandarización a la hora de cumplimentar los códigos de procedimientos en la AGD"

**2.** El texto de la alegación alude a unas guías prácticas, que han sido revisadas durante la fiscalización, pero no aporta documentación que justifique las medidas adoptadas para impulsar el conocimiento por los usuarios de la AGD, de las capacidades del sistema de RDQ. Además, en el contenido de la alegación no se evidencia porqué durante el periodo de fiscalización, del total de inscripciones existentes en los centros del SSPA, solo un 21% de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado y un 19% de los procedimientos sin garantía han sido registrados por el facultativo y que de tres de los cinco hospitales visitados desconocían esta opción.

**3.** La alegación, por un lado, reitera la definición que se describe y se desarrolla en los puntos A.36, A. 37, A.38 y A.41 y que, a su vez, se ha tomado como referencia para reflejar la información del punto alegado y, por el otro lado, corrobora lo expuesto en el informe al reflejar que "haya deficiencias en los circuitos administrativos que condicionen la inadecuación de los registros y por otra que se haga un mal uso de esta posibilidad y haya un infra registro de los pacientes en situación de TNP"

4. En relación con la inexistencia de mecanismo establecido que garantice la notificación a los hospitales de los fallecimientos en tiempo y forma, el texto de la alegación corrobora lo expuesto en el informe al reflejar que *“desde el año 2017 se ha estado trabajando en la posibilidad de mejorar la integración de datos de Diraya y en concreto en la información de pasivo por fallecimiento.*
5. El texto de la alegación no justifica las incidencias señaladas que, fueron contrastadas con los hospitales en que se detectaron, sino que se limita a describir la normativa reguladora.
6. El texto de la alegación reitera el procedimiento descrito en el informe (punto A.46), el cual se ha tomado como referencia para reflejar la información del punto alegado, pero no justifica ni aporta documentación que aclare el número tan elevado de derivaciones de los pacientes a los conciertos fuera de los plazos establecidos que se reflejan en los cuadros nº 11 y 12.
7. Precisamente, el contenido de la cuestión observada refiere a qué en el histórico de la inscripción analizado, no consta evento que justifique la pérdida de la garantía, ni se ha aportado información o documentación que lo aclare.

---

#### **ALEGACIÓN Nº18, PUNTO 43 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

##### **1. ORDEN de 25 de septiembre de 2002, sobre procedimiento de pago de los gastos derivados de intervenciones quirúrgicas en centros sanitarios privados por superación del plazo máximo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía**

*Esta Orden regula el procedimiento de pago de los gastos derivados de intervenciones quirúrgicas, así como en su caso, los derivados del implante de prótesis, realizadas en centros sanitarios privados por superación del plazo máximo de intervención quirúrgica previsto en el artículo 3 del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre.*

*Efectivamente esta orden no se ha actualizado, pero ello no ha generado ningún menoscabo a los pacientes, debido a que ninguno de ellos ha solicitado tratamiento en centro privado (esto fue comunicado a los auditores) como se explica a continuación:*

*En el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) se inscribe a todos los pacientes que han presentado el documento formalizado de Solicitud de Inscripción en RDQ para la realización de una intervención quirúrgica indicada por un especialista del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La inscripción se realiza en todos los casos, independientemente de si se trata de un procedimiento quirúrgico incluido en el ANEXO I del Decreto 209/2001 y sujeto a la garantía plazos de respuesta, como si se trata de un procedimiento no incluido en el Anexo I y por tanto, no sujeto a garantía de plazos de respuesta.*

*El diseño funcional de esta aplicación (AGD) se ajusta rigurosamente a los contenidos del Decreto 209/2001 y a sus Órdenes de desarrollo. En esta aplicación quedan reflejadas todas las situaciones (a las que denominamos “eventos”) que se realizan sobre cada una de las inscripciones en el tiempo que permanecen en Lista de Espera Quirúrgica, incluyendo el procedimiento de tramitación del documento de Solicitud de la garantía y el documento acreditativo de la Garantía.*

*Tras consultar la Aplicación para la Gestión de la Demanda (AGD) y el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ), en el periodo comprendido entre el año 2001 y hasta el 20 de octubre 2019, hemos*

comprobado que hay registrados 12 pacientes con eventos de Acreditación de la Garantía, tras realizar el interesado la correspondiente solicitud del Documentos Acreditativos de la Garantía. En ninguno de los 12 casos, el interesado la ha hecho efectiva, es decir, en ninguno de los casos el paciente ha sido intervenido en un centro privado. Los motivos por los que no ha sido hecha efectiva y que constan en AGD/RDQ son los siguientes:

- Un paciente se dio de baja voluntariamente sin aceptar la fecha de intervención que se le proponía por parte del centro, decidiendo no intervenir.
- Un paciente menor, con un problema cardíaco, fue reevaluado por su especialista y tras las nuevas pruebas, se le contraindicó en ese momento de la intervención.
- Y en los 10 casos restantes, los pacientes no se marcharon a un centro privado y aceptaron la fecha de intervención que se les ofertó en el hospital del SSPA, por lo que fueron intervenidos y no hicieron efectivo el documento Acreditativo de la Garantía.

MOTIVO DE BAJA EN AGD- RDQ TRAS ENTREGA DOCUMENTO ACREDITATIVO GARANTIA POR AÑO					
AÑO	Baja a petición propia	Baja por indicación del facultativo	Baja por intervención	(en blanco)	TOTAL
2015			1		1
2017		1	2		3
2018			5		5
2019	1		2		3
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>		<b>12</b>

2. El desarrollo de Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica simplifica la gestión, mediante la supresión de tramitar determinados documentos previstos y vigentes en el procedimiento regulado (resoluciones de denegación de inscripción, devolución del paciente desde centro concertado por reevaluación clínica, rechazo de centro concertado tras aceptación inicial y no presentado sin justificar tras comunicación fehaciente con la pérdida de garantía)".

La redacción de este segundo apartado está sacada del texto de nuestro informe sobre la revisión del procedimiento administrativo, que se remitió en su momento a los auditores.

Desde la entrada en vigor del Decreto de garantía de Plazos para determinados procedimientos quirúrgicos en el SSPA (De 209/2001) han transcurrido 19 años, durante los que se ha desarrollado e implantación la Historia Única Digital en el aplicativo Diraya. Para evolucionar en este desarrollo, se han ido incorporado nuevos módulos interrelacionados entre sí, que dan respuesta a distintas funcionalidades y entre ellos se encuentra el Módulo para la gestión de la planificación quirúrgica que se relaciona con la Aplicación para gestión de la Demanda (AGD), que es el aplicativo gestiona la Lista de Espera Quirúrgica y también sustenta el registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) que gestiona la garantía de plazos de respuesta quirúrgica.

El desarrollo del aplicativo de Diraya, se ha ido realizando adaptando las nuevas funcionalidades que demandaban los profesionales y gestores sanitarios, pero siempre, siguiendo la normativa de desarrollo del Decreto 209/2001.

*En esta situación, en junio 2020 se ha procedido a revisar el Procedimiento Administrativo implantado en 2001 para realizar propuestas de actualización, pero siempre teniendo en cuenta los siguientes aspectos:*

- *Cualquier modificación o implementación de funcionalidades de AGD/RDQ tiene que estar ajustado a la normativa vigente en materia de garantía de plazos de respuesta vigente actualmente.*
- *Los cambios funcionales deben ser autorizados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y de Sistemas, corresponde a la Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicación valorar su impacto sobre el aplicativo, y el cronograma de implantación, lo que no depende exclusivamente de esta Subdirección.*
- *Los cambios en el funcional del aplicativo, requieren la formación de un grupo de trabajo integrado por distintas Direcciones y Subdirecciones en el que se elaboren las distintas propuestas y posteriormente del informe de la Asesoría Jurídica, siempre que estas afecten a la aplicación de la garantía de plazos de respuesta.*

**Las propuestas de modificación y actualización se clasifican en tres grupos:**

- 1 *Actualización del texto del manual de procedimiento administrativo para que se ajusta a funcionalidades que ya están implantadas en los módulos de Diraya. (AGD, Estación Clínica, y Estación de Gestión)*

*Se trata de cambios exclusivamente en el texto del documento de Procedimiento Administrativo que se ajusten a los nuevos circuitos, a los cambios funcionales del aplicativo Diraya, y sustitución de terminología de la estructura del SAS que ya no se corresponden a las actuales.*

- 2 *Propuestas para la implementación de nuevas funcionalidades en el aplicativo (AGD/RDQ)*

*Son propuestas para implementar el aplicativo AGD/RDQ que mejoran su funcionalidad agilizando la gestión del soporte documental que se genera en AGD/RDQ cuando se realizan acciones (eventos) sobre una inscripción. La fehacencia del soporte documental cuando se realiza un evento sobre una inscripción es indispensable ya que estos eventos pueden modificar la situación de dicha inscripción en RDQ, el cómputo de los días de garantía o la pérdida de la garantía de plazos de respuesta vinculada al procedimiento quirúrgico.*

- 3 *La modificación de la propia Norma a nivel legislativo y definición de los criterios de aplicación de los derechos y garantías.*

*Concretamente nos referimos a las conclusiones de la Comisión de Lista de Espera Quirúrgica en el que se propone que el Decreto de Garantía de plazos de respuesta quirúrgica se modifique y que esta garantía se establezca en función del proceso patológico que determina la indicación quirúrgica y no como ocurre en la actualidad que está vinculada al procedimiento.*

*Otra cuestión que no siempre está bien definida en el procedimiento administrativo es la confluencia de varios derechos como es la Libre Elección de Especialista y hospital.*

### TRATAMIENTO

1. El hecho de que no haya generado menoscabo a los pacientes, debido a que ninguno ha solicitado tratamiento en centro privado, no justifica que se incumpla la previsión de actualización de los precios máximos de los procedimientos quirúrgicos con garantía establecida en la Disposición Final Primera del Decreto 209/2001.

2. El texto de la alegación contiene una serie de apreciaciones que no se corresponden con la cuestión observada en el punto que se alega, si bien corrobora lo expuesto en varios puntos del informe (39 a 43), al constatar que: *“en junio 2020 se ha procedido a revisar el Procedimiento Administrativo implantado en 2001 para realizar propuestas de actualización, en concreto el texto del Manual de procedimiento administrativo para que se ajusta a funcionalidades que ya están implantadas en los módulos de Diraya, modificación de la propia norma a nivel legislativo.....”*.

---

### ALEGACIÓN Nº19, PUNTO 44 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

1. *La cita de pacientes para intervención u otra cuestión relacionada con la misma (Preanestesia, consulta de prooperatorio etc...) se realiza de manera telefónica por las administrativas de la unidad que corresponda porque es muy importante confirmar la asistencia del interesado y evitar la pérdida de horas de consultas y quirófano.*

2. *Las citas de carácter administrativas que afectan a la garantía se hacen por comunicación fehaciente que también quedan reflejadas como eventos de la inscripción. AGD/RDQ dispone de un campo de observaciones con texto libre que permite al operador incorporar cualquier información de tipo administrativo relevante para la gestión de la inscripción.*

### TRATAMIENTO

1. La alegación describe el procedimiento previsto, según el cual todas las citas (para consulta, estudio pre-anestésico, intervención, etc.) se efectúan por teléfono sin dejar constancia escrita de la comunicación realizada, lo cual no permite verificar la conformidad del paciente y la notificación efectiva de la cita, tal y como señala el texto del Informe.

2. La alegación determina que las citas de carácter administrativas que afectan a la garantía se hacen por comunicación fehaciente, cuando del análisis efectuado a los 5 hospitales visitados se ha constatado la inexistencia de evidencia documental de las comunicaciones con el paciente, necesarias para registrar las bajas por voluntad expresa del paciente en el RDQ y el cambio de situación del paciente a TNP, tal y como se expone en los puntos A.29, A.30 y A.39 del informe.

---

### ALEGACIÓN Nº20, PUNTO 45 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

***Esto último no tiene sentido, pues claro que los datos hay que modificarlos para poder gestionar a los pacientes.***

*Como ya hemos comentado reiteradamente, el aplicativo AGD es la aplicación que gestiona la programación de los pacientes en Lista de Espera Quirúrgica, además, sostiene el Registro de Demanda Quirúrgica lo que exige un control exhaustivo sobre la trazabilidad de las acciones que se realizan sobre la inscripción ya que pueden incidir sobre el estado de la Garantía.*

*Por este motivo, el aplicativo AGD/RDQ tiene un perfil específico que a su vez establece distintos niveles de acceso a dicha aplicación, perfiles que asigna el administrador responsable en cada uno de los hospitales. El nivel de acceso que se asigna está vinculado a la estructura funcional del centro, está definido para cada categoría profesional (médico o administrativo) y contempla distintos niveles de acceso en función del nivel de responsabilidad del profesional.*

*En resumen, el aplicativo permite limitar el acceso de un operador a un hospital, centro, unidad, y especialidad además el nivel del perfil permite limitar el acceso a determinados eventos, lo que garantiza que determinadas acciones sobre una inscripción estén limitadas a perfiles de mayor responsabilidad. Corresponde a cada hospital velar por la formación de sus operadores y controlar la veracidad de la información.*

*Aunque AGD/RDQ es un aplicativo complejo porque interrelaciona la gestión de pacientes con la aplicación de la garantía de plazos, y a pesar de ello, las incidencias detectadas desde su implantación no son significativas para el volumen de registros que se han gestionado desde su implantación en 2002.*

#### TRATAMIENTO

La alegación se refiere al párrafo resumen (punto 45) sin considerar las especificaciones que se hacen en los puntos siguientes (puntos 46 a 55), que describen con detalle las diferentes incidencias detectadas, todas ellas contrastadas con los hospitales visitados durante los trabajos de campo.

Hay que señalar que del contenido del punto alegado no se deduce “que los datos hay que modificarlos para poder gestionar a los pacientes.”, sino que expone la constatación de errores e irregularidades que afectan a la integridad de la información generada sobre el número de pacientes en LEQ y la demora real, derivados de deficiencias en la funcionalidad de la AGD, ya que permite **modificar determinados registros o realizar operaciones**. Esas modificaciones o realización de operaciones se concretan en los puntos A.23, A.22 y A.38, sobre el origen de la indicación facultativa, la prioridad asistencial, el tipo de cirugía prevista, proceso de grabación en la fase de inscripción y registro del paciente a situación TNP.

---

#### ALEGACIÓN Nº21, PUNTO 46 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

*Los operadores de AGD/RDQ están logados en cada Unidad, es decir, que cuando acceden con su login ya se cargan los datos correspondientes a la estructura funcional al que están vinculados. Por ejemplo, si un Cirujano General está pasando consulta y decide hacer una solicitud de Inscripción cuando entra con su “login”, se cargan automáticamente todos los datos referidos a Hospital, centro, especialidad, unidad funcional, nombre y apellidos del profesional, CNP, etc....*

*La priorización de una intervención corresponde exclusivamente a criterios clínicos y es el cirujano que realiza la Solicitud/Inscripción quien tiene la obligación de cumplimentarlo.*

#### TRATAMIENTO

El texto de la alegación no justifica la deficiencia detectada en la funcionalidad de la AGD. En este aplicativo los campos correspondientes al origen de indicación y a la prioridad asistencial en “consulta externa” y “normal”, respectivamente, están predeterminados lo que obliga al usuario a seleccionar el campo correcto para adecuarlo a los datos asistenciales incluidos en la solicitud de inscripción.

La incorrecta selección del origen de la indicación y la prioridad asistencial en la AGD ha originado que existan, en los cinco hospitales visitados, 10.295 intervenciones, un 18% sobre el total, realizadas en los 9 primeros días tras la inscripción del paciente, con origen de indicación consultas externas y preferencia asistencial normal.

---

**ALEGACIÓN Nº22, PUNTO 48(ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*No siempre se puede estimar el tiempo que un paciente permanecerá en la situación Transitoriamente No programables, por ese motivo el aplicativo permite esa opción.*

**TRATAMIENTO**

El texto de la alegación no justifica la cuestión observada en el punto que se alega. Se considera arriesgado que la AGD permita prolongar indefinidamente una situación que por sí misma se define como transitoria o temporal, además de que la LEQ ha de incluir los procesos con indicación quirúrgica cierta, establecida por un médico especialista, tras haber sopesado riesgos y beneficios.

Hay que señalar que, la incidencia contenida en el punto alegado es corroborada por la alegación 17.3, presentada al reflejar que: *“Si bien se puede, por una parte, aventurar que haya deficiencias en los circuitos administrativos que condicionen la inadecuación de los registros y por otra que, se haga un mal uso y haya un infra registro de los pacientes en situación de TNP”*.

---

**ALEGACIÓN Nº23, PUNTO 49 (ALEGACIÓN ADMITIDA)**

---

**ALEGACIÓN Nº24, PUNTO 50 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Sobre las indicaciones y la normativa existente nos remitimos a las alegaciones al punto 41.*

**TRATAMIENTO**

La alegación nº 16 no justifica el incumplimiento en el plazo máximo para el registro de las solicitudes presentadas, previsto en el art. 23.1 de la Orden de 2002, cuestión observada en el punto que se alega.

---

**ALEGACIÓN Nº25, PUNTO 51 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Desde que se estableció la comunicación entre AGD y Diraya (HC) para la realización de partes quirúrgicos y hoja quirúrgica, es preceptivo que todas las intervenciones que se vayan a realizar de forma no urgente estén incluidas en AGD, ya que Diraya recoge la información administrativa y clínica contenida en AGD y además comunica la baja automática en AGD una vez cerrada la hoja quirúrgica tras la intervención*

**TRATAMIENTO**

La alegación no responde a la cuestión observada en el informe ni justifica el hecho de que las intervenciones quirúrgicas asociadas a procesos cancerosos corresponden a intervenciones derivadas de procesos asistenciales integrales, que deberían registrarse en su propio registro, tal y como establece el art. 7.1 del Decreto 96/2004.

---

**ALEGACIÓN Nº26, PUNTO 52 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*La mayoría de los casos de TNP por reevaluación clínica se inician a instancias del servicio de anestesiología con el fin de realizar pruebas complementarias o consultar con otro especialista, esto está recogido en la nueva versión de AGD para que el anestesista pueda pasar al paciente a TNP.*

**TRATAMIENTO**

La alegación no responde a la cuestión observada en el informe ni justifica el hecho de que no se deje constancia conformada de la voluntad del paciente para las bajas del RDQ por petición propia del paciente o por reevaluación clínica ni para su registro a situación TNP, mediante los documentos determinados al efecto.

---

**ALEGACIÓN Nº27, PUNTO 53 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Las urgencias han de estar identificadas como tal y realizarse en un parte quirúrgico de urgencias, si no es así pasan a ser intervenciones programadas que requieren su inclusión en AGD, tal como hemos comentado en la alegación del punto 51.*

*Esta práctica corresponde a una inadecuada gestión de las urgencias o bien a las características clínicas del paciente, ej. anticoagulados, que aconseja diferir la intervención.*

**TRATAMIENTO**

El hecho de registrar las urgencias en el RDQ las convierte en intervenciones programadas, desvirtúa la propia naturaleza de las mismas. Si consideran inevitable incluir intervenciones cuyo origen es "urgencias", la normativa debiera estar adaptada en este sentido.

Del texto de la alegación no queda justificado el incumplimiento del art. 15 de la Orden de 2002, que excluye expresamente del RDQ las urgencias.

---

**ALEGACIÓN Nº28, PUNTO 55 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Nos remitimos a las alegaciones al punto 42.*

**TRATAMIENTO**

La alegación remite a la nº 17.6, la cual no ha sido admitida ya que el texto de la alegación reitera el procedimiento descrito en el informe (punto A.46), el cual se ha tomado como referencia para reflejar la información del punto alegado, pero no justifica ni aporta documentación que aclare el número tan elevado de derivaciones de los pacientes a los conciertos fuera de los plazos establecidos que se reflejan en los cuadros nº 11 y 12.

---

**ALEGACIÓN Nº29, PUNTOS 57 y 58 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*En cuanto al CP se incluyen los objetivos estratégicos del CP relacionados con la LEQ:*

- *Garantizar el cumplimiento de la normativa vigente. Nº de pacientes pendientes de un procedimiento sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan el plazo establecido.*

- *Garantizar la intervención de procedimientos no garantizados en los tiempos establecidos por la Comisión de LEQ (grupo de expertos) en el año 2017. Nº de pacientes pendientes de un procedimiento no sujeto a garantía de respuesta quirúrgica que superan 365 días.*
- *Velar por la programación quirúrgica se realice por criterios de antigüedad a igual nivel de prioridad clínica. Nº de pacientes procedentes de la lista mensual de pacientes quirúrgicos priorizados*

*En relación a la falta de objetivos vinculados con la organización de los recursos y la financiación, supondría un cambio en la definición de los objetivos económicos que están definidos globalmente, ya que solo así permiten establecer un punto de partida, basado en un histórico que permite al centro conocer la dotación presupuestaria disponible y adecuarse a la misma durante el ejercicio. En la actualidad, no sería operativo disponer de partidas presupuestarias específicas en cada uno de los capítulos presupuestarios para cada uno de los objetivos del CP.*

*La contabilidad pública se estructura en programas, capítulos y artículos por lo que la producción por línea, de actividad basada en la presupuestación no es posible, pero si puede extraerse una aproximación con el sistema de contabilidad analítica de los Hospitales.*

*Como comentamos los objetivos reflejados previamente y que se refieren al año 2019, contemplan las líneas estratégicas para la gestión de la LEQ, y además son ambiciosos puesto que las metas establecidas son no disponer de pacientes pendientes en los dos primeros y garantizar un 85% del último.*

*En cuanto a los objetivos trasladados a los acuerdos de gestión deben reflejar el compromiso de cada especialidad quirúrgica en cada centro de su contribución a la consecución de los 3 objetivos previamente comentados. Si bien en este aspecto se podría considerar la propuesta de objetivos orientados al proceso para la consecución de los objetivos generales del CP, en lo que puede contribuir de forma directa la Unidad. Existe un proceso de negociación para la evaluación y fijación de objetivos de los acuerdos de gestión entre los Directivos de los centros y las direcciones de unidad clínica.*

*Con el paso de los años, el número de objetivos estratégicos marcados en el CP, dificulta la identificación en los acuerdos de gestión más acordes con las líneas de trabajo de las Unidades y se consideraría una oportunidad dejar la posibilidad de definir un mayor número de objetivos operativos a los centros en consenso con los equipos directivos de los centros, pero siempre orientado a la consecución de los objetivos del CP que se han establecido.*

## TRATAMIENTO

**Punto 57.** La alegación presentada corrobora la cuestión observada en el informe, al referir por un lado “que los objetivos económicos diseñados son comunes a la totalidad de la actividad asistencial del hospital, lo cual impide relacionarlos o coordinarlos con los objetivos específicos de accesibilidad en la prestación quirúrgica” y por el otro lado, respecto a los Acuerdos de Gestión Clínica “se consideraría una oportunidad dejar la posibilidad de definir un mayor número de objetivos operativos a los centros en consenso con los equipos directivos de los centros, pero siempre orientado a la consecución de los objetivos del CP que se han establecido”.

**Punto 58.** El texto de la alegación incluye la misma información que el contenido del punto alegado que, a su vez, no responde a una conclusión ni resultado de una verificación, sino que contiene una información adicional de la materia.

---

**ALEGACIÓN Nº30, PUNTOS 67-79 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Estas recomendaciones han de ser matizadas teniendo en cuenta las alegaciones presentadas.*

**TRATAMIENTO**

No procede matizar ninguna recomendación del informe debido a que, por un lado, salvo una alegación que se ha admitido, pero no afecta al contenido de las recomendaciones, el resto no han admitidas, por el otro lado, hay recomendaciones de las que no se han presentado alegaciones por la Subdirección.

---

**ALEGACIÓN Nº31, PUNTO 63 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*1. En principio y en relación con las observaciones manifestadas en este punto comentar que no se comprende muy bien el contenido reflejado. A nuestro juicio se mezclan conceptos, sobre cumplimiento de objetivos, estrategias de gestión de la LEQ y conceptos relacionados con la programación quirúrgica.*

*2. A la hora de programar la actividad de los quirófanos no solo hay que tener en cuenta los procedimientos quirúrgicos a incluir, sino también las características de los pacientes y la capacitación desarrollada por los profesionales que van a intervenir en una sesión quirúrgica de una especialidad. Es por ello que, en muchas ocasiones, hay que programar quirófanos con procedimientos de alta complejidad y por tanto de mayor duración, junto con otros de menor complejidad y por tanto con un menor tiempo de uso de quirófanos, todo ello orientado a garantizar una programación eficiente de los quirófanos, ajustando la programación a unos estándares de tiempo que garanticen la utilización del 85% del tiempo disponible real y evitando que haya suspensiones quirúrgicas y prolongaciones. A nuestro juicio las suspensiones motivadas por ausencia de tiempo, así como las prolongaciones son indicadores indirectos de una inadecuada programación.*

*Para la organización es muy importante el uso eficiente de los quirófanos y es por ello que se han desarrollado herramientas disponibles en INFHOS, que permiten a los centros conocer sus tiempos tanto por intervención como el rendimiento del uso de los quirófanos con el objeto de por una parte ir adaptándose poco a poco y en función de las curvas de aprendizaje necesarias a los tiempos medios de Andalucía para cada uno de los procedimientos y por otra identificar posibles áreas de mejora en la gestión de quirófanos concretos: tiempo de entrada y de fin y tiempos de recambio.*

*La importancia de la gestión de colas para la organización es una realidad y es por ello que, en el CP se ha trasladado como objetivos el relacionado con la priorización de intervenciones que no es más que una herramienta orientada a la ayuda a los profesionales para adecuar la programación a las necesidades reales y así programar por estricto orden de antigüedad. Para el cálculo de la gestión de colas no se incluyen los preferentes, ya que, por su propia definición han de ser abordados a la mayor celeridad, la gestión de colas intenta comparar que a igual procedimiento e igual prioridad (normal) se respeta el orden de antigüedad.*

*La información sobre indicaciones por facultativo es una información de interés para los centros y en concreto para los jefes de servicio ya que pueden identificar profesionales que sean responsables de la mayor parte de las indicaciones y ellos no solo puede estar motivado por el número de consultas que tiene asignadas, sino que también se puede ver influenciado por el grado de adherencia que el profesional tiene a las GPC disponibles en su unidad y por tanto puede ser utilizado como herramienta potencial para identificar a sobreindicadores.*

#### TRATAMIENTO

1. El contenido del punto alegado está referido a determinados factores que pueden afectar a los resultados de los objetivos de mejora, propuestos en los Contratos Programa y que deberían ser considerados para el diseño de los respectivos indicadores, sin mencionar aspectos sobre el cumplimiento de objetivos o estrategias de gestión de la LEQ.

Estos factores han sido contrastados por algunos de los hospitales visitados, hecho que se confirma al no presentar estos hospitales alegaciones al respecto.

2. La alegación presentada no aborda las lagunas que contienen el diseño de los indicadores, sino que se limita a describir los objetivos de mejora planteados en los Contratos Programa y señalados en el informe.

#### Entidad: Subdirección de Tecnologías de la Información y la Comunicación

---

#### ALEGACIÓN Nº32, PUNTO 37 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

1. Desde la entrega de datos para la presente auditoría, se han producido actualizaciones en los sistemas operativos y gestores de base de datos del aplicativo de lista de espera quirúrgica, para situarlas dentro de su ciclo de vida.

Concretamente, el sistema operativo se encuentra en la versión RED HAT ENTERPRISE LINUX 7.6, como se puede observar en el ANEXO I, y la base de datos se encuentra en la versión Oracle Database 19c, como se puede observar en el ANEXO II, ambas versiones están situadas dentro del ciclo de vida de los productos.

2. Desde la entrega de datos para la presente auditoría, se ha creado un proyecto para implementar un plan de continuidad del negocio en los servicios críticos, entre ellos la lista de espera quirúrgica (LEQ). Este aplicativo, presenta dependencias con otros servicios, por lo que ha sido necesario realizar fases y ordenar la implantación en función de dichas dependencias. En el ANEXO I, se recoge el alcance de dicho plan y el cronograma previsto de implantación.

En cuanto a la gestión de las copias de seguridad, su externalización, protección y pruebas de recuperación se implementará según el plan de adecuación al Esquema Nacional de Seguridad, acordado con la Junta de Andalucía, donde se recoge las acciones a realizar sobre los marcos organizacional, operacional y medidas de protección.

**TRATAMIENTO**

La información y documentación aportada sobre las actualizaciones en los sistemas operativos y gestores de base de datos de la AGD, para situarlos dentro de su ciclo de vida (anteriormente tenían la versión de Oracle 11 que está fuera del alcance de vida), para la creación de un proyecto para implementar un plan de continuidad del negocio en los servicios críticos, entre ellos la LEQ y sobre el propósito implementar medidas según el plan de adecuación al Esquema Nacional de Seguridad, corrobora que durante el ámbito temporal de la auditoría y en el momento de la realización de los trabajos de campos existía la deficiencia expuesta en el punto que se alega.

**ALEGACIÓN Nº33, PUNTO 38 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Es correcto lo indicado en la mayoría de los puntos.*

*Sin embargo, en relación a la secuencia, donde se indica como un problema la existencia de saltos del número secuencial, lo que ocurre es que estos gaps se originan por el tratamiento de secuencias en el mapeo entre Java y la base de datos. Dicho mapeo se realiza a través de Eclipselink y al delegar en éste el acceso a base de datos, podemos encontrarnos que haga una interpretación particular de lo que queremos almacenar.*

*Por ejemplo, si se intentan hacer varias operaciones de guardar una entidad (la de inscripción o la de histórico de inscripción), es posible que Eclipselink aumente la secuencia de una y no de la otra, al considerar que la entidad realmente no haya recibido cambios.*

*La aplicación AGD no tiene implementado un control sobre este comportamiento, porque no se ha solicitado ni se ha visto necesario, estando la secuencia real de los eventos controlada por el campo "Fecha de evento" que es un timestamp donde se almacena el momento exacto en el que se ha registrado el evento.*

**TRATAMIENTO**

Aunque se tiene en cuenta la explicación sobre el uso de Eclipselink, se considera necesario el correcto control de secuencias para la trazabilidad de las transacciones a la hora de realizar una inspección.

**ALEGACIÓN Nº34, PUNTO 38 y 53 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

**1. Punto 38.** *El manejo de la aplicación AGD por parte de los profesionales, tras la puesta en producción de AGD 3.0, ha motivado múltiples demandas de mejora para facilitar tanto la recogida de información cuando se cumplimentan los datos relacionados con el circuito quirúrgico como el retorno de información posterior que permita optimizar la organización en los distintos servicios.*

*El circuito quirúrgico comienza en el momento en que el paciente es valorado y se realiza la indicación de intervención. En ese momento el paciente ha de mostrar su acuerdo con la cirugía que se propone y el profesional ha de cumplimentar el documento de inscripción quedando incluido en el registro. Desde que se atiende al paciente hasta el momento de la intervención existen distintos eventos a nivel administrativo, pero no son solo estos los relevantes a nivel de manejo del paciente. Así, cambios en su estado de salud, aparición de nuevas patologías concomitantes o tratamientos relevantes en el momento de la cirugía pueden modificar los pasos posteriores a dar con el paciente.*

Por este motivo, y ante la ausencia de campos estructurados en la inscripción del paciente que den respuesta a estas necesidades y otras similares los profesionales han optado por recoger información relevante en el campo observaciones. Recientemente, en los hospitales con la aplicación de gestión de pacientes Mapa Único, se está desarrollando un conjunto de cambios que permita consultar dichas observaciones tanto en la valoración de preanestesia como en el momento de la programación e intervención.

**2. Punto 53.** AGD permite, por definición, incluir datos de pacientes que tienen indicación de realización de una actuación quirúrgica. La selección del procedimiento a aplicar en la cirugía, o uno de ellos, es lo que define si está sujeto a garantía o no. Así, se podría valorar la aplicación como un repositorio de actividad quirúrgica a realizar. No existe limitación en cuanto a la inclusión de los pacientes y sí que existe una relación de procedimientos disponibles.

A nivel de la aplicación no existe restricción definida en cuanto plazos ya que ha de dar respuesta tanto a las situaciones en que hay lista de espera quirúrgica como a aquellas en las que se realiza un registro como punto previo a la programación sin retraso en la misma. El circuito quirúrgico se apoya en distintos programas que dan soporte a Diraya Atención Hospitalaria, siendo uno de ellos Estación de Gestión. En él se realiza la programación quirúrgica una vez que se han planificado los quirófanos y la selección de pacientes se apoya en el registro de demanda quirúrgica que incluye a los pacientes en lista de espera con o sin plazo de garantía. Así, los pacientes que se han de programar para realizar una intervención, todas las que no se realizan en quirófanos de urgencias, se toman del total de pacientes inscritos en AGD. Este procedimiento puede ser determinante a la hora de valorar la existencia de inscripciones realizadas en casos de pacientes con neoplasias pendientes de intervención, que pertenecen a procesos, o que son urgencias diferidas. Ante este hecho quizás sería necesario realizar modificaciones en la aplicación o aplicaciones implicadas en el circuito quirúrgico o bien se podría plantear manejar los datos aplicando distintos filtros de manera adecuada para poder identificar de forma veraz las inscripciones sujetas a plazo de garantía, su gestión y el análisis de los tiempos de respuesta.

**3.** Los eventos registrados en la aplicación permiten mejorar los datos de seguimiento de actuaciones realizadas sobre una inscripción y por extensión sobre el paciente. Existen diferentes cambios en el estado de la inscripción, documentos que pueden llevar asociados y solicitudes o derivaciones necesarias para un análisis pormenorizado de la gestión de la demanda de actividad quirúrgica de un centro. Estos eventos no se han automatizado en AGD, sino que están sujetos a cambios manuales por parte de los profesionales que manejan la aplicación. Sí que está preparada para la integración de datos relativos a la consulta de valoración de preanestesia, fecha y resultado. Ya, en los centros que cuentan con el programa Mapa Único se ha realizado también la integración de la programación quirúrgica con la notificación de la fecha de intervención a AGD como mejora importante, pues en el resto de los hospitales solo se notificaría la fecha de intervención cuando se realice el ingreso del paciente para realizar la cirugía. El resto de las actuaciones quizás merecería un análisis minucioso para valorar avances en la automatización, si bien los envíos a centros concertados, si fuera necesario, y guardar registro de las notificaciones enviadas a los pacientes junto con su respuesta en el momento actual son difíciles de conseguir sin participación del personal encargado de la gestión.

**TRATAMIENTO**

**1. Punto 38.** La alegación corrobora la cuestión observada en el informe al determinar que “ante la ausencia de campos estructurados en la inscripción del paciente que den respuesta a determinadas necesidades y otras similares los profesionales han optado por recoger información relevante en el campo observaciones...”

**2. Punto 53.** Tal y como se expone en la alegación nº 27, el hecho de registrar las urgencias en el RDQ las convierte en intervenciones programadas, lo que desvirtúa la propia naturaleza de las mismas.

El texto de la alegación corrobora la cuestión observada al referirse que “...quizás sería necesario realizar modificaciones en la aplicación o aplicaciones implicadas en el circuito quirúrgico o bien se podría plantear manejar los datos aplicando distintos filtros de manera adecuada para poder identificar de forma veraz las inscripciones sujetas a plazo de garantía”

**3.** Plantea cuestiones que no afectan al contenido de los puntos alegados.

---

**ALEGACIÓN Nº35, PUNTOS 39, 51, 67 y 71 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*AGD como aplicación de apoyo se actualizó en el año 2015 en base a la normativa vigente en dicho año, que se recoge en el documento de resultados de la auditoría. Posteriormente se han realizado modificaciones tras publicación de actualizaciones referentes a los cambios en los plazos de garantía en determinados procedimientos en Cardiología y la reconstrucción en caso de cirugía de cáncer de mama.*

*A nivel funcional se han recogido solicitudes de mejora enviadas por los profesionales a través de Portal Cges y las elaboradas por los referentes funcionales de la aplicación. A esto se han de sumar las conclusiones de la comisión parlamentaria de análisis de lista de espera en Andalucía. Muchas de estas peticiones de cambio se deberían acompañar de modificaciones a nivel de la normativa vigente ya que contemplan temas como incluir técnicas quirúrgicas no recogidas previamente y de uso generalizado en la práctica clínica, tener en cuenta el diagnóstico que ha motivado la indicación quirúrgica y no el procedimiento a la hora de calcular los plazos de garantía o incluir registro de la situación de gravedad del paciente con opción a cambio durante el tiempo trascurrido entre la inscripción y la intervención.*

**TRATAMIENTO**

La alegación se presenta para cuestiones y recomendaciones que afectan a diferentes aspectos y cuestiones observadas del informe, aunque el texto de la alegación se centra en la incidencia que recoge el punto 39 y la recomendación incluida en el punto 67. 4.

La alegación corrobora lo expuesto en el informe al referirse que “A nivel funcional se han recogido solicitudes de mejora enviadas.... Muchas de estas peticiones de cambio se deberían acompañar de modificaciones a nivel de la normativa vigente ...”.

**ALEGACIÓN Nº36, PUNTO 42 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

1. Una inscripción en LEQ precisa la selección de un procedimiento de entre los que se vayan a realizar al paciente en el acto quirúrgico. La relación de procedimientos, que procede del sistema de clasificación CIE-9, en ocasiones es compleja para abordar por los clínicos que realizan la indicación sin perder de vista que con gran frecuencia un usuario es sometido a más de un procedimiento en una intervención. Para facilitar la selección del adecuado se han acotado los disponibles por áreas de conocimiento, pero no siempre resulta sencilla la identificación. Este hecho podría motivar que los profesionales no definan el procedimiento más adecuado en cada caso. Como área de mejora en este punto se ha solicitado tanto la posibilidad de seleccionar más de un procedimiento asociado a una inscripción como el manejo de tesauros o bien una clasificación con un lenguaje más cercano al clínico que además de perseguir la fiabilidad de los datos pueda ser mapeado a CIE-10 como sistema de clasificación de procedimientos y diagnósticos vigente en la actualidad en el ámbito de la Documentación clínica.

La puesta en producción de AGD se acompañó de varias sesiones de formación estableciéndose un esquema de formador de formadores, se remitió material a los profesionales implicados en el manejo de la aplicación y se dispuso para consultas posteriores en una página web disponible en la intranet del SAS. Se aporta como anexo (**Anexo Material de formación AGD 3.0 def**) el conjunto de archivos creados para facilitar la cumplimentación de los datos necesarios para un correcto manejo de las inscripciones en AGD.

Se han ido realizando cambios en las distintas aplicaciones implicadas en el circuito quirúrgico con el objetivo de facilitar el intercambio de información entre ellas, de forma transparente para los usuarios y buscando un mejor cumplimiento de los datos necesarios. Esto se documentó en el **pdf anexo (revisión integración AGD-DAH)** que además de estar disponible en el portal de consulta se facilitó al Servicio referente para remisión a los centros. De forma puntual y ante dudas de los distintos hospitales se ha remitido vía correo electrónico en varias ocasiones, resolviendo las dudas surgidas para tratar de mejorar la cumplimentación del circuito quirúrgico en Diraya.

2. La gestión de los pacientes en la historia clínica en Andalucía se apoya en un módulo llamado Base de Datos de Usuarios (BDU). En este módulo se realizan tanto las altas como las bajas en el sistema, sirviendo como aplicación de referencia para el resto de los programas de Diraya. Uno de los servicios que ofrece BDU es el de modificación de datos de los usuarios, de manera que ante un cambio en alguno de los campos que se recoge en la ficha de cada uno de los usuarios del sistema se genera un mensaje de notificación de cambio y se actualiza, en la mayoría de los casos automáticamente el resto de los módulos de la historia clínica. Existen múltiples actuaciones que se pueden hacer en la gestión de usuarios del sistema, como las relacionadas con los cambios de datos de contacto o centro de adscripción, siendo una de ellas fundamental por las repercusiones que tiene asociadas y es la notificación de fallecimiento. En caso de que el usuario haya fallecido el cambio no solo supone un paso a pasivo por fallecimiento, sino que además se limita en muchas de las aplicaciones la disponibilidad de manejo de la historia.

Desde el año 2017 se ha estado trabajando en la posibilidad de mejorar la integración de datos de Diraya y en concreto en la información de pasivo por fallecimiento. Se ha intentado que, además de que se limite la posibilidad de realizar actuaciones asistenciales con el paciente, se anulen las tareas programadas a futuro para el mismo y en este último punto incluimos las citas a consultas, las

*solicitudes de pruebas complementarias y demás programaciones previstas. Todo se realiza mediante el establecimiento de mensajes entre distintas aplicaciones, algunos son directos desde BDU y otros requieren participación de varias aplicaciones.*

*A modo de ejemplo, la gestión de citas se realiza en un programa llamado Citación web. Ante un paso a pasivo por fallecimiento en BDU de un usuario se genera un mensaje que parte desde BDU que Citación recibe, comprueba si dicho usuario tiene alguna cita asignada y si es así se elimina.*

*En el caso de las inscripciones en lista de espera quirúrgica se ha intentado realizar la misma gestión, pero ha sido necesario realizar un doble circuito pues no existe notificación directa de BDU a AGD, sino que hay un programa intermedio que realiza la notificación a AGD. Actualmente hay dos modelos de uso en los centros ya que el programa intermedio es el encargado de la gestión de pacientes admitidos en los hospitales y hay dos escenarios de trabajo. La mayoría de las áreas hospitalarias cuentan con un programa distribuido, local de cada hospital, que se llama Estación de Gestión y dos de las áreas del SSPA tienen un programa centralizado llamado Mapa único. El objetivo es extender Mapa único al resto de centros, pero actualmente solo cuentan con él en uso Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Hospital de la Merced.*

*Los hospitales que trabajan con Estación de Gestión reciben notificación de exitus desde BDU y cuando esa notificación de exitus es confirmada por un operador se envía un mensaje de notificación de exitus que posteriormente recibe AGD realizando la baja automática del paciente en lista de espera quirúrgica.*

*Los hospitales que trabajan con Mapa único reciben el mensaje de notificación de exitus de BDU y es Mapa único que desencadena el mensaje a AGD sin que sea necesaria la confirmación por ningún operador del centro.*

*Es un circuito que está en fase de revisión por tener detectados algunos errores, lo que hace que los centros, en especial en el caso de AGD, revisen de forma periódica la relación de usuarios que pasan a pasivo por fallecimiento.*

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento de la alegación presentada se ha realizado de forma individualizada, por cada una de las consideraciones realizadas por la citada Subdirección:

**1.** El texto de la alegación corrobora la cuestión observada en el informe, al reconocer áreas de mejora para controlar los códigos de los procedimientos quirúrgicos consignados en las indicaciones de los facultativos.

La alegación presentada y la documentación aportada justifican las medidas adoptadas para impulsar el conocimiento, por los usuarios de la AGD de las capacidades del sistema de RDQ, pero no se evidencia porqué durante el periodo de fiscalización, del total de inscripciones existentes en los centros del SSPA, solo un 21% de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado y un 19% de los procedimientos sin garantía han sido registrados por el facultativo y que de tres de los cinco hospitales visitados desconocían esta opción.

**2.** El texto de la alegación corrobora la cuestión observada en el informe al referir que “desde el año 2017 se ha estado trabajando en la posibilidad de mejorar la integración de datos de Diraya y

en concreto en la información de pasivo por fallecimiento” y “no existe notificación directa de BDU a AGD...”

---

#### **ALEGACIÓN Nº37, PUNTO 43 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*AGD incluye entre sus funcionalidades el poner a disposición del profesional que realiza gestiones con los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica una relación de los documentos necesarios para dar respuesta a lo recogido en la normativa vigente. Dichos documentos se pueden emitir en distintos momentos del circuito quirúrgico, tomando como tal desde el momento de la indicación quirúrgica hasta el momento de la intervención con la consiguiente baja en el RDQ. Cada una de las actuaciones del circuito quirúrgico van asociadas a un evento de manera que los pasos dados en los centros se puedan reflejar en la aplicación. En la actualidad no se realiza un guardado completo en formato electrónico de dichos documentos, pero sí de la utilización de los mismos, algunos de los cuales se imprimen con los datos cumplimentados del paciente al marcar el evento con el que esté relacionado. No se contempla aun en Diraya, pues está en fase de desarrollo, la posibilidad de incluir la firma digital del paciente y profesional en la historia clínica. El hecho de que un documento acreditativo de un evento se genere en la aplicación asociado a un usuario garantiza la correcta cumplimentación del mismo, con datos de la inscripción y fecha de realización el evento.*

*Los distintos estados por los que puede pasar un paciente están definidos en AGD y disponibles en los distintos filtros de búsqueda, así como en las pantallas creadas para seguimiento de actividad realizada en los centros. En el **anexo Relación de pantallas AGD** se muestra un ejemplo de las mismas. Existen herramientas disponibles para seguimiento de la situación de los pacientes, aunque quizás su uso no sea generalizado en la totalidad de los centros.*

#### **TRATAMIENTO**

La alegación presentada incluye una descripción de la simplificación de la gestión que ha desarrollado la AGD que, entre otros, ha procedido a la supresión de tramitar determinados documentos previstos y vigentes en el procedimiento regulado.

Además, aporta información que ya había sido revisada por el equipo de fiscalización y que consta desarrollada en el Manual del Perfil de Usuario, pero no justifica la cuestión observada en el informe, la cual trata de la inexistencia de actualización del procedimiento normalizado en relación con los precios máximos de los procedimientos quirúrgicos con garantía fijados en el Decreto 209/2001 y de la simplificación de la gestión que ha desarrollado la AGD.

---

#### **ALEGACIÓN Nº38, PUNTOS 44, 45 y 54 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*La selección de eventos con emisión de documentos acreditativos para firma y entrega del paciente o al mismo está procedimentada en el circuito, pero existe una limitación en cuanto a la posibilidad de asociar los mismos a la inscripción del paciente pues aún no se han realizado los desarrollos necesarios para que tanto paciente como profesional emitan la firma digital. Aun así, es posible realizar un registro detallado en la aplicación de eventos tales como notificaciones, envíos a conciertos, en el **anexo AGD Relación de eventos disponibles** se incluyen los ofertados.*

**TRATAMIENTO**

La alegación presentada y la documentación aportada no responden a todas las cuestiones observadas en los puntos que se alegan.

El texto de la alegación justifica la limitación de asociar los eventos de la AGD con los documentos acreditativos para firma y entrega del paciente, aspecto que no ha sido objeto de valoración en las incidencias y hechos que se exponen en los puntos alegados

---

**ALEGACIÓN Nº39, PUNTO 45 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Efectivamente había algunas inscripciones donde se detectaron incoherencias entre las fechas que serían debido a incidencias puntuales.*

*En el caso de A.23, efectivamente la aplicación lo permite porque así se estableció en las especificaciones funcionales.*

*En otros casos se hacen comentarios relacionados con el procedimiento real o a situaciones que están definidas así en la aplicación, por ejemplo, que en TNP por reevaluación clínica no haya que indicar el nº de días TNP previsto.*

**TRATAMIENTO**

La alegación presentada corrobora los hechos expuestos en el punto alegado, al reconocer que, debido a las especificaciones funcionales la aplicación permite modificar registros que ocasionan la existencia de incoherencias entre las fechas de la inscripción y que afectan a la integridad de la información generada sobre el número de pacientes en LEQ y la demora real.

---

**ALEGACIÓN Nº40, PUNTO 49 (ALEGACIÓN ADMITIDA)**

---

**ALEGACIÓN Nº41, PUNTO 56 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Los datos publicados de los procedimientos quirúrgicos y los tiempos resolución estimados en los distintos centros están solo referidos a los sujetos a plazo de garantía. Se realizó un análisis para ampliar esta información incluyendo datos de todos los procedimientos sujetos o no a plazo de garantía, detectándose la necesidad de realizar en AGD un proceso de depuración previo para eliminar procedimientos no quirúrgicos.*

**TRATAMIENTO**

La alegación presentada no solo corrobora que la información de la web incluye solo los procedimientos con garantía, sino que además confirma lo expuesto en los puntos 47 y A.24 del informe, que contienen el desglose de 7.102 inscripciones anteriores a 2018 y 11.443 realizadas en 2018, en los hospitales del SSPA, que no registran movimiento desde su alta.

---

**ALEGACIÓN Nº42, PUNTO 67 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Desde la entrega de datos para la presente auditoría, se ha creado un proyecto para implementar un plan de continuidad del negocio en los servicios críticos, entre ellos la lista de espera quirúrgica (LEQ). El aplicativo, presenta dependencias con otros servicios, por lo que ha sido necesario realizar fases y ordenar la implantación en función de dichas dependencias. En el ANEXO I Alcance y cronograma, se recoge el alcance de dicho plan y el cronograma previsto de implantación.*

*Con respecto al segundo apartado se refiere a lo indicado en la alegación del punto 48 en relación a la secuencia. Ello supondría cambiar el control de la secuencialidad de los cambios de evento, que en la actualidad se basa en el timestamp de "Fecha de evento" por un control basado en los accesos a base de datos, lo que conllevaría cambios importantes en la arquitectura de la aplicación.*

*Sobre los siguientes apartados comentar que es necesario aplicar cambios para un mayor control en la aplicación y aplicar auditorías para verificar el correcto uso de la aplicación.*

**TRATAMIENTO**

El punto que se alega refleja las recomendaciones derivadas de determinadas conclusiones que no han sido admitidas, tal y como se expone en las observaciones de las alegaciones nº 4, 5, 18,20 a 23, 32 a 34 y 40.

---

**ALEGACIÓN Nº43, PUNTO A.7 (ALEGACIÓN ADMITIDA)**

---

**ALEGACIÓN Nº44, PUNTO A.24 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*No lo refleja de forma directa ya que el "tiempo de registro de cada inscripción", en el sentido del tiempo que lleva la inscripción abierta o activa, no se almacena tal cual en la BBDD, ya que debe calcularse de modo efectivo en el momento en que se desea conocer y teniendo en cuenta las reglas de negocio involucradas. Por ello se calcula en el momento de necesitarlo por la propia aplicación que es la que implementa las reglas de negocio (para mostrarlo o devolver en listados, servicios, generar nuevo evento...).*

**TRATAMIENTO**

El hecho de que no conste el tiempo de garantía y el tiempo de registro en las inscripciones que están inactivas desde su alta en la AGD, queda corroborado por la alegación presentada, al reflejar que es una consecuencia del funcionamiento interno de la aplicación.

---

**ALEGACIÓN Nº45, PUNTO A.44 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Existe un evento concreto de envío a hospital de libre elección. También uno de permanencia en hospital de origen, en caso de que el paciente decida no solicitarlo al final. Si en el periodo auditado existiera esta casuística, esa información se debe poder obtener si mayor problema.*

### TRATAMIENTO

Aunque, efectivamente existe un evento, el nº 10, denominado “envío a hospital de libre elección”, es imposible realizar la trazabilidad de los datos relativos a estos pacientes, desde su solicitud hasta la realización de la intervención en el centro elegido, lo que ha impedido cuantificar y cotejar los pacientes que han solicitado han sido enviados y han causado baja en el RDQ mediante esta opción.

---

### ALEGACIÓN Nº46, PUNTO A.48 (ALEGACIÓN ADMITIDA)

**Entidad: Subdirección Técnico Asesora de Gestión de la Información**

---

### ALEGACIÓN Nº47, PUNTO 56 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

*En el apartado ClicSalud de la página web del SAS el paciente sólo puede consultar su inscripción si es de un procedimiento garantizado. Pero si se consulta el apartado de Transparencia/ Tiempo de respuesta asistencial se puede encontrar información agrupada de pacientes pendientes programables y TNP con procedimientos garantizados y no garantizados. Esta información se muestra así desde la publicación de diciembre de 2018.*

### TRATAMIENTO

La alegación confirma los hechos expuestos en el informe respecto a que el paciente sólo puede consultar su inscripción si es de un procedimiento garantizado, sin que quede justificado que el paciente obtenga una referencia real sobre el tiempo de espera que deberá soportar.

---

### ALEGACIÓN Nº48, PUNTO 63 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

*Para el cálculo del indicador de gestión de cola, se compara cada una de las salidas por intervención con el percentil 90 de la demora de los pacientes que están en espera de ser intervenidos. En ese momento los pacientes en espera de ser intervenidos son los programables, un paciente en TNP no estaría disponible para una intervención.*

*En este indicador no se tienen en cuenta las intervenciones de pacientes preferentes.*

*Hasta ahora el indicador de gestión de cola se ha calculado para procedimientos garantizados, por lo que no se ha podido tener en cuenta ninguna urgencia diferida, ya que esos procedimientos están excluidos por definición de los listados de garantías.*

### TRATAMIENTO

La alegación presentada no justifica la cuestión observada.

Aunque el punto alegado hace referencia a tres objetivos de los Contratos Programas que determinan medidas de mejoras en la gestión de la accesibilidad en la LEQ, la alegación presentada hace referencia solo al objetivo de gestión de cola.

La finalidad de este objetivo es determinar las pautas para que, independientemente de la ejecución del Decreto 2001 de garantía de la respuesta asistencial, se cumpla un riguroso orden de

programación quirúrgica con la máxima “para un mismo procedimiento el que tiene más antigüedad en el registro”, salvo que existan prioridades asistenciales que recomienden lo contrario (punto A.65).

Matizar que no se ha dispuesto de los resultados correspondientes a este objetivo, por lo que se llevó a cabo una revisión, en determinados hospitales visitados, sobre el contenido y el diseño del indicador propuesto (punto A.64).

Efectivamente, el punto A. 65 refleja que para medir el resultado del objetivo solo se tiene en cuenta los pacientes pendientes de intervención a partir de los que figuran como programables (es decir, completada la fase de preanestesia), cuando para valorar el cumplimiento de este objetivo se debería tomar como referencia el total de pacientes pendientes registrados, ya que se hace un sobreuso de la situación TNP, constatado, y así se ha reflejado en el informe en los puntos 38,39,40, 42 y 43, que influiría en el resultado, al igual que se debería reducir las intervenciones preferentes y las urgencias diferidas, tal y como se reflejan en los puntos A.22 y A.27.

---

**ALEGACIÓN Nº49, PUNTOS 65 y A.48 (ALEGACIÓN ADMITIDA)**

---

**ALEGACIÓN Nº50, PUNTO 72 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*El manual de procedimiento administrativo sobre AGD señala que si tras comunicación fehaciente de cita persiste la negativa y el paciente no presenta justificación en los plazos establecidos al efecto, la AGD lo clasificará como un “No Presentado sin Justificar” y su nueva situación le será comunicada mediante el documento de No Presentados sin Justificar tras Comunicación Fehaciente con Pérdida de la Garantía del Plazo de Respuesta Quirúrgica en su caso, que se le enviará por correo certificado con acuse de recibo.*

*No hay en dicho manual una clasificación para una baja de un paciente que demora voluntariamente o no se presentase en alguno de los momentos de la programación quirúrgica.*

*Sin embargo, sí establece cuando un paciente “No presentado sin Justificar” puede causar baja.*

*Si un paciente “No presentado sin Justificar” solicitara ser intervenido en un centro del SSPA para la misma intervención que generó su anterior inscripción se procederá de una de las siguientes maneras:*

- Se podrá reactivar al paciente en situación de programable. El tiempo de antigüedad en la AGD será el mínimo entre el que tenía el paciente en el momento en que pasó a “No Presentado Sin Justificar” y el máximo que tenga el servicio en el momento de la reactivación. No tendrá tiempo de garantía ya que estos pacientes la perdieron en su caso.*
- El paciente o su representante legal podrán firmar el Anexo III del Decreto solicitando la baja. La Gestoría de Usuarios procederá a tramitar la baja y una nueva inscripción en AGD. La baja podrá realizarse en cualquier hospital en el que vaya a darse el alta, previa firma del anexo III por el paciente, ya que la aplicación lo permitirá.*

*Por otro lado, los pacientes “No presentado sin Justificar” no se contabilizan en ninguno de los informes, publicaciones o alertas de las explotaciones de SSCC ni de la aplicación AGD.*

**TRATAMIENTO**

El punto alegado es una recomendación y precisamente su finalidad es apuntar nuevas medidas encaminadas a mejorar y agilizar la gestión de la lista de espera quirúrgica.

El art. 5 del Decreto 209/2001 prevé la pérdida de la garantía en los casos en que el paciente demore voluntariamente la intervención. La recomendación va más allá de esta medida e implica modificar la normativa y el Manual de Procedimientos para que los actos de demora voluntaria e injustificada, por parte del paciente, conlleven no solo la pérdida de la garantía del plazo de respuesta, sino también la baja en la lista de espera quirúrgica, evitando engrosar la relación con personas que no quieren ser intervenidas en ese momento.

La alegación presentada no responde a la cuestión observada en el informe, solo aporta información del procedimiento de baja de un paciente no presentado sin causa justificada. Al respecto, hay que señalar que el manual, otorga la misma consideración que no presentado sin justificar, los que demoran voluntariamente la intervención y a los pacientes ilocalizables.

---

**ALEGACIÓN Nº51, PUNTOS 64 y 75 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*El CP ha cambiado a partir del año 2019. Todos los indicadores se recogen, según su periodicidad, en una aplicación informática y posteriormente se van cargando en la aplicación INFOWEB, donde se puede consultar el informe de seguimiento de cada hospital. La información que se recoge proviene de las distintas fuentes de Servicios Centrales, no se requiere información directamente de los hospitales.*

**TRATAMIENTO**

La alegación presentada se centra en un aspecto del Contrato Programa que ha sido modificado en 2019, aspecto que no responde a las cuestiones observadas en el informe, ya que no aporta información sobre si se evalúan todos los objetivos incluidos en los Contratos Programa (punto 64) y si se han supeditado la asignación de los recursos para la actividad quirúrgica programada a la determinación de los objetivos de actuación definidos en los mismos (punto 75).

Además, hay que señalar que el ámbito temporal de la fiscalización abarca hasta septiembre de 2019, y que durante los trabajos de campo y en esta fase de alegaciones, no ha sido aportada documentación que justifique tal modificación.

---

**ALEGACIÓN Nº52, PUNTOS 53 y 74 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*1. En el año 2011 se hizo un cambio en Diraya para la programación quirúrgica. Desde entonces todos los pacientes que van a ser intervenidos en un quirófano programado deben estar inscritos en AGD. Ese es el motivo por el que en la aplicación de demanda quirúrgica aparecen procedimientos que no deben estar recogidos en la lista de espera.*

*2. Aunque en la aplicación encontremos todos los procedimientos, en la explotación de la lista de espera quirúrgica se tienen en cuenta estos cambios y los procedimientos que no deben estar en RDQ se excluyen de los indicadores. Por lo tanto, toda la información que aporta servicios centrales sobre lista de espera (publicaciones en la web del SAS, publicaciones del ministerio, información en*

*infoweb tanto para los hospitales como para la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS), peticiones puntuales, etc.) sigue manteniendo los criterios definidos en el decreto.*

**TRATAMIENTO**

1. La alegación presentada confirma el contenido del punto alegado y la recomendación correspondiente, al explicar el motivo por el que en la aplicación de demanda quirúrgica aparecen procedimientos que no deben estar recogidos en la LEQ.
2. No se aporta documentación que justifique que, en la explotación de la LEQ, los procedimientos que no deben estar en RDQ se excluyen de los indicadores.

---

**ALEGACIÓN Nº53, PUNTOS A.9 y A.52 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*La AGD posibilita listados propios, predefinidos y fichero de activos que da un conocimiento de los datos a tiempo real y fichero de pasivos de los últimos 15 meses para el estudio de las bajas de la aplicación. Estos listados y ficheros se importan a bases de datos de periodicidad diaria, mensual, interanual para su explotación y análisis.*

*El SAS explota la información de la Aplicación de la Gestión de la Demanda la cual es exportada a la aplicación web INFOWEB (anteriormente en INFHOS), la cual contiene datos de pacientes pendientes en lista de espera quirúrgica desde cierre de 2017. Y datos desde el año 2015 o 2018 según informe, sobre indicaciones y bajas de la lista de espera quirúrgica.*

**TRATAMIENTO**

El argumento que presenta la alegación no responde ni contradice las cuestiones observadas en las conclusiones del informe, ya que el punto del informe alegado no pone de manifiesto ninguna incidencia ni conclusión, tan sólo describe aspectos de la AGD.

---

**ALEGACIÓN Nº54, PUNTO A.10 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*La creación e implantación de la Aplicación para la Gestión de la Demanda, soporte del Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) en el año 2002 para dar respuesta a la entrada en vigor del decreto 209/02001, ha permitido disponer de una base de datos única y normalizada.*

*Todos los centros tanto del SAS, como de las APES, como los privados con un concierto sanitario, tienen acceso directo a AGD.*

*Todas las inscripciones incluidas en la lista de espera se han mecanizado una a una en su centro correspondiente.*

**TRATAMIENTO**

Las APES no disponen de DIRAYA. Los hospitales seleccionados de Montilla y Poniente han confirmado que utilizan, para gestión y control de la LEQ, otras aplicaciones informáticas (KEWAN y ARIADNA, respectivamente) en detrimento de AGD, que queda relegada a facilitar al SAS la relación de pacientes en lista de espera para una intervención.

---

**ALEGACIÓN Nº55, PUNTO A.21 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*El artículo 23.1 de la Orden de 2002 dice: “La inscripción deberá practicarse en el plazo de treinta días a contar desde la fecha de entrada de la solicitud en el Registro o desde que se subsanen los defectos formales de la misma.”*

*El punto A.21 está entendiendo que los 30 días es la diferencia entre la fecha de indicación y la fecha de solicitud, mientras que la orden se está refiriendo a la inscripción una vez recibida la solicitud.*

*En AGD no se puede mecanizar una inscripción 30 días después de la fecha de inscripción, es decir, la diferencia entre la fecha de inscripción y la fecha de mecanización no puede ser superior a 30 días.*

**TRATAMIENTO**

Para la conclusión del punto alegado se ha considerado el art. 22 de la Orden 2002 que establece que la fecha de inscripción ha de ser la de la indicación realizada o, en su caso, la de presentación de la solicitud.

Esta incidencia se extrae por diferencia entre las fechas de Inscripción y de Solicitud, concretamente de los campos de AGD: “AGD\_FH\_FECHAINSCRIPCION” y “AGD\_FH\_FECHASOLICITUD”

El último párrafo de la alegación afirma que la diferencia entre la fecha de inscripción y su mecanización no puede ser superior a 30 días. En cambio, en el Informe se pone de manifiesto (A.23 último párrafo) la detección de 29 inscripciones (20 con garantía) del hospital Virgen de la Victoria en las que la fecha de mecanización o creación es posterior en más de 30 días a la reflejada como fecha de Inscripción, llegando a acumular un desfase de hasta 331 días. A los efectos de realizar las oportunas alegaciones, el hospital solicitó el detalle de las inscripciones que se encontraban en tal situación y se le facilitó, sin que se haya recibido alegación alguna al respecto.

---

**ALEGACIÓN Nº56, PUNTO A.24 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*La Aplicación Informática AGD refleja el tiempo de registro en todo momento tanto el día de extracción de los datos como el tiempo de registro que llevaba en el momento en el que tiene lugar un evento sobre la inscripción.*

*En los documentos adjuntos se refleja dicho tiempo de registro.*

*Al buscar una inscripción (**imagen A1 que se adjunta como anexo**) como la inscripción de pruebas para el paciente llamado andaluz en la parte superior junto al número de inscripción aparece el tipo de garantía que tiene, así como el tiempo total desde la inscripción, el tiempo en el registro, que es el tiempo que está en situación programable y el tiempo en tnp (transitoriamente no programable) que es el tiempo que el paciente ha estado en su caso en ese estado. Todos estos tiempos son a la fecha de extracción de los datos. Si el paciente ya está dado de baja los tiempos anteriormente citados serán hasta el día de la baja.*

*Ahora bien, si nos vamos a la parte izquierda de la pantalla (**imagen A1 que se adjunta como anexo**) en el histórico podremos acceder a cada uno de los eventos que se le ha realizado a esa inscripción y en este caso el tiempo de registro, el tiempo total y el tiempo en TNP será hasta la fecha de ese evento (**imagen A2, A3 que se adjuntan como anexo**).*

*En las tablas originales de histórico de inscripciones se guarda el tiempo en el registro de cada uno de los eventos que se hacen sobre la inscripción y se calcula diariamente el tiempo de registro a tiempo real. A raíz de aquí, en la aplicación AGD esto se plasma en la forma explicada anteriormente e igualmente el tiempo de registro a tiempo real se visualiza en los listados propios, predefinidos y ficheros de activos y pasivos para su explotación.*

#### **TRATAMIENTO**

El primer párrafo de esta alegación contradice lo expuesto en la alegación nº 44, presentada por la Subdirección de Tecnologías de la Información y la Comunicación y los datos extraídos de la AGD durante la auditoría, que evidencian que constan 18.545 inscripciones con origen en ejercicios anteriores a 2019, cuyos registros presentan cero días en sus contadores de tiempo (campos: "AGD\_NU\_TIEMPOREGISTRO" y "AGD\_NU\_TIEMPOGARANTIA").

La documentación aportada, imagen de una inscripción en la AGD, en la que se registra diferentes eventos que afectan a los contadores de tiempo, la cual no es aplicable al aspecto que se describe en el punto del informe: inscripciones que no registran más eventos que su alta en AGD.

---

#### **ALEGACIÓN Nº57, PUNTOS 51 y A.50 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*Las intervenciones asociadas a procesos cancerosos se incluyen en AGD por el mismo motivo que los procedimientos excluidos de la lista de espera, es necesario que el paciente se inscriba en AGD para poder programarlo en quirófano.*

*El tratamiento que se le da en la aplicación está relacionado con el procedimiento con el que se haya hecho la inscripción, que puede ser garantizado o no garantizado, aunque no se aplica ya que estos procesos tienen su tratamiento propio.*

*Semanalmente se realiza un informe sobre pacientes pendientes que se cuelga en INFOWEB y al que tienen acceso los hospitales y la DGAS. En este informe se pueden ver los tramos de demora de 0 a 30 días o más de 30 días y se calcula el porcentaje de este segundo tramo que en todos los casos debería ser 0.*

*Desde AGD es posible sacar información tanto de los pacientes pendientes como de las intervenciones de procesos cancerosos. Para ello se utiliza el diagnóstico del paciente.*

#### **TRATAMIENTO**

La alegación presentada no justifica porque no se ha creado el registro de las *intervenciones quirúrgicas asociadas a procesos cancerosos, previsto en el art. 7.1 del Decreto 96/2004.*

Con el diagnóstico no se pueden distinguir ni cuantificar las intervenciones realizadas relacionadas con los procesos cancerosos, ya que este puede incluir uno o varios procedimientos.

---

#### **ALEGACIÓN Nº58, PUNTO A.68 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

*El SAS explota información de tasas de indicación quirúrgica analizando las indicaciones quirúrgicas del SSPA a través de la utilización de la Tasa Estandarizada por edad y sexo de diferentes Grupos de Procedimientos más frecuentes, para poder así comparar la indicación quirúrgica que tendrían los*

*distintos Distritos de Atención Primaria (AP) si todos tuvieran la misma estructura poblacional y el uso del indicador Razón de Incidencia Estandarizada (RIE), ya que nos permite comparar las indicaciones de un Distrito de AP con un patrón global.*

*Además, se estudian las tasas de incidencia y los flujos de indicaciones quirúrgicas por Hospitales del SSPA con el fin de tener una visión general del porcentaje de indicaciones que pertenecen al propio Hospital de origen del paciente, así como el porcentaje de pacientes indicados fuera de su Hospital de origen, esto es, una visión desde el ámbito de la gestión que ayude a tomar decisiones.*

*Este indicador no proporciona información del número de indicaciones por facultativo y porcentajes sobre su especialidad. Ese es otro indicador independiente que tan solo cuenta el número de indicaciones y calcula el porcentaje de cada facultativo sobre su especialidad en su hospital, pero no se utiliza en ninguna comparación.*

*Todos estos indicadores además de otros tantos se plasman en el apartado Accesibilidad Quirúrgica de INFOWEB.*

#### **TRATAMIENTO**

El texto de la alegación explica la forma de explotar la información de las tasas de indicación quirúrgica, pero no justifica la cuestión observada en el informe: no se evaluó el indicador INDA incluido en los Contratos Programa de 2018, tal y como refleja el Anexo 9.6.