

**REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD-
TORREJÓN SALUD S.A.**

REUNIÓN DE 29 DE OCTUBRE DE 2013

Acta nº 7

ASISTENTES

Por el Servicio Madrileño de Salud:

D^a Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
D. Jesús Vidart Anchiá.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales.
D^a Zaida M^a Sampedro Préstamo.-Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.
D. Manuel Molina Muñoz.- Director General de Seguimiento y Control de los centros sanitarios de gestión indirecta.
D^a Rosa M^a de Andrés de Colsa.- Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales.
D^a Belén Alonso Durán.- Subdirectora de Análisis de Costes.- En calidad de Asesora

Por Torrejón Salud S.A.

D^a Pilar Villaescusa.- Directora Ejecutiva de Desarrollo y Operaciones Sanitas.
D^a Berta García.- Directora Financiera de PPP's.
D. Ignacio Martínez Jover.- Gerente del Hospital de Torrejón.
D. Jesús de Castro Sánchez.- Director Médico del Hospital de Torrejón.
D. Santiago Orio González. Director Económico Financiero del Hospital de Torrejón.

Secretaría: D^a Cristina González del Yerro Valdés.

En Madrid, a las 17,10 horas del día 29 de octubre de 2013, en la sala 706 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, en la Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7, 7^a planta, se reúnen las personas señaladas al margen, al objeto de celebrar la reunión de la Comisión Mixta, en aplicación de lo previsto en la cláusula 23.1 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital de Torrejón.

Disculpa su asistencia D. Antonio Alemany López, D^a Elena Juárez Peláez y D. Iñaki Peralta Gracia.

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

Primero.- Lectura y aprobación del acta de la reunión celebrada el 2 de julio de 2013.

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

- En relación a los asistentes: se corrigen los cargos de D^a Pilar Villaescusa (Directora Ejecutiva de Desarrollo y Operaciones de Sanitas) y D^a Berta García (Directora Financiera de PPP's) que estaban cambiados.
- En el punto primero, se aclara que la numeración del anexo 2 hace referencia al anexo 2 del acta de la reunión del día 1 marzo.
- En el punto tercero, al final del tercer párrafo, tras se acuerda sobre esta cuestión que como mejora de la atención al paciente se incorpora en el grupo de consultas sucesivas dejando constancia en la historia clínica, se añade previa aprobación por Resolución de la Viceconsejera. A continuación se añade el párrafo: *La DGSIS informa que se podrán efectuar cortes*

mensuales, acordándose que, para el año 2013 se obtendrán con fecha del último día del mes.

Segundo.- Liquidación año 2012.

Para proceder a la liquidación 2012, se ha remitido a Torrejón Salud la información sobre la asistencia realizada a pacientes de población asignada al Hospital de Torrejón. En la revisión efectuada se constató una discrepancia en el 50% de los registros. En una reunión posterior se detectó que dicha diferencia era debida a que la Sociedad Concesionaria, por error, estaba contabilizando aplicando los cortes mensuales de población a mes vencido, en lugar de al mes siguiente. Por este motivo, es necesario volver a efectuar el cruce de pacientes precisando para ello un tiempo estimado de tres semanas. Ante la incidencia surgida y para que sea posible efectuar una correcta validación de los registros, se acuerda celebrar una reunión de la Comisión Mixta, a ser posible, antes de que finalice el mes de noviembre para la aprobación de la liquidación 2012.

Representantes de Torrejón Salud solicitan la apertura del CMBD 2012, ya que en la información remitida no incluyeron 17.000 registros correspondientes a estancias en hospital de día por no tenerlo codificado, así como otros registros correspondientes a hospitalización y cirugía mayor ambulatoria. Se informa que no es posible hacerlo ya que son datos consolidados y remitidos al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pero se podría reconocer la actividad realizada sin modificar el CMBD.

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

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

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

Tanto el gasto generado por la contratación de empresas externas para la ejecución de auditorías como el coste de las auditorías realizadas con medios propios se repercutirá a la Sociedad Concesionaria a cargo del 0,5% del precio anual del contrato. De igual forma, se incluirá en este concepto el gasto generado por la participación del centro hospitalario en los programas de evaluación de hospitales como IASIST o AdQ, al haber sido auspiciada por el SERMAS la participación en estas iniciativas que permiten comparar nuestros hospitales entre sí y con los de otras Comunidades Autónomas. Asimismo se comunica a Torrejón Salud, que pueden proponer cualquier otra auditoría que consideren de interés para efectuarla con cargo al 0,5% del importe anual del contrato.

De igual forma, se acuerda que el Plan de Auditorías para el año 2014 se presentará ante esta Comisión el próximo mes de enero.

Cuarto.- Atención a pacientes procedentes de otras Comunidades Autónomas

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

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

El Hospital de Torrejón ya dispone de SIFCO siendo, por tanto, hospital receptor de pacientes de otras Comunidades Autónomas. Por parte de la Administración se indica que la compensación de esta actividad se realizará del mismo modo, en cuanto a tiempo y forma, que se recibe de la Administración General del Estado, es decir, cuando se reciba por parte de la Comunidad de Madrid y en la misma cuantía establecida en la citada Orden SSI/2687/2012. Se acuerda también que se mantendrá una reunión entre la Dirección General de Hospitales y los representantes del Hospital de Torrejón para aclarar el funcionamiento y procedimiento de actuación del SIFCO.

Los representantes de Torrejón Salud plantean que están interesados en participar el programa de reducción de lista de espera quirúrgica de Castilla La Mancha. La Viceconsejera informa que podría realizarse pero, al ser un hospital de titularidad pública, dicha participación requeriría la firma previa de un Convenio entre las Consejerías de Sanidad de las Comunidades de Madrid y Castilla La Mancha, lo que es un procedimiento largo y muy complejo. Dado el interés mostrado por la Entidad Concesionaria, se acuerda iniciar el procedimiento para formalizar un Convenio con la Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha.

Quinto.- Seguimiento de Objetivos de Calidad 2013

El DGSyC presenta la información facilitada por la Dirección General de Atención al Paciente en relación con la evaluación de los objetivos de calidad 2012 y el plan de acción que se está llevando a cabo en función de las conclusiones de la evaluación, así como el seguimiento semestral de los indicadores de calidad 2013, comentando los relativos a seguridad del paciente y calidad percibida y gestión de calidad, en los que el Hospital de Torrejón, a fecha 30 de junio de 2013, no alcanza la meta anual establecida. En todos ellos los representantes de Torrejón Salud manifiestan haber avanzado en el cumplimiento de los mismos.

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

Se adjuntan las evaluaciones citadas como anexo 2 al acta.

Sexto.- Información SICyT

El DGSyC aporta información facilitada por la Dirección General de Atención al Paciente correspondiente al mes de septiembre comparando la espera media en multicita y en SICyT (se adjunta al acta como anexo 3). Aunque se ha mejorado respecto a datos previos, siguen objetivándose discrepancias sustanciales entre ambos sistemas, no justificables sólo por los adelantos de cita efectuados por el hospital que no quedan registrados en multicita, por lo que debe existir alguna diferencia en los algoritmos de cálculo de las demoras entre ambos sistemas.

Se acuerda remitir al Hospital de Torrejón el algoritmo de cálculo de espera media con SICyT y el de multicita obtenido en el Centro de Atención Personalizada (CAP) para su revisión. En función del resultado de la misma se valorará mantener una reunión al respecto para intentar identificar el motivo de estas discrepancias.

Séptimo.- Zonificación de los Consultorios de Daganzo, Ajalvir, Ribatejada y Fresno del Torote dependientes del Centro de Salud de Paracuellos

El DGSyC procede a la lectura del informe emitido por la Dirección General de Atención Primaria al respecto, en el que se indica que se han detectado algunos problemas con las derivaciones desde estos consultorios al Hospital de Torrejón por el sistema SCAE (Solicitud de Cita de Atención Especializada), ya que los CIAS de los profesionales están adscritos al Centro de Salud de Paracuellos y, por tanto, únicamente pueden derivar al Hospital Infanta Sofía. En el citado informe se refiere que se solucionará de forma provisional dando de alta a los CIAS afectados también en el Hospital de Torrejón para que al operador del CAP le salga como referencia el Hospital de Torrejón. Los representantes del centro hospitalario indican que continúan persistiendo los mismos problemas.

La Viceconsejera indica que, aunque la zonificación establecida en el Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid, falta por aplicarse en algunas zonas básicas con carácter residual, hay que buscar una solución para este problema informático.

Se conviene que, dada la imposibilidad de derivar estos pacientes al Hospital de Torrejón, no se facturará a Torrejón Salud la asistencia sanitaria especializada prestada a estos pacientes en el Hospital Infanta Sofía. Asimismo, se acuerda celebrar una reunión específica con la Dirección General de Atención Primaria y la Dirección General de Sistemas de Información para intentar solventar esta incidencia.

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

Se comenta la propuesta recibida de introducir un ratio modulador en el caso de la actividad generada en el propio hospital (primeras consultas derivadas de

interconsulta y de urgencias) de forma similar al existente para consultas sucesivas de manera que, a efecto de facturación, no podrá ser superior a la media de los hospitales de su grupo del Servicio Madrileño de Salud.

Se debate sobre la utilización de índices moduladores y se entiende que, si son objetivos y fiables, son muy útiles para evitar desviaciones, por lo que se acuerda estudiar este índice e incluirlo en el documento de criterios de facturación intercentros. Se aplicará en la liquidación de 2013 que se realizará en el ejercicio 2014, una vez producida la modificación del mencionado documento a través de Resolución de la Viceconsejera.

Los representantes de Torrejón Salud proponen modular también otros procesos, como por ejemplo la tasa de ambulatorización. La Viceconsejera indica que pueden efectuar propuestas pero éstas deben ser objetivas e irrefutables.

Noveno.- Ruegos y preguntas.

Representantes del Hospital de Torrejón indican que ya han solicitado su inclusión en el Código Infarto.

Asimismo solicitan información en relación con la solicitud de autorización presentada para la ampliación de la oferta asistencial del Hospital de Torrejón incluyendo una Unidad de Reproducción Humana Asistida. Se informa que, conforme al procedimiento establecido, se encuentra en fase de emisión de informe por parte de la Dirección General de Hospitales.

La Sociedad Concesionaria informa que la cuenta de Torrejón Salud ha sufrido un embargo por parte de la Agencia Tributaria por el impago de unas facturas de pruebas intermedias emitidas por el Hospital Universitario "12 de Octubre". Se acuerda que el asunto será estudiado por la Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.

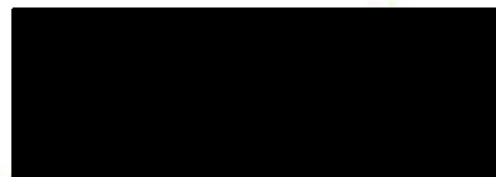
Y no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión a las 18.50 horas lo que como Secretaria certifico.

LA SECRETARIA

VºBº
LA PRESIDENTA



Cristina González del Yerro Valdés



Patricia Flores Cerdán



ANEXO 1

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Atención a personas que tienen la condición de aseguradas en el Sistema Nacional de Salud:
 - a. Pacientes derivados entre comunidades autónomas
 - b. Pacientes derivados a centros, servicios y unidades de referencia
 - c. Pacientes que se desplazan temporalmente desde otras comunidades autónomas o desde las ciudades de Ceuta y Melilla

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

3. Atención urgente.

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

a. PACIENTES DERIVADOS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El convenio especial permitirá a las personas que lo suscriban acceder, mediante el pago de contraprestación económica, a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, con las mismas

garantías de extensión, continuidad asistencial y cobertura de que disfrutaran las personas que ostentan la condición de aseguradas o de beneficiarias, en el ámbito correspondiente a la administración pública con la que se formaliza el mismo.

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

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

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

- Los procesos cuyo tratamiento se haya iniciado antes del día 31 de agosto de 2012.
- Los casos de urgencia, por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- La asistencia al embarazo, parto y postparto y la asistencia a pacientes menores de edad.

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

3. ATENCIÓN URGENTE

Esta atención está garantizada por los dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, acorde con lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

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

CONCLUSIONES

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

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

a. Pacientes derivados entre comunidades autónomas

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

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

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

técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios objeto de financiación.

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

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

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

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

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

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

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

Las personas que se desplacen temporalmente a territorio comprendido en administración pública distinta de aquella con la que haya suscrito el **convenio especial** de prestación de asistencia sanitaria, tendrán derecho a recibir en ese territorio las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. En este caso, resultarán de aplicación los mismos procedimientos de compensación contemplados para el Fondo de Garantía Asistencial.

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

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

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

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

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

3. Atención urgente

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

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

Madrid, a 25 de octubre de 2013

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

ANEXO 2

Seguimiento primer semestre 2013 Indicadores de Calidad



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

Nº protocolos de salud mental prioritarios disponibles (n=25 hospitales) - Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave del adulto. - Protocolo de continuidad de cuidados en el trastorno mental grave infanto-juvenil. - Protocolo de evaluación del riesgo suicida en urgencias psiquiátricas.	Disponible	Sí	Del 2009 al 2012	80%
	Disponible	Sí	Del 2009 al 2012	44%
	Disponible	Sí	Del 2009 al 2012	56%
Pacientes con potencial riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máx. de 1 semana tras el alta hospitalaria.	100%	100%	91,4%	92,4%
b) Indicadores de comparación hospitalaria				
Infección nosocomial (Prevalencia)	Meta IN <=6 ,6%	6,32	5,9%	5,7%
Infección nosocomial (Bacteriemias por SARM/100.000 estancias)	7 bacteriemias/ 100000 estancias	3,34	6	4
c) Calidad percibida y gestión de calidad				
Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2012	Al menos 5	10	7	6 (Total: 213)
Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida (al menos 1 será conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través de la realización de técnicas cualitativas grupales)	Al menos 4 líneas	4	6	5 (Total: 173)
Desarrollo de actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental.	Avanzar una fase completa, respecto a la que se encontraban a cierre 2012.	Pasada la auditoría interna	Fin de la auditoría SARMAS	Nº de hospitales en: Fase I: 2; Fase II-III: 11; Auditoría: 2 Certificación parcial: 8; Certificación total: 11
Consumo de agua (m3/semestre/estancia)	<=0,94 (*)	0,99	1,01	0,70
Consumo de electricidad (Kwh/semestre/m2)	<=183 (*)	71,00	71	69
Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna	Al menos 4 líneas	4	5	5 (Total: 104)
Desarrollo de líneas de actuación Comité de Atención al dolor	Al menos 5 líneas	5	5	5 (Total: 155)

NOTAS:

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

Resultados 2013
Indicadores de Calidad
Seguimiento 1er semestre

INDICADOR	META	Hospital de Torrejón
Información y Atención al Paciente		
4.1. Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.	Al menos 3	3 1. Revisión procedimiento reprogramación citas. En Curso 2. Revisión procedimiento de atención a familiares en el éxito. En Curso 3. Revisar procedimiento de solicitud de documentación clínica. En Curso
4.2. Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles.	100%	100%
4.3. Porcentaje de reclamaciones adecuadas al manual de estilo. Grupo de trabajo.	100%	Pendiente estudio transversal SDIAP
4.4. Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.	100%	100% (cuenta con registro específico)
4.5. Porcentaje de implantación de protocolos de información asistencial.	100%	No indica (Protocolo en revisión)
4.6. Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.	100%	100% (cuenta con registro específico)
4.7. Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.	100%	100% (cuenta con registro específico)
4.8. Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) existentes en el centro hospitalario.	Creación del registro	Si (Fecha de creación: mayo 2012)
4.9. Implementación de acciones de mejora en relación con el Proceso de Atención Integral al Paciente Oncológico (PAIPO)	Al menos 3	1 Acción formativa para enfermería del hospital de día, urgencias y radiodiagnóstico en el manejo de vías centrales.

ANEXO 3

HOSPITAL DE TORREJÓN

Servicio	Prestación	Espera Media Multicitada pacientes citados en septiembre	Espera media SICYT activos a 30-9
ALERGOLOGÍA	ALERGIA ALIMENTOS	53	2
ALERGOLOGÍA	ALERGIA CUTÁNEA	29	
ALERGOLOGÍA	ALERGIA HIMENÓPTEROS	43	
ALERGOLOGÍA	ALERGIA MEDICAMENTOS	35	
ALERGOLOGÍA	RINITIS/ASMA	30	
ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR	CIRUGÍA VASCULAR ARTERIAL	5	4
ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR	CIRUGÍA VASCULAR VENOSA	2	
APARATO DIGESTIVO	CONSULTA PRIMERA	14	3
C. MAXILOFACIAL	CIRUGÍA ORAL	11	1
C. MAXILOFACIAL	CONSULTA PRIMERA	3	
CARDIOLOGÍA	ANGOR	24	4
CARDIOLOGÍA	Consulta de marcapasos	0	
CARDIOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	20	
CARDIOLOGÍA	VALVULOPATIAS Y SOPLOS CARDIACOS	15	
CIRUGÍA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO	CONSULTA PRIMERA	23	2
CIRUGÍA PEDIÁTRICA GENERAL	CONSULTA PRIMERA	12	0
DERMATOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	19	1
ENDOCRINOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	14	4
ENDOCRINOLOGÍA	PIE DIABÉTICO	9	
GINECOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	38	3
HEMATOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	17	4
HEMATOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTICOAGULACIÓN ORAL	4	
MEDICINA INTERNA	CONSULTA PRIMERA	12	3
MEDICINA INTERNA	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	40	
MEDICINA INTERNA	RIESGO CARDIOVASCULAR	13	
MEDICINA INTERNA	VHSÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA	15	
NEFROLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	12	1
NEUMOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	8	4
NEUMOLOGÍA	TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	17	
NEUROCIRUGÍA	CONSULTA PRIMERA	2	2
NEUROLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	11	2
OFTALMOLOGÍA	AGUDEZA VISUAL	16	2
OFTALMOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	24	
OFTALMOLOGÍA	FONDO DE OJO	11	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	12	2
PEDIATRÍA AE	CONSULTA PRIMERA	8	0
PSIQUIATRÍA	CONSULTA PRIMERA	9	2
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA ABDOMINO-PELVICA	22	7
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA ARTICULAR	13	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN COMPLETO (INCLUYE	21	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE APARATO URINARIO (RENAL-	21	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE CADERA NEONATAL	17	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE CUELLO (TIROIDES, PARÓTIDAS,	20	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE ESCROTO	21	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE MAMA	26	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS	22	
RADIOLOGÍA	ECOGRAFÍA PELVICA	16	
REHABILITACIÓN	CONSULTA PRIMERA	27	4
REUMATOLOGÍA	Aparato Locomotor	31	1
REUMATOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	10	
TRAUMATOLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	13	1
UROLOGÍA	CONSULTA PRIMERA	12	1