

**REUNION DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD-
SOCIEDAD IDCSALUD VILLALBA S.A., IDCSALUD VALDEMORO, IDCSALUD
MÓSTOLES Y TORREJON SALUD S.A.**

REUNIÓN DE 7 DE JULIO DE 2016

ASISTENTES

Por el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD:

D. Manuel Molina Muñoz.- Viceconsejero de Sanidad.
D. César Pascual Fernández.- Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.
D. José Ramón Menéndez Aquino.- Director General de Gestión Económico-Financiera y de Infraestructuras Sanitarias.
D^a Emilia Sánchez Chamorro.- Directora General de Planificación, Investigación y Formación.
D^a Belén Alonso Durán.- Subdirectora General de Análisis de Costes.
D. César Téllez Boente.- Gerente Adjunto de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa.

Por Torrejón Salud S.A.:

D. Ignacio Martínez Jover.- Gerente Hospital Universitario de Torrejón
D. Jesús Bonilla Regadera.- Director General Sanitas Hospitales.
D^a Pilar Villaescusa González.- Directora Ejecutiva Financiero y Operaciones Sanitas Hospitales.
D^a Silvia Sanz Ferrando.- Departamento Jurídico Sanitas Hospitales.
D. Santiago Orio González.- Director Financiero Hospital Universitario de Torrejón.
D. Jesús de Castro Sánchez.- Director Médico Quirúrgico y SS.CC. Hospital Universitario de Torrejón.

Por IDCSalud, S.A.:

D. Juan Antonio Álvaro de la Parra.- Gerente Regional Quirón Salud.
D^a Ana Posada Pérez.- Directora de Gestión Económica Hospital Fundación Jimenez Díaz.
D. Javier Doderó de Solano.- Director de Continuidad Asistencial Hospital Fundación Jiménez Díaz.
D. Ricardo Trujillo Casas.- Gerente Hospital Universitario Rey Juan Carlos.
D^a Raquel Barba Martín.- Directora Médico Hospital Universitario Rey Juan Carlos.
D^a Cristina Rosado Bolaños.- Jefe del Servicio de Admisión Hospital Universitario Rey Juan Carlos.
D^a Almudena Martínez Juárez.- Directora de Gestión Económica Hospital Universitario Infanta Elena.
D^a Marta Sánchez Menán.- Directora Médico Hospital Universitario Infanta Elena.
D. Adolfo Bermúdez de Castro Pfeiffer.- Director Médico Hospital General de Villalba.

Secretaría: D^a María Jesús Fernández López.

En Madrid, a las 11 horas del día 7 de julio de 2016 en la sede de la Dirección General de Atención Especializada, en la Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7, 3^a planta, sala 366, se reúnen las personas relacionadas al margen, al objeto de celebrar la reunión de la Comisión Mixta, en aplicación de lo previsto en las correspondientes cláusulas del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión de cada uno de los Centros concesionados.

Disculpa su asistencia D. Julio Zarco Rodríguez.- Director General de Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria-, D. José Antonio Alonso Arranz.- Director General de Sistemas de Información Sanitaria- D^a M. Luz de los Mártires Almingol.- Gerente de Atención Hospitalaria- y D^a Marta Sánchez-Celaya del Pozo.- Gerente Asistencial de Atención Primaria.

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

Tras la presentación de la reunión por parte del Presidente D. Manuel Molina Muñoz, pasan a tratarse los asuntos previstos para el Orden del Día.

Primero: Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior, de cada uno de los Centros Concesionados.

Se aprueba, por acuerdo de los asistentes, el acta del Hospital Universitario de Torrejón, del Hospital Universitario Infanta Elena y del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

En el caso del Hospital General de Villalba, se aprueba el acta con las siguientes observaciones:

- a) Los representantes del citado Hospital manifiestan que se encuentran pendientes los envíos de los listados de pacientes en lista de espera quirúrgica, según se encuentra recogido en el contrato inicial, indicando que se han solicitado al Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda y al Hospital El Escorial.

Hacen entrega de dos documentos, uno de ellos enviado a la Subdirección de Supervisión y Control de Centros Concesionados con fecha de registro de entrada el 1 de abril de 2015 y el otro, enviado a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria con fecha de entrada el 22 de octubre de 2015. Ambos documentos se adjuntan a este acta como Anexo I.

- b) Asimismo, indican que se encuentra pendiente de finalización el proceso de traspaso de pacientes en tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias, señalando que, recibieron el listado de pacientes con este tipo de tratamientos el 18 de Marzo de 2015, estando a la espera, en estos momentos, de que la concesionaria anterior retire los equipos de los domicilios de los pacientes con este tipo de terapias.

Se indicó, por parte del SERMAS, la necesidad de proceder al envío de la solicitud de orden de asistencia para aquellos pacientes desplazados de otras comunidades autónomas que estuvieran en tratamiento iniciado.

Segundo: Entrega de los Certificados de Registros en ficheros de Facturación Intercentros y establecimiento de la fecha de depósito.

Se acuerda que el próximo lunes 11 de julio, se realizará la entrega de los certificados correspondientes al año 2014 siguiendo el procedimiento marcado y utilizando el repositorio disponible para tal fin.

El formato que se utilizará será el mismo que para el año 2013.

Una vez finalizado todo el proceso de auditoría correspondiente al año 2014, se adquiere el compromiso de envío de los ficheros del año 2015, siguiendo las mismas pautas.

Para el caso del Hospital General de Villalba, se realizará una descarga que deberá ser depurada teniendo en cuenta el período de carencia, para la auditoría del año 2014 y que afectará, de igual manera, a la del año 2015. Dicha depuración será efectuada por la Subdirección General de Análisis de Costes.

Tercero: Entrega del documento “Criterios de Auditorías”.

Se procede a la entrega del documento a los Centros Concesionados. Se adjunta al acta el citado documento como Anexo II.

Respecto a la auditoría de la línea de farmacia, se propone, por parte del Viceconsejero, la creación de una Comisión de Expertos (según se recoge en el Epígrafe 14.6, punto 4 del PCAP) del área de farmacia, en la que se integren profesionales de Hospitales de Gestión Directa, Concesionados y de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, con el fin de desarrollar los protocolos necesarios para el desarrollo de la dispensación ambulatoria y de la mejora de la eficiencia en el gasto farmacéutico.

Se procederá, por parte de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, a la elaboración de un mapa de protocolos que se pondrá a disposición de la Inspección con el fin de que se lleven a cabo las auditorías teniendo en cuenta los criterios establecidos en ellos. Dicho inventario estará disponible, para su consulta, por todas las partes implicadas.

Cuarto: Entrega del documento “Manual de Facturación”.

Se procede a la entrega del documento a los Centros Concesionados. Se adjunta al acta el citado documento como Anexo III.

El Manual de Facturación será objeto de Resolución por parte de la Viceconsejería de Sanidad

Se manifiesta, por parte de los representantes de dichos Centros, su voluntad de participar en la definición y elaboración del alcance y tamaño de las muestras, que se utilizarán para la auditoría de las distintas líneas.

El Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, D. César Pascual Fernández, manifiesta que se realizará con los auditores, como autoridad sanitaria, un documento de trabajo en el que se refleje la definición del alcance de la muestra y de la aleatorización, sin perjuicio de que los Centros Concesionados puedan estar presentes durante el proceso.

Quinto: Modificación del Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Mixta.

Se aprueba la incorporación del Director General de Inspección y Ordenación con voz pero sin voto, según se recoge en el punto 1 de dicho reglamento.

Se aprueba la modificación y unificación del criterio de periodicidad para la convocatoria de reuniones de las Comisiones Mixtas, quedando establecido con carácter trimestral. La Directora General de Planificación, Investigación y Formación, D^a Emilia Sánchez Chamorro, manifiesta la necesidad de que se realice la depuración de ficheros con esta periodicidad, con el fin de que el volumen de los mismos sea acorde a los medios técnicos y humanos disponibles para su proceso y análisis.

Se adjunta al acta el Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Mixta de cada uno de los Hospitales Concesionados como anexo IV.

El Viceconsejero anuncia que, en breve, se publicará el nombramiento de dos funcionarios pertenecientes al cuerpo de Inspección Sanitaria, que actuarán como Comisionados de la Administración para los Centros Concesionados; uno para cada grupo de empresas.

Sexto: Contrato Programa 2016.

Se entregan los Contratos de Gestión del 2016 a cada uno de los Hospitales Concesionados para su firma.

El Gerente Adjunto de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa, D. César Téllez Boente indica que, para su elaboración, se ha seguido el mismo procedimiento que para el resto de los Hospitales del SERMAS. De esta forma se estandariza el proceso de seguimiento y control de los objetivos marcados a nivel institucional, dando la posibilidad de realizar comparaciones de resultados en el ámbito de la sanidad.

Séptimo: Ruegos y preguntas

1.- Consultas Monográficas. Se propone la recuperación de la Comisión de Expertos que evaluaban la necesidad de implementar las Consultas denominadas Monográficas, que tienen especial trascendencia en el desarrollo de la actividad asistencial entre la Atención Primaria y la Continuidad Asistencial.

El Viceconsejero indica su conformidad con la puesta al día de los procesos pendientes y del mantenimiento de dicha Comisión. Realiza el encargo a la Gerencia Adjunta de Ordenación, que deberá coordinar su puesta en marcha y desarrollo.

2.- Consultas de Alta Resolución. Se procederá de la misma manera que para las Consultas Monográficas.

Se revisará el catálogo de Consultas de Alta Resolución de todos los hospitales del SERMAS, para su publicación y difusión.

3.- Hepatitis C. En la reclamación efectuada por el H de Torrejón, el Dirección General de Gestión Económico-Financiera y de Infraestructuras Sanitarias, D. Jose Ramón Menéndez Aquino, indica que procederá al envío de la documentación remitida por la Intervención y la Abogacía General de la Comunidad de Madrid.

4.- Lista de Espera. Se está produciendo la derivación de pacientes con cargo al programa RULEQ y para diversas pruebas diagnósticas, respecto a los cuales, los Centros Concesionados solicitan su incorporación dentro del proceso de liquidación.

Es especialmente relevante el número de pacientes que se envían al H Universitario Infanta Elena para la realización pruebas diagnósticas. Cada mes reciben del SERMAS un listado con los pacientes que deben ser atendidos.

El Viceconsejero manifiesta su acuerdo con el abono de todos los procesos realizados, siempre y cuando procedan de una derivación realizada por el SERMAS.

5.- Reordenación de población. El H de Torrejón, indica que se encuentra pendiente la reordenación de parte de su área de influencia.

El Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, D. César Pascual Fernández, indica que, efectivamente, se están realizando las gestiones oportunas para poder resolver este problema lo antes posible.

El Director General de Gestión Económico-Financiera y de Infraestructuras Sanitarias, refiere que se tendrá en cuenta esta situación en la liquidación del año 2014.

6.- Se pregunta a la Directora General de Planificación, Investigación y Formación, respecto a los plazos de revisión de los datos de aquellos ciudadanos que son atendidos en los hospitales concesionados y que presentan algún tipo de incidencia en su alta. La Directora General responde que se realizará el proceso de filtrado con la mayor celeridad posible en función de su volumen y de los recursos disponibles, manifestando que, a partir de ahora, se debe proceder a dicho proceso de filtrado con carácter trimestral, de forma que se ajuste el volumen de los registros con la capacidad de tratamiento de la información, en función de los medios disponibles.

7.- Farmacia: Las Concesionarias solicitan revisión de las tarifas de HD acordes a los costes en los fármacos.

Y no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión a las 12.40 horas, lo que como Secretaria certifico.

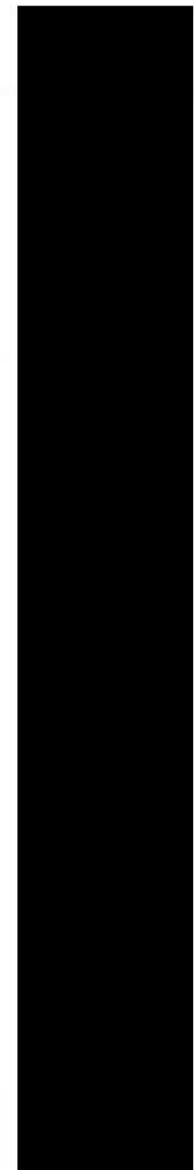
LA SECRETARIA

Maria Jesus Fernandez Lopez

VºBº
EL PRESIDENTE

Manuel Molina Muñoz

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



ANEXO I



Subdirección de Supervisión y Control de Centros Concesionados

Sra. D^{ña}. Cristina González del Yerro Valdés
Pza. Carlos Trias Bertrán, 7, 3^ª planta. Edificio Solflube

Collado Villalba, 31 de marzo de 2015

Estimada Subdirectora:

Estando próximo a finalizar el periodo de 6 meses (13 de abril de 2015) que marca el PCAP del HGV, en su cláusula 18.2.1, apartado 3*a*, por el que se excluye de la facturación intercentros a los pacientes pertenecientes de nuestra población protegida, que estuviesen siendo atendidos en otros Centros, creemos que se deben hacer una serie de apreciaciones en relación con la gestión de dichos pacientes que estuvieran en Lista de espera Quirúrgica en los Hospitales Puerta de Hierro y El Escorial (PH y EE).

- En las reuniones del Grupo Clínico Asistencial del Comité de Seguimiento de Apertura del HGV (SERMAS-Idc Salud Villalba) se recoge que no se facilitaría al HGV la lista de pacientes de LEQ, a fin de que pudiesen ser invitados a ser intervenidos en nuestro Hospital:
 - 1) Lista de espera quirúrgica: Grupo IDc solicita conocer el listado de pacientes en lista de espera quirúrgica (incluido y rechazo) correspondiente a los hospitales Puerta de Hierro y El Escorial, a fecha de la entrada en funcionamiento.
 - Los gerentes de los hospitales Puerta de Hierro y El Escorial manifestaron que asumen la lista de espera quirúrgica completa (tanto incluido como rechazo).
- Cabe la posibilidad de que pacientes incluidos en dicha LEQ estén siendo operados en sus Centros o la vayan a ser, superando el periodo de carencia mencionado, al tratarse de personas ubicadas en el epígrafe de transitoriamente no programable
- Otros pacientes se pueden estar incluyendo en LEQ de los Hospitales PH y EE durante este periodo, pero con el proceso iniciado previamente a la puesta en servicio del HGV, y su intervención se esté produciendo en estos meses, o incluso también excediendo el periodo de carencia asistencial
- El inicio del proceso asistencial se debe considerar cuando el Facultativo de Atención Primaria deriva al paciente a una consulta de Especializada para el estudio de un proceso, independientemente de cuando se produzca la inclusión en la LEQ del SERMAS
- Cualquier paciente que supere el periodo de los seis meses en ser intervenido superaría los objetivos de gestión del SERMAS, incluso en el grupo de Transitoriamente no Programable
- Se está dando la paradoja de que algunos pacientes de nuestra población se derivan desde sus hospitales a programas externos de reducción de la LEQ, incluso la FJD, perteneciente al mismo Grupo que el HGV

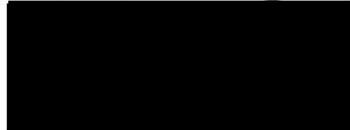
Como consecuencia de lo anteriormente expuesto:

- El HGV sigue estando dispuesto a comunicar con los pacientes pendientes de operar que se encuentren en las situaciones anteriormente descritas, para ofrecerles la posibilidad de hacerlo en nuestro Centro, singularmente a aquéllos que están siendo objeto de derivación a terceros Hospitales; siempre que el SERMAS nos autorice a ello y nos transfiera la información adecuada
- No sería aceptable que se produjese facturación al Concesionario en los casos que se recogen en los puntos anteriores, ni siquiera en el supuesto de que se superase la fecha del 13 de abril, dado que habría un incumplimiento en la gestión de la LEQ, sin haber dado la oportunidad al HGV de asumir estos pacientes de su población
- Se están dando casos esporádicos de pacientes que una vez iniciado el proceso en el HGV son llamados por otros Hospitales para acudir ser intervenidos, alguno incluso estando ya en nuestra programación quirúrgica

Quedamos a su disposición para tratar los temas expuestos con la Subdirección o Dirección General de Atención Especializada o bien a través de la Comisión Mixta

Atentamente

Adolfo Bermúdez de Castro Pfeiffer



Director Asistencial



D.G. de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

D. César Pascual Fernández

Estimado Director:

Recientemente se nos ha comunicado los datos de facturación intercentros por parte del SERMIS a este Hospital, que aparecen en CMFAINT correspondientes a los meses de enero a julio.

Al analizar la clasificación de casos por el sistema GRD, encontramos que numerosos procesos están encuadrados en Categorías Diagnósticas Mayores con un alto porcentaje de GRDs quirúrgicos. Ponemos algunos ejemplos:

1. Enfermedades y trastornos del sistema músculo esquelético y tejido conectivo (255 altas); gran parte de los GRDs de este grupo conllevan procedimiento quirúrgico
2. Enf. y trast. del aparato digestivo (185 casos) y del hígado, sistema biliar y páncreas (76 casos); muchos son característicos de los servicios de Cirugía General y Digestivo
3. Enfer. y trast. Del riñón y vías urinarias (98); habitualmente se trata de GRDs quirúrgicos

Se puede inferir que gran parte de los casos quirúrgicos proceden de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), y pocos de la demanda de urgencias.

Asimismo hay 1.023 procesos de CMA, que característicamente pasan por la LEQ.

Damos por hecho que al enviar estos datos no se ha tenido en cuenta la exclusión de la facturación intercentros durante seis meses de los pacientes que a la fecha de inicio de la prestación sanitaria del Hospital general de Villalba estuviesen siendo atendido de un proceso patológico en otros Centros de la Administración Sanitaria (PCAP, LR 2.3 i.c), y que deberán ser excluidos. Dicho período finalizaba el 16 de abril de 2015.

Las CDM continúan teniendo elevadas cifras de casos, incluso superada dicha fase de exclusión, lo que hace suponer que procedían de listas de espera (de mayor duración de la marcada en los objetivos en esta materia), y que difícilmente se explican por los casos de Libre Elección observados.

En las reuniones de la Comisión de Apertura del Hospital y Subcomisiones entre los representantes del Servicio Madrileño de Salud e ICSalud Villalba, presididas por el Viceconsejero o por el Subdirector General de Control de Concesiones, se puso de manifiesto que se consideraba por los Hospitales de la Red – singularmente el Hospital Puerta de Hierro –

que los pacientes que ya habían iniciado el proceso asistencial serían intervenidos dentro de los plazos, y por tanto sin superar el período carencia.

IDC Salud Villalba se ofreció a colaborar operando a los enfermos que fuesen traspasados desde los hospitales de la red, sin que se aceptase por la Administración. Incluso se denegó facilitarnos el listado de pacientes de nuestra área incluidos en las Listas de Espera Quirúrgicas.

En consecuencia consideramos que no puede ser objeto de facturación la intervención de pacientes, (ni las revisiones posteriores) que ya hubieran iniciado el proceso asistencial a la entrada en funcionamiento del Hospital General de Villalba, incluso aunque se hubiera excedido la fecha del 16 de abril de 2015.

Atentamente

Villalba, 23 de octubre de 2015

Fdo. ~~Azulfo~~ ~~González~~ de Castro ~~Fleischer~~

Director Asistencial



Servicio Madrileño de Salud

Comunidad de Madrid

ANEXO II



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de Coordinación
de la Asistencia Sanitaria

Comunidad de Madrid

CRITERIOS DE AUDITORÍA DE FACTURACIÓN INTERCENTROS

Contenido

INTRODUCCION	5
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA DE FACTURACIÓN INTERCENTROS	7
NORMATIVA	7
DIAGRAMA DE FLUJO	9
CRITERIOS COMUNES PARA TODAS LAS LINEAS DE AUDITORIA	10
1.- AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN	12
Criterios de Auditoría de Hospitalización	14
Motivos de No Conformidad de Hospitalización	16
2.- AUDITORÍA DE CIRUGIA AMBULATORIA (CMA - IQA)	19
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	19
Cirugía Menor Ambulatoria en Quirófano (IQA)	19
Cirugía Menor Ambulatoria en Consulta (IQA)	20
Criterios de Auditoría de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA - IQA)	20
Motivos de No Conformidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA - IQA)	21
3.- AUDITORÍA DE URGENCIAS NO INGRESADAS	21
Criterios de Auditoría de Urgencias No Ingresadas	22
Motivos de No Conformidad de Urgencias No Ingresadas	23
4.- AUDITORÍA DE HOSPITALIZACION DE DIA	24
Criterios de Auditoría de Hospital de Día	24
Motivos de No Conformidad de Hospital de Día	27
5.- AUDITORÍA DE CONSULTAS EXTERNAS	29
Criterios de Auditoría de Consultas Externas	32
Motivos de No Conformidad de Consultas Externas	33
6.- AUDITORÍA DE PRUEBAS DE ALTA COMPLEJIDAD	35
Criterios de Auditoría Pruebas de Alta Complejidad	36

Motivos de No Conformidad Pruebas de Alta Complejidad	36
7.- AUDITORÍA DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE VALORACION SINGULAR.....	37
7.1.- CARDIOLOGÍA: PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS AMBULATORIOS.....	37
Criterios de Auditoría de Hemodinamia ambulatoria	39
Motivos de No Conformidad de Hemodinamia ambulatoria.....	39
7.2.- LITOTRICIA RENAL EXTRACORPÓREA.....	39
Criterios de Auditoría de Litotricia Renal Extracorpórea	40
Motivos de No Conformidad de Litotricia Renal Extracorpórea	40
7.3.- DIÁLISIS.....	41
Criterios de Auditoría de Diálisis	42
Motivos de No Conformidad de Diálisis.....	42
7.4.- RADIOLOGIA VASCULAR E INTERVENCIONISTA AMBULATORIA.....	43
Criterios de auditoría de Radiología Vascul ar e Intervencionista	43
Motivos de No conformidad de Radiología Vascul ar e Intervencionista	44
7.5.- TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET).....	44
Criterios de Auditoría de Tomografía por Emisión de Positrones.....	44
Motivos de No conformidad de Tomografía por emisión de positrones	45
7.6.- RADIOTERAPIA	45
Criterios de Auditoría de Radioterapia.....	47
Motivos de No conformidad de Radioterapia	48
7.7.- BRAQUITERAPIA.....	48
Criterios de Auditoría de Braquiterapia	49
Motivos de No conformidad de Braquiterapia	49
7.8.- REHABILITACION	49

Criterios de Auditoría de Rehabilitación	50
Motivos de No conformidad de Rehabilitación.....	50
7.9.- REPRODUCCION ASISTIDA.....	50
Criterios de Auditoría Reproducción Humana Asistida	51
Motivos de No Conformidad Reproducción Humana Asistida.....	51
8.- DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS	52
Criterios de Auditoría Dispensación Ambulatoria de Fármacos.....	54
Motivos de No Conformidad Dispensación Ambulatoria de Fármacos	55
9.- INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO	56
Indicadores Propuestos	59

INTRODUCCION

La Auditoría tiene por finalidad el aseguramiento de ocurrencia mínima de riesgo y/o errores en las operaciones ejecutadas en la institución, a través de la evaluación objetiva de evidencias y la generación de valor agregado mediante la emisión de informes que contribuyan a mejorar la gestión administrativa y alcanzar el logro de objetivos institucionales.

Ese proceso constituye una actividad independiente concebida para mejorar las operaciones; mediante la fiscalización periódica y el establecimiento de alineamientos para la aplicación de una metodología que permita el fortalecimiento del control interno institucional, que se observarán en la ejecución de los estudios de auditoría contenidos en el Plan Anual; así como el análisis de la información obtenida, formulación de hallazgos y comunicación de resultados.

Cualquiera de las diferentes modalidades de prestación asistencial, recogidas en la Cartera de Servicios del CENTRO SANITARIO, exige como condición indispensable la existencia del correspondiente registro en la Historia Clínica del paciente.

En este documento se define la metodología de aplicación para la realización de las auditorías intercentros con el objetivo de introducir transparencia y agilidad en el procedimiento, así como incrementar los niveles de fiabilidad de la información que sirve de base para dicha facturación intercentros, formalizándose, de esta manera, el procedimiento que se llevará a cabo en cada ejercicio anual.

En el precio público de cada procedimiento codificado (Alta hospitalaria, Cirugía Mayor Ambulatoria, consultas, hospital de día, etc.) se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro de procesos médico-quirúrgicos, con el alcance que establece 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, salvo los conceptos que hayan sido objeto de valoración singular.

La verificación de la asistencia prestada por hospitales concertados de la Comunidad de Madrid, se hace de acuerdo con los contratos firmados entre los mismos y el SERMAS. Hay dos tipos de contratos:

Contratos por actividad: Se financia la actividad realizada tanto para la población asignada perteneciente a sus zonas básicas de salud como para la población que ha ejercido su derecho a la libre elección, y la procedente de lista de espera quirúrgica y diagnóstica (Fundación Jiménez Díaz y Hospital de la Defensa Gómez Ulla).

Contratos de gestión de servicio público: Se financia una cápita, correspondiente a cada uno de los contratos por la población asignada en tarjeta sanitaria a cada hospital y se incorpora el saldo resultante de la facturación intercentros (Hospital Universitario Infanta Elena (Valdemoro), Hospital Rey Juan Carlos, Hospital de Torrejón y Hospital de Collado Villalba).

Todos estos procedimientos de validación de la información sobre la actividad realmente realizada por los diferentes hospitales deberán ser aplicados tanto en la facturación intercentros entre los hospitales públicos y concertados, como en las liquidaciones anuales de las Empresas concesionarias con financiación hospitalaria capitativa. Su aplicación deberá ser tenida en cuenta tanto por la Subdirección de Análisis de Costes, como por la Subdirección de Sistemas de Información.

La verificación de la actividad asistencial realizada en los hospitales con cualquiera de los tipos de contratos arriba mencionados, así como la actividad realizada por los hospitales públicos para los hospitales concertados o con contrato de gestión de servicio público, por libre elección de los pacientes, requerirá la aplicación de los criterios recogidos en este documento.

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA DE FACTURACIÓN INTERCENTROS

Validar la actividad asistencial intercentros susceptible de ser facturada, tanto la realizada en hospitales del SERMAS a la población asignada a los hospitales concesionados como la asistencia que estos últimos han prestado a la población protegida que no es de su ámbito geográfico.

Objetivos específicos:

- ✓ Verificar la actividad de hospitalización
- ✓ Verificar la actividad ambulatoria: cirugía mayor ambulatoria, consultas externas, urgencias no ingresadas, hospital de día y otros procesos quirúrgicos.
- ✓ Verificar los procedimientos de valoración singular.
- ✓ Verificar la actividad de dispensación ambulatoria de fármacos.

NORMATIVA

ORDEN 370/2013, de 24 de mayo, por la que se regula la Comisión Asesora en Indicadores de Calidad de Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.

ORDEN 317/2013, de 6 de mayo, por la que se establecen los criterios de actuación en materia de inspección sanitaria y se aprueba el Plan Integral de Inspección de Sanidad de la Comunidad de Madrid para el período 2013 a 2015.

Las condiciones económicas contempladas en el pliego de cláusulas administrativas particulares (PCAP) que regula este contrato, reconoce el derecho de la entidad adjudicataria a percibir la retribución correspondiente por la gestión del servicio público sanitario, especificando una prima per cápita (persona/año) relativa a la prestación del servicio público de atención sanitaria especializada a la población protegida del ámbito territorial de la concesión.

El precio relativo a esta prima per cápita se determina mediante la adición de un componente estrictamente capitativo y otra parte correspondiente al saldo positivo o negativo de la facturación intercentros, definida en los documentos contractuales del siguiente modo:

Los servicios y actividades sanitarias realizados por centros de asistencia especializada de titularidad y gestión pública de la Comunidad de Madrid a la población protegida, por las prestaciones objeto del contrato, se facturarán al adjudicatario, y de forma recíproca, el adjudicatario facturará a la Administración los servicios de asistencia especializada prestados a pacientes no incluidos en la población protegida que sean titulares de tarjetas sanitarias de salud emitidas por la Comunidad de Madrid y la actividad realizada a otros ciudadanos con derecho a la asistencia sanitaria bajo cobertura del Sistema Nacional de Salud, según la legislación vigente en cada momento.

El PCAP establece también que la forma de justificación y validación de la facturación intercentros será determinada por la Autoridad Sanitaria. En base a ello, el órgano de contratación aprobó un manual de facturación intercentros para su aplicación homogénea a todos los hospitales gestionados bajo la modalidad de concesión administrativa, que fue presentado durante el ejercicio 2013 a la entidad concesionaria en la Comisión Mixta, órgano de coordinación entre las distintas partes intervinientes prevista en el contrato.

DIAGRAMA DE FLUJO.



CRITERIOS COMUNES PARA TODAS LAS LINEAS DE AUDITORIA

1. Verificar la existencia de un tercero obligado al pago de la asistencia (*ORDEN 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid. Anexo I*):
 - Accidentes o enfermedades cubiertas por diferentes entidades aseguradoras, accidentes de tráfico de vehículos a motor, el seguro escolar, el seguro obligatorio de deportistas federados y profesionales, el seguro de viajeros o el seguro de caza.
 - Accidente de trabajo o enfermedad profesional a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.
 - Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, espectáculos públicos o por cualquier otro supuesto en que, en virtud de norma legal o reglamentaria, deba existir un seguro de responsabilidad frente a terceros por lesiones o enfermedades.
 - Por realización de análisis, pruebas exploratorias y cualquier otro tipo de prestación asistencial a determinados colectivos que venga exigida por norma legal o reglamentaria.
2. Verificar la procedencia de un centro penitenciario.
3. Verificar si la actividad se realiza en el contexto de un ensayo clínico.
4. Todas las prestaciones asistenciales deberán estar recogidas en la Historia Clínica del paciente, a través del correspondiente registro clínico (informe, nota de evolución,...) en el momento de la auditoría.
5. Verificar si se trata de una atención resultante de la asistencia sanitaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ).
6. Verificar, en la auditoría de los hospitales Rey Juan Carlos, Infanta Elena y General de Villalba:

- Si se trata de un paciente derivado por algún centro del grupo IDC (Fundación Jiménez Díaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena y General de Villalba).
- Si el paciente pertenece a la zona básica de alguno de los hospitales gestionados por IDC (Fundación Jiménez Díaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena y General de Villalba).
- Si el paciente ha elegido la Fundación Jiménez Díaz por libre elección.

1.- AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Se considerará asistencia en régimen de hospitalización la que se genere en régimen de internamiento bajo la preceptiva orden de ingreso del facultativo responsable.

La hospitalización en régimen de internamiento comprende la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica o la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento, incluyendo:

- Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos.
- Indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos o intervenciones quirúrgicas que necesite el paciente.
- Medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos.
- Cuidados de enfermería necesarios para la adecuada atención del paciente.
- Implantes y otras ortoprotésis y su oportuna renovación.
- Cuidados intensivos o de reanimación, según proceda.
- Tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el proceso asistencial.
- Tratamientos de rehabilitación, cuando proceda.
- Nutrición parenteral o enteral.
- Alimentación, según la dieta prescrita.
- Servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización.
- Información al alta con instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

El acceso a la asistencia especializada en régimen de hospitalización se realiza por indicación del facultativo especialista o a través de los servicios de urgencia hospitalaria, cuando el paciente necesite previsiblemente cuidados especiales y continuados, no susceptibles de ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio.

La hospitalización requiere el ingreso del paciente en el hospital y la asignación de una cama de hospitalización, de acuerdo con las siguientes definiciones:

Camas de hospitalización:

- Se consideran camas de hospitalización:

- Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales.
- Cunas de área pediátrica.
- Incubadoras fijas.

- No se consideran camas de hospitalización las instaladas en:

- Observación de urgencias.
- Inducción Pre-anestésica.
- Unidad de Recuperación Post-anestésica (U.R.P.A.).
- Gabinetes de exploración.
- Hospital de Día y de noche (estudios del sueño).
- Camas de acompañantes.
- Camas destinadas al personal del centro.
- Puestos de diálisis.
- Camas utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, otras).
- Cunas de recién nacidos normales (área obstétrica).
- Incubadoras portátiles.

Ingresos:

Se considera ingreso hospitalario el que se produce desde el exterior, con orden de ingreso registrada en el Servicio de Admisión y con asignación a una cama de hospitalización, tanto habilitada como supletoria, correspondiente a los servicios clínicos asistenciales.

No se considerarán ingresos:

- Los pacientes atendidos en camas no consideradas como de hospitalización.
- Los traslados entre servicios.
- Las altas administrativas por permisos terapéuticos de fin de semana.

Altas en Hospitalización:

La consideración de alta exige que se haya realizado un ingreso previo del paciente, en una cama de hospitalización.

Criterios de Auditoría de Hospitalización

1. Verificar la existencia y adecuación normativa del informe de alta, incluidos los de exitus.
2. Verificar si se trata de una hospitalización a domicilio.
3. Verificar la existencia de los siguientes motivos de alta: alta voluntaria, abandono del servicio, traslados intercentros.
4. Verificar si se trata de un proceso correspondiente a un paciente trasplantado.
5. Verificar la existencia de valoración clínica durante la hospitalización.
6. Verificar si se trata de un reingreso precoz:

- Reingresos < 72 horas, posteriores al alta hospitalaria.
- Reingresos < 7 días, posteriores al alta hospitalaria.

7. En estancias 0-1:

Las altas con estancia 0 o 1 y permanencia inferior a 14 horas que no se correspondan con exitus, altas voluntarias, abandono inadvertido, traslados intercentros, siempre que exista valoración clínica en planta de hospitalización, se valorarán como urgencias no ingresadas, cirugía Mayor ambulatoria, procedimiento de valoración singular (siempre y cuando se trata de una actuación programada) u hospital de día en su caso, según la información clínica disponible en la historia clínica del paciente (Tanto en evolutivo médico como en las notas de enfermería).

Las altas con estancia 0 o 1 con GRD quirúrgico, se considerarán procesos de CMA o Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias en Quirófano en función del código del procedimiento quirúrgico realizado según lo dispuesto en la normativa vigente. Se exceptuarán aquellos casos en los que la estancia post-operatoria responda a criterios clínicos de ingreso objetivo y verificable en la historia clínica.

Los ingresos programados realizados el día previo a la intervención, con estancia 1, si el alta se produce el día de la intervención es CMA, siempre y cuando la estancia preoperatoria no sea debida a motivos clínicos objetivables.

En ingresos con estancia 0 ó 1, se procederá considerando:

- Verificar la permanencia inferior a las 14 horas, (comprobar las horas entre el ingreso y el alta en registros médicos y/ o de enfermería de la historia clínica)
 - Verificar si el ingreso tiene su origen en una actividad programada y es susceptible de realización en el ámbito ambulatorio.
 - Verificar las causas clínicas, que justifican el ingreso del paciente (previas al tratamiento o por complicaciones del mismo). Registrar las causas en la hoja resumen de la auditoria.
 - Verificar si se trata de un procedimiento realizado en quirófano o en gabinete, sala limpia o consulta.
 - Verificar si se trata de intervenciones quirúrgicas que se han suspendido y el motivo de las suspensiones.
8. Verificar si se trata de un ingreso/reingreso o complicación resultante de la asistencia sanitaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ):
- 12 meses posteriores a la intervención, siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
 - 24 meses en el caso de prótesis de cadera y rodilla, siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
9. Verificar si se trata de un recién nacido sano en cuna obstétrica.
10. Verificar si es un ingreso derivado de:
- Código infarto y el hospital que deriva.
 - Código ictus y el hospital que deriva.
 - Traslado a una UVI neonatal y el hospital que deriva.
 - Traslado a un Hospital de Media Estancia y el hospital que deriva.

- Traslado a una Unidad de Cuidados Paliativos y el hospital que deriva.
 - Traslado a una Unidad de Desintoxicación y el hospital que deriva.
 - Canalización desde otro hospital para un procedimiento diagnóstico o terapéutico y el hospital que deriva.
11. Verificar si es una atención derivada de canalización por insuficiencia de medios.
12. En los ingresos urgentes, verificar que se trata de una urgencia a instancia del paciente y no de un ingreso programado realizado a través de la urgencia.

Motivos de No Conformidad de Hospitalización

Serán relacionadas todas las altas en las que no conste informe definitivo de alta, en el momento de la auditoría, incluido el de los éxitos (no es válido el registro evolutivo).

No se considerarán ingresos:

- Pacientes atendidos en camas no consideradas como de hospitalización.
- Suspensión, sin motivo clínico, del procedimiento previsto que motivó el ingreso.
- Ingreso de paciente trasplantado, cuyo motivo de ingreso sea el propio trasplante o una complicación del mismo.
- Los traslados interservicios del mismo centro hospitalario.
- Ingreso derivado de programas de ordenación sanitaria del SERMAS (código ICTUS, código INFARTO, UVI neonatal). No serán incluidos en el flujo de actividad intercentros, excepto si el paciente ha ejercido la libre elección del hospital al que se deriva.

Serán relacionados los reingresos precoces < 72 horas, posteriores al alta hospitalaria, por el mismo proceso. Comprobar:

- que hay 2 informes de alta
- que no sea un traslado interservicios dentro del hospital
- que no se trate de un paciente trasladado a otro centro para una prueba...etc., y que vuelva de nuevo al hospital.

Reseñar los reingresos precoces < 7 días, posteriores al alta hospitalaria, por el mismo proceso

Comprobar:

- que hay 2 informes de alta
- que no sea un traslado interservicios dentro del hospital
- que no se trate de un paciente trasladado a otro centro para una prueba etc., y que vuelva de nuevo al hospital.

Reingresos, por cualquier proceso, en un período inferior o igual a las 24 horas de los episodios de CMA, cuando la causa del ingreso esté directamente relacionada con el episodio de CMA.

Serán relacionadas todas las altas, cuyo ingreso corresponda al Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ).

Serán descontadas las altas de un reingreso/complicación de asistencia sanitaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidas en el plazo de hasta:

- 12 meses posteriores a la intervención, siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
- 24 meses en el caso de prótesis de cadera y rodilla, siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.

Verificar en la estancia 0 y 1 los supuestos siguientes:

- Los exitus en camas de hospitalización, con valoración clínica.
- Las altas voluntarias, o por abandono inadvertido del servicio (fuga), siempre que exista el correspondiente registro en la Historia Clínica e informe de alta.
- Los traslados intercentros, desde el área de hospitalización, por requerir de prestaciones asistenciales no incluidas en la Cartera de Servicios, siempre y cuando el paciente permanezca ingresado en el hospital al que ha sido enviado.
- Las suspensiones de intervenciones quirúrgicas, por motivos clínicos o de fuerza mayor. Copiar textualmente el motivo de la suspensión.

- Cuando por razones de ordenación sanitaria el SERMAS ponga en marcha determinados programas (como el código ictus, el código infarto, UVI neonatal), que hacen que los pacientes de la capita de las concesionarias sean trasladados a otros hospitales del SERMAS dicha atención no será facturada, salvo que el paciente haya ejercido previamente la libre elección en el hospital al que se deriva.
- Cuando el paciente que ha ejercido la libre elección en un hospital tenga que ser derivado a otro, solo será facturable si el paciente ejerce de nuevo la libre elección y quiera ser derivado a un hospital diferente al suyo de referencia.
- Estancias con permanencia igual o superior a las 14 horas:
 - Que correspondan a Altas con GRD 410 (pacientes que ingresan para quimioterapia), se considerarán como estancia en Hospital de Día Oncohematológico.
 - GRD quirúrgico: se considerará cómo proceso de CMA o Intervención Quirúrgica Ambulatoria en Quirófano en función del código del procedimiento quirúrgico realizado, según lo dispuesto en la normativa vigente.

2.- AUDITORÍA DE CIRUGIA AMBULATORIA (CMA - IQA)

Se consideran procedimientos de cirugía ambulatoria los actos quirúrgicos que requieren la realización de una incisión en la piel o en las mucosas de los pacientes que en el mismo día vienen de su domicilio y vuelven a él, después de un periodo de observación y control.

La cirugía ambulatoria puede ser de dos modalidades:

1. Cirugía Mayor ambulatoria (CMA)
2. Intervención quirúrgica ambulatoria no CMA, realizadas en:
 - Quirófano
 - Consulta

Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

Cirugía mayor ambulatoria (CMA): Es la práctica de procedimientos quirúrgicos de complejidad media que pueden llevarse a cabo con anestesia general, locoregional o local, con o sin sedación, en pacientes ambulantes, que pueden volver a su casa después de un periodo de observación menor de 14 horas. Las intervenciones se realizan en un bloque quirúrgico. No ocupan cama de hospitalización.

Se considerarán CMA exclusivamente los procedimientos que consten como tal en la Orden 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid. BOCM 10 de septiembre de 2013, y en la Tabla de equivalencias procedimientos cirugía ambulatoria y otros, 21 de mayo 2014. DG Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos. Subdirección de Análisis de Costes- **Anexo 1**).

Cirugía Menor Ambulatoria en Quirófano (IQA)

Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja o media complejidad, indistintamente del tipo de anestesia aplicada, que no precisan ingreso, se realizan en quirófano y que no tienen la consideración de CMA. Ver Anexos IA y IB.

Cirugía Menor Ambulatoria en Consulta (IQA)

Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad que se practican con anestesia local o troncular, en pacientes ambulatorios que vuelven a su domicilio tras un mínimo periodo de observación postoperatorio, y pueden ser intervenidos en salas limpias (clase ISO 8) ó en consultas, con la presencia o no de anestesiistas, dependiendo del riesgo de la intervención. No ocupan cama de hospitalización.

El porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos es un indicador de eficiencia de la gestión sanitaria, que evalúa el porcentaje de intervenciones quirúrgicas que son realizadas de forma ambulatoria sin ingreso hospitalario. Por lo que todos aquellos procedimientos susceptibles de realizarse de forma ambulatoria serán facturados como tal.

Criterios de Auditoría de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA - IQA)

1. Verificar la existencia de informe de alta y hoja quirúrgica de asistencia (en CMA y en intervenciones quirúrgicas ambulatorias en quirófano), en la Historia Clínica del paciente.
2. Identificar y reseñar si se trata de un procedimiento quirúrgico, realizado en un quirófano, sin ingreso pre ni postquirúrgico, y cuyo código de procedimiento se corresponde con CMA en la Orden 731/2013 y en la tabla de equivalencias de la Dirección General de Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias de 21 de mayo de 2014.
3. Identificar y reseñar si se trata de un procedimiento quirúrgico, realizado en una sala de curas o consultas realizado, sin ingreso pre ni postquirúrgico.
4. Verificar y reseñar, si alguno de los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria (CMA), se realiza de forma bilateral. (ejemplo: cataratas ambos ojos...etc.).
5. Verificar y reseñar, si se realizan varios procedimientos de CMA distintos en un mismo acto quirúrgico. Se consideran distintos procedimientos los realizados en otra región anatómica, aprovechando la situación anestésica del paciente. No tienen consideración de varios procedimientos, aquellos procedimientos asociados a un procedimiento principal (ejemplo: escisión intraocular, extracción de cristalino, inserción de lente.).

6. Comprobar en las altas en las que se hubiese suspendido el proceso quirúrgico los motivos de la suspensión: motivos organizativos, motivos clínicos o motivos de fuerza mayor.

Motivos de No Conformidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA - IQA)

1. Los procedimientos en los que no conste informe clínico y hoja quirúrgica de asistencia, en la Historia Clínica, en el momento de la auditoría.
2. Los procedimientos de cirugía menor realizados fuera de quirófano, se contabilizarán como intervenciones quirúrgicas ambulatorias (IQACex).
3. No serán considerados procedimientos CMA aquellos cuyos códigos no figuren en la normativa sobre precios públicos.
4. Episodios coincidentes con otra atención en el mismo día y por el mismo proceso: serán detraídas las otras prestaciones.
5. Los episodios en los que no se hubiese iniciado o se hubiese suspendido el proceso quirúrgico.
6. Las altas de CMA por complicaciones derivadas de la asistencia sanitaria de procesos RULEQ o LED, producidas éstas en el plazo de hasta 12 meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), salvo las reintervenciones autorizadas por la CAM.

3.- AUDITORÍA DE URGENCIAS NO INGRESADAS

Se consideran urgencias no ingresadas las asistencias sanitarias que se realizan por el Servicio de Urgencias, de las que conste registro clínico y que no

generan ingreso hospitalario. Según el tipo de asistencia, las urgencias no ingresadas pueden ser:

- **Urgencia general**
- **Urgencia pediátrica**
- **Urgencia gineco-obstétrica**
- **Urgencia traumatológica**

Se consideran urgencias no ingresadas las asistencias sanitarias que se realizan por el servicio de urgencias y que no generan ingreso hospitalario. Se contabilizarán las atendidas en dicho servicio de urgencias y registradas con destino de alta diferente a "hospitalización". Es necesario que conste registro de la asistencia con informe en la historia clínica.

No se considerarán urgencias no ingresadas las atenciones urgentes en consultas externas o en otras dependencias del centro.

La asistencia en Urgencias comprenderá cuantas actuaciones sean precisas practicar dentro del Servicio de Urgencias, a excepción de las pruebas diagnósticas de alta complejidad que pueda requerir el paciente de las que se encuentran incluidas en el catálogo de pruebas diagnósticas de alta complejidad en el apartado de consultas externas y que son recogidas en SICYT.

Criterios de Auditoría de Urgencias No Ingresadas

1. Verificar la existencia de informe de urgencias.
2. Verificar que la asistencia urgente ha sido realizada en el servicio de urgencias y no en otras dependencias del centro.
3. Ingresos urgentes de duración menor de 14 horas, que no se correspondan con exitus, altas voluntarias, abandono inadvertido del servicio o traslado a otro centro y que tras el análisis de la historia clínica no se corresponda con estancia en hospital de día.
4. Verificar si se trata de una urgencia derivada desde otro hospital (indicar en ese caso el hospital de origen).
5. Verificar si se trata de una atención programada en el servicio de urgencias derivada de una atención previa.

6. En caso de pacientes trasladados por el SUMMA a otros hospitales del SERMAS, verificar si se debe a activación de código ictus o código infarto.
7. Verificar si existe alta voluntaria o alta por fuga, especificando si ha habido contacto y valoración previa por el facultativo de urgencias.
8. Verificar si se trata de una urgencia resultante de la asistencia sanitaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidas en el plazo de hasta 12 meses posteriores a la intervención (24 meses en el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.

Motivos de No Conformidad de Urgencias No Ingresadas

1. Las urgencias en las no conste informe clínico de asistencia en la Historia Clínica. No se considera como tal la mera existencia del registro de triage, sin informe de clínico de urgencias (incluidas las altas voluntarias o altas por fuga).
2. Las atenciones programadas en el servicio de urgencias derivadas de una atención previa (citas en urgencias...etc.).
3. La mera elaboración de informes médicos de técnicas diagnósticas o terapéuticas.
4. Las urgencias en las que el paciente queda ingresado en el hospital.
5. No se consideran urgencias no ingresadas las prestaciones asistenciales no programadas que se dispensen por el Servicio de Urgencias del Hospital a personas ingresadas en el mismo.
6. Se detraerán las asistencias ambulatorias urgentes realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario.
7. Las urgencias no ingresadas por complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos derivados del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ), producidas en el plazo de hasta 12 meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.

4.- AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

Se entiende por "Hospitalización de Día" la asistencia en el hospital durante unas horas (menos de 14 horas), ya sea para diagnósticos, y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital

Tipos de Hospitales de Día:

- Hospital de Día Oncohematológico.
- Hospital de Día Médico/Pediátrico.
- Hospital de Día Infeccioso/SIDA.
- Hospital de Día Psiquiátrico.
- Hospital de Día Geriátrico.

(Documento: HOSPITAL DE DÍA - Septiembre 2011- Actualización: Año 2014- Servicio Madrileño de Salud). (Ver **Anexo II: HOSPITALES DE DÍA**)

NOTA: La administración de medicamentos para enfermedades raras de alto impacto económico se extraerá de los sistemas de información de Hospital de día por tratarse de procedimientos con tarifa específica.

Criterios de Auditoría de Hospital de Día

1. Verificar la existencia de informe y registro, en la Historia Clínica del paciente.
2. Verificar si se trata de tratamientos de Hospital de Día realizados en otras dependencias del centro sanitario no registradas en puestos de hospitalización de día, o en las unidades especializadas.
3. Verificar la existencia de más de un procedimiento realizado **en el mismo paciente, el mismo día** y en el mismo tipo de hospital de día.
4. Verificar si la actividad realizada en el Hospital de Día, se trata de un cuidado de enfermería ambulatorio, (heparinización de catéter, curas,...).
5. Verificar en Hospital de Día Oncohematológico si se realiza alguno de estos tratamientos:
 - Infusión de antineoplásicos (ATC L01) o inmunoterapia (ATC L03) en pacientes con diagnóstico de neoplasia.
 - Quimioterapia intratecal

- Tratamientos subcutáneos o intramusculares de fármacos antineoplásicos, que se incluirán, únicamente, cuando su inyección requiera una especial supervisión y control.
 - Instilación intravesical de agentes antineoplásicos (BCG, mitomicina...), para el tratamiento del cáncer vesical.
6. Verificar en Hospital de Día Médico o Pediátrico si se realiza alguno de estos tratamientos:
- Tratamiento farmacológico parenteral diferente a la vía subcutánea e intramuscular (excepto citostáticos en pacientes diagnosticados de neoplasia, antiinfecciosos y tranquilizantes) como por ejemplo: infusión IV de hierro, infusión IV de esteroides, tratamientos biológicos con anti-TNF, etc.
 - Los tratamientos subcutáneos o intramusculares se incluirán, únicamente, cuando su inyección requiera una especial supervisión y control, como por ejemplo los extractos desensibilizantes en el caso de las alergias, perfusiones subcutáneas...etc.
 - Realización de un procedimiento terapéutico:
 - Transfusión (sangre completa, concentrado de hematíes, etc.)
 - Infusión de factores de coagulación (ATC B02BD) en pacientes diagnosticados de hemofilia.
 - Plasmaféresis.
 - Sangrías en pacientes diagnosticados de hemocromatosis, poliglobulia etc.
 - Paracentesis terapéutica con/sin infusión de albúmina.
 - Toracocentesis terapéutica.
 - Observación clínica tras la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica que así lo requiera, ó realización de técnica diagnóstica:
 - Colonoscopia con sedación y/o toma de muestra para biopsia.
 - Esofagogastroscofia con sedación y/o toma de muestra para biopsia.
 - Ligadura ó cauterización de varices esofágicas por esofagogastroscofia.
 - Broncoscopia con sedación y/o toma de muestra para biopsia.
 - Punción lumbar

- Paracentesis diagnóstica
 - Toracocentesis diagnóstica
 - Biopsias cerradas endoscópicas con estancias \geq 2h
 - Test de provocación para diagnóstico de alergias a medicamentos, alimentos.
 - Tratamientos de la Unidad de Dolor que impliquen la utilización de fármacos: bloqueos nerviosos (plexos, radiculares...).
7. Verificar en Hospital de Día Infecciosos/Sida si se realiza alguno de estos tratamientos:
- Tratamiento farmacológico de esta índole, como por ejemplo: tratamiento intravenoso de antibioticoterapia, antifúngico, antiparasitario y antiviral.
 - Permanencia en régimen ambulatorio de un paciente para recibir medicación respiratoria administrada mediante nebulizador ultrasónico, exclusivamente para profilaxis y tratamiento de infección por *Pneumocystis carinii* con pentamidina.
8. Verificar Hospital de Día Psiquiátrico, si se realiza alguno de estos tratamientos:
- Atención Grupal:
 - Psicoterapia grupal para pacientes
 - Psicoterapia grupal para familiares
 - Terapia ocupacional
 - Atención Individual:
 - Psicoterapia individual reglada para pacientes
 - Psicoterapia de apoyo para familiares
 - Administración de tratamientos farmacológicos.
9. Verificar en Hospital de Día Geriátrico si se realiza alguno de estos terapias:
- Terapia ocupacional
 - Fisioterapia y movilización
 - Actividades grupales de estimulación

Motivos de No Conformidad de Hospital de Día

1. Se considerará una única asistencia diaria en el mismo paciente en el mismo tipo de Hospital de Día.
2. No se consideran estancias en Hospital de Día, los tratamientos en los que no conste registro de asistencia con informe en la historia clínica del paciente y el tratamiento aplicado.
3. No se consideran estancias en Hospital de Día aquéllas que no figuren en el Documento HOSPITALES DE DÍA del SERMAS, actualización 2014.
4. No se consideran estancias en Hospital de Día, los tratamientos realizados en otras dependencias del centro sanitario no registradas en puestos de hospitalización de día, o en las unidades especializadas.
5. No se consideran estancias en Hospital de Día, las meras extracciones de sangre para analítica.
6. No se consideran estancias en Hospital de Día, los meros cuidados de enfermería ambulatorios: curas, heparinización de catéter, retirada de port-a-cath, etc.
7. No se consideran actividades de Hospital de Día los tratamientos farmacológicos por vía subcutánea e intramuscular.
Excepción: citostáticos en pacientes diagnosticados de neoplasia, antiinfecciosos, psicofármacos y aquellos tratamientos subcutáneos o intramusculares de fármacos cuando su inyección requiera una especial supervisión y control
8. No se consideran estancias en Hospital de Día, los tratamientos que se apliquen a pacientes incluidos en ensayos clínicos, siempre que estén financiados por el promotor.
9. No se consideran estancias en Hospital de Día, los tratamientos derivados de la asistencia sanitaria de procesos RULEQ o LED,
10. No se consideran estancias en Hospital de Día Oncohematológico:
 - La infusión de otros fármacos que no sean para el tratamiento del cáncer (ej. antibioterapia, inmunoglobulinas, etc...), que serán consideradas estancias en Hospital de Día Médico/ Infeccioso.
 - La realización de transfusiones, que serán consideradas estancias en Hospital de Día Médico.

11. No se consideran actividades de Hospital de Día Médico o Pediátrico:

- Los test de la Lactosa y fructosa.
- Las actividades realizadas en gabinetes diagnósticos o terapéuticos, que no requieran observación del paciente.
- La realización de Biopsia de estructura linfática (CIE9: 40.11), que tendrá la consideración de Intervención Quirúrgica Ambulatoria (IQA).

12. En el caso de ingreso por una complicación de un hospital de día, no se considerará en el Hospital de Día.

5.- AUDITORÍA DE CONSULTAS EXTERNAS

Se consideran consultas externas los actos médicos ambulatorios para el diagnóstico, tratamiento asistencial médico, quirúrgico, pediátrico y psiquiátrico recogidos en la siguiente tabla:

SERVICIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, PEDIÁTRICOS Y PSIQUIÁTRICOS			
MÉDICO		QUIRÚRGICO	
Código	Servicio Clínico	Código	Servicio Clínico
ALG	Alergología	ACV	Angiología y Cirugía Vasculor
CAR	Cardiología	ANR	Anestesia y Reanimación
DER	Dermatología	CCA	Cirugía Cardíaca
DIG	Aparato Digestivo	CGD	Cirugía General y Digestivo
END	Endocrinología y Nutrición	CMF*	Cirugía Maxilofacial
GEN	Genética	CPE	Cirugía Pediátrica
GRT	Geriatría	CPL	Cirugía Plástica y Reparadora
HEM	Hematología Clínica	CTO	Cirugía Torácica
INM	Inmunología Clínica	GIN	Ginecología
MIR	Medicina Interna	NRC	Neurocirugía
NEF	Nefrología	OBS	Obstetricia
NML	Neumología	OBG	Obstetricia y Ginecología
NRL	Neurología	OFT	Oftalmología
ONC	Oncología Médica	ORL	Otorrinolaringología
ONR	Oncología Radioterápica	TRA	Traumatología y Cirugía Ortopédica
REH	Rehabilitación	URO	Urología
REJ	Reumatología	*: INCLUYE ESTOMATOLOGÍA.	
PED	Pediatría	NOTA: INFECCIOSAS SE INCLUYE EN MEDICINA INTERNA Y NEUROFISIOLOGÍA EN NEUROLOGÍA	
PSQ	Psiquiatría		

Tabla 1.- Consultas Externas

Se diferenciarán los siguientes tipos de consulta:

Consultas médicas

- Consulta primera
- Consulta sucesiva
- Consulta de alta resolución

Consultas pediátricas

- Consulta primera
- Consulta sucesiva
- Consulta de alta resolución

Consultas psiquiátricas

- Consulta primera
- Consulta sucesiva
- Consulta de alta resolución

Consultas quirúrgicas

- Consulta primera
- Consulta sucesiva
- Consulta de alta resolución

Se entenderá por:

Primera consulta.- Visita inicial consistente en el acto médico realizado de forma ambulatoria, en un local de consultas externas del hospital o CEP, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base en la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias precisas. También tendrán consideración de consultas primeras todas aquellas solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria sobre pacientes dados de alta por el médico especialista (pacientes con diagnóstico y, en su caso, con tratamiento ya instaurado), acreditado mediante informe escrito o las derivadas desde el Servicio de Urgencia.

- Verificar que no ha tenido una consulta anterior, y que no hay una indicación previa de revisión del centro hospitalario.

Consulta sucesiva:

Aquellas que deriven de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior.

Por tanto, tendrán consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas.

El paso a una consulta monográfica dentro de la misma especialidad tiene consideración de consulta sucesiva.

Están incluidas en esta categoría, y siempre y cuando se encuentren recogidas de forma expresa:

Consulta de telemedicina. Aquella en la que se evalúa o asiste a un paciente a través de un canal de comunicación (videoconferencia, portal del paciente, etc.) Deberá existir un registro de la asistencia sanitaria en la historia clínica del paciente.

Consulta con familiar/cuidador: Cuando por motivos clínicos el paciente no pueda acudir a una consulta, pero se requiera por parte del médico o del cuidador nuevas indicaciones médicas.

- Verificar que se derive de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior. Por tanto, tendrán consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas. Se considera consulta sucesiva el paso a una consulta monográfica dentro de la misma especialidad.

Consulta de alta resolución:

Se consideran consultas de alta resolución aquellas consultas primeras, en las que se han realizado al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y la consulta de resultados en el mismo día, recibiendo en consecuencia un informe médico con el diagnóstico y la orientación terapéutica.

Deberán ser atendidas en agendas reconocidas como circuitos de alta resolución. Teniéndose en cuenta exclusivamente las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.

- Verificar que al paciente se le realizan las exploraciones complementarias solicitadas en el mismo día, recibiendo en consecuencia un diagnóstico y una orientación terapéutica (se incluye el alta). Se considerarán consultas de alta resolución las primeras consultas realizadas en agendas acreditadas como circuitos de alta resolución. (**Anexo V.-** Listado de consultas autorizadas).

En el caso de las consultas de preanestesia, sólo se considerarán de alta resolución cuando haya registro documental en la Historia Clínica (apartado de Formularios o en Actos Clínicos) y en los ficheros de consultas externas del Centro Sanitario de que se han realizado en el mismo día las pruebas complementarias necesarias, (Radiología, Laboratorio, ECG...).

Crterios de Auditoría de Consultas Externas

1. Se relacionarán exclusivamente las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.
2. Verificar el informe/registro clínico de la consulta (notas clínicas).
3. Verificar el servicio que realiza la consulta.
4. Verificar si se trata de una primera consulta, consulta de alta resolución o consulta sucesiva (*ACUERDO de 12 de junio de 2014, del Consejo de Gobierno, por el que se actualiza el Catálogo de Servicios y Actividades de Naturaleza Sanitaria susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos en el ámbito de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. Núm. 162 (Ver Anexo III).*)
5. Verificar si se trata de una consulta derivada de alta de hospitalización en el mismo servicio de atención especializada.
6. Verificar si se trata de una consulta derivada de otra consulta del mismo servicio de atención especializada, por el mismo proceso asistencial y en el mismo hospital.

7. Verificar si se trata de una consulta derivada desde otro hospital (indicar en ese caso el hospital de origen).
8. Verificar que se trata de una consulta de telemedicina, incluida dentro de circuitos definidos y aprobados.
9. Verificar la presencia del paciente en la consulta.
10. Verificar si se trata de consultas de Medicina Preventiva.
11. Verificar si el origen es un procedimiento incluido en RULEQ o LED.

Motivos de No Conformidad de Consultas Externas

1. Se contabilizarán exclusivamente las consultas efectivamente realizadas y no las citadas, enumeradas en la tabla 1.
2. Las consultas en las que no conste registro clínico de asistencia en la Historia Clínica.
3. Las consultas en las que no conste fecha de realización.
4. Consulta realizada por un servicio no incluido entre los servicios clínicos enumerados anteriormente.
5. No se consideran primeras consultas las indicadas para seguimiento tras el alta hospitalaria. Se considerarán, en este caso, como consultas sucesivas.
6. Las consultas originadas como consecuencia de asistencia sanitaria complementaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ).
7. Las consultas realizadas por personal de enfermería.
8. Las consultas realizadas a pacientes ingresados o urgentes por peticiones interservicios, aunque se realicen en locales habituales de consulta. Si la consulta coincide con la fecha de ingreso y/o alta del paciente: verificar que el paciente no está ingresado, comprobando hora de ingreso o alta en registros médicos y/ o de enfermería de la historia clínica.
9. La mera elaboración de informes médicos de técnicas diagnósticas o terapéuticas por los servicios centrales.

10. La mera extracción de muestras.
11. Los meros actos de cumplimentación de volantes de peticiones o los actos sin presencia del paciente, de entrega de recetas y/o consentimientos informados.
12. La mera realización de informes y envío de resultados por correo o notificación de resultados por teléfono.
13. Las consultas de Medicina Preventiva.

6.- AUDITORÍA DE PRUEBAS DE ALTA COMPLEJIDAD

Las consultas primeras y sucesivas y las urgencias no ingresadas pueden generar la solicitud de pruebas diagnósticas complementarias. Estas pruebas se pueden categorizar en varios niveles:

- **Pruebas de rutina:** analíticas, citología básica, radiología simple, ECG, ecografía, graduación óptica, fondo de ojo,...
- **Pruebas de complejidad intermedia:** radiología digestiva/ genitourinaria, mamografía, ecografía, doppler, TAC sin contraste, Holger, ergometría, ecocardiografía, EEG, EMG, potenciales evocados, estudios hematológicos, pruebas alérgicas, endoscopias, láser, audiometrías, nistagmografía, densitometría, campimetrías, pruebas de laboratorio,....
- **Pruebas de alta complejidad:** Recogidas en la *Orden 731/2013, de 6 de septiembre de la Consejería de Sanidad* por la que se fijan los precios públicos. La relación de pruebas incluidas es la siguiente:
 - Gammagrafía simple.
 - Gammagrafía de alta resolución.
 - Gammagrafía suprarrenal.
 - Resonancia con o sin contraste.
 - Estudios funcionales cerebrales con RM.
 - Plus de anestesia.
 - TAC con contraste y/o anestesia.
 - Cariotipo de líquido amniótico/ tejidos.
 - Cariotipo en sangre periférica/médula ósea y funiculocentesis.
 - Polisomnografía.
 - Ecoendoscopia.
 - Endoscopia intervencionista.

Estas pruebas diagnósticas de alta complejidad se auditarán independientemente de la asistencia en consultas o en urgencias.

Criterios de Auditoría Pruebas de Alta Complejidad

1. Verificar que la prueba ha sido efectivamente realizada y no únicamente citada.
2. Verificar la prescripción de la prueba en una consulta previa o en la urgencia.
3. Verificar la existencia de informe en la Historia Clínica.
4. Verificar que la prueba no ha sido solicitada como consecuencia de asistencia sanitaria complementaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ).
5. Verificar que el paciente no está ingresado en el momento de realizar la prueba.
6. Verificar en la Polisomnografía que es un estudio nocturno, realizado en un laboratorio de sueño, con vigilancia permanente, durante un tiempo variable, normalmente de 8 horas, se realiza un Electroencefalograma continuo y un posterior análisis del registro.

Motivos de No Conformidad Pruebas de Alta Complejidad

1. Pruebas no realizadas o sin informe en la historia clínica.
2. Pruebas no solicitadas en una consulta o urgencia previa.
3. Pruebas solicitadas en el contexto de la asistencia sanitaria complementaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ).
4. Pruebas realizadas en pacientes ingresados.
5. En los estudios de sueño:
 - a. No se consideran los estudios de sueño en el domicilio del paciente como Polisomnografía.
 - b. No se consideran estudios de sueño: Adaptación de CPAP (forma parte del estudio del sueño, que si es positivo incluye la adaptación del CPAP, como finalización del proceso o como parte del proceso de terapia respiratoria)

- c. No se consideran estudios de sueño: Si el paciente no consigue dormir.
- d. Sólo se facturan los procedimientos con informe de resultados.

7.- AUDITORÍA DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE VALORACION SINGULAR

Se entenderá por Técnicas y Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de Valoración Singular aquellos procedimientos y actividades que se realicen de forma ambulatoria tanto para pacientes del propio centro, como para pacientes canalizados o derivados por otros centros y que por su singularidad, razones estratégicas o su alto consumo de recursos sanitarios, serán susceptibles de un tratamiento independiente a la atención básica.

7.1.- CARDIOLOGÍA: PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS AMBULATORIOS

a. Procedimientos Diagnósticos

Estudios realizados con fines diagnósticos en la sala de hemodinámica. Se incluyen estudios valvulares, coronariografías, arteriografías coronarias y biopsias cardíacas.

Se considerará que la atención a un paciente ha de ser registrada como un procedimiento diagnóstico, cuando precise de alguna de las siguientes pruebas diagnósticas

PRESTACIONES DE PROCEDIMIENTOS HEMODINAMICOS DIAGNÓSTICOS
Descripción
Cateterismo cardiaco del lado derecho del corazón
Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón
Cateterismo combinado de los lados derecho e izquierdo del corazón
Biopsia de corazón
Estudio electrofisiológico invasivo por catéter
Mapeo cardíaco
Angiocardiografía, no especificada de otra manera
Angiocardiografía de las venas cavas
Angiocardiografía de estructuras cardiacas derechas
Angiocardiografía de estructuras cardiacas izquierdas
Angiocardiografía combinada de las cavidades cardiacas derechas e izquierdas
Arteriografía coronaria con empleo de un solo catéter
Arteriografía coronaria con empleo de dos catéteres
Otras arteriografías coronarias y las no especificadas
Radiografía cardiaca de contraste negativo
Monitorización cardiaca ambulatoria +Revisión o reubicación de bolsa de dispositivo cardiaco

Tabla 2.- Prestaciones de Procedimientos Hemodinámicos Diagnósticos

b. Procedimientos Terapéuticos

Estudios realizados en la sala de hemodinámica con actuación terapéutica. Se incluyen las angioplastias, valvuloplastias, aterectomias y actuaciones en malformaciones congénitas.

Se considerará que la atención a un paciente ha de ser registrada como un procedimiento terapéutico, cuando precise de alguna de las pruebas terapéuticas siguientes:

PRESTACIONES DE PROCEDIMIENTOS HEMODINAMICOS TERAPEUTICOS
Descripción
Inserción de stent(s) no liberador de fármacos en arteria coronaria+Inserción de cuatro o más stents vasculares
Inserción de stent(s) no liberador de fármacos en arteria coronaria +Inserción de dos stents vasculares
Inserción de stent(s) no liberador de fármacos en arteria coronaria +Inserción de tres stents vasculares
Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) +Procedimiento sobre un solo vaso
Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) +Procedimiento sobre dos vasos
Escisión o destrucción de otra lesión o tejido del corazón, acceso endovascular
Aterectomía coronaria transluminal
Colocación de un stend farmacactivo.

Tabla 3.- Prestaciones de procedimientos Hemodinámicos Terapéuticos

En esta relación se incluyen procedimientos realizados a pacientes ingresados en otros centros. Por lo que no serían facturables al estar el coste incluido en el GRD.

Criterios de Auditoría de Hemodinamia ambulatoria

1. Verificar que existe informe clínico del procedimiento efectuado en el momento de la auditoría.
2. Verificar que el procedimiento se realiza a un paciente ambulante.
3. Verificar que el procedimiento declarado está incluido en los códigos de procedimientos definidos en las tablas de procedimientos de valoración singular.
4. Identificar si la atención declarada se corresponde con un código infarto e identificar el hospital de origen.
5. Verificar que el procedimiento se ha indicado en una hospitalización, consulta o urgencia previa a la misma.

Motivos de No Conformidad de Hemodinamia ambulatoria

1. No existe registro clínico del procedimiento declarado.
2. El procedimiento se realiza a un paciente ingresado o que ingresa tras la prueba. Se detrae de la facturación la prueba siempre que la hospitalización esté facturada.
3. El código de procedimiento no está incluido entre los códigos que definen la prestación.
4. El procedimiento no se ha realizado.
5. No se puede declarar el mismo día para el mismo paciente y el mismo proceso un procedimiento diagnóstico y un procedimiento terapéutico.
6. No se valorará el mismo día, para el mismo proceso y el mismo paciente una procedimiento de valoración singular y otro tipo de atención.
7. No existe registro clínico de indicación del procedimiento en una consulta, urgencia u hospitalización de fecha anterior su realización.

7.2.- LITOTRICIA RENAL EXTRACORPÓREA

Tratamiento completo por Litofragmentación renal mediante la emisión de ondas de choque (LEOC), realizado de forma ambulatoria.

Se considerará que la atención a un paciente ha de ser registrada como una litotricia renal extracorpórea, cuando precise de alguna de los siguientes procedimientos:

PRESTACIONES DE LITOTRIZIA RENAL EXTRACORPÓREA
Descripción
LITOTRIZIA
LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE SIMPLE
LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA CON SEDACIÓN O ASOCIADA A PROCEDIMIENTO INSTRUMENTAL

Tabla 4.- Prestaciones de Litotricia Renal Extracorpórea

Crterios de Auditoría de Litotricia Renal Extracorpórea

1. Verificar que existe informe clínico del procedimiento efectuado en el momento de la auditoria.
2. Verificar que el procedimiento se realiza a un paciente ambulante.
8. Verificar que el procedimiento declarado está incluido en los códigos de procedimientos definidos en las tablas de procedimientos de valoración singular.
3. Verificar que el procedimiento se ha indicado en una hospitalización, consulta o urgencia previa a la misma.

Motivos de No Conformidad de Litotricia Renal Extracorpórea

1. No existe registro clínico del procedimiento declarado.
2. El procedimiento se realiza a un paciente ingresado o que ingresa tras la prueba. Se detrae de la facturación la prueba siempre que la hospitalización esté facturada
3. El código de procedimiento no está incluido entre los códigos que definen la prestación.
4. El procedimiento no se ha realizado.
5. No se puede declarar el mismo día para el mismo paciente y el mismo proceso un procedimiento diagnóstico y un procedimiento terapéutico.
6. No se valorará el mismo día, para el mismo proceso y el mismo paciente una procedimiento de valoración singular y otro tipo de atención.

7. No existe registro clínico de indicación del procedimiento en una consulta, urgencia u hospitalización de fecha anterior su realización.

7.3.- DIÁLISIS

Pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de diálisis, excluyendo aquellos con insuficiencia renal aguda, hospitalizados por este motivo. Incluye el tratamiento con eritropoyetina.

A efectos de determinar la actividad realizada, se tendrá en cuenta:

- **Sesiones de Hemodiálisis en el hospital.** Son las sesiones generadas por los pacientes en programa de hemodiálisis crónica, realizados en el propio hospital, excluyendo las sesiones de enfermos agudos. Se considerará que el "paciente medio" recibe a lo largo del año 156 sesiones ambulatorias de hemodiálisis.
- **Sesiones de Hemodiálisis en Centro concertado.** Son las sesiones generadas por los pacientes en programa de hemodiálisis, realizadas en centros de diálisis fuera del propio hospital. Se considerará que el "paciente medio" recibe a lo largo del año 156 sesiones ambulatorias de hemodiálisis.
- **Sesiones de hemodiálisis domiciliaria.** Son las sesiones generadas por los pacientes en programa de hemodiálisis, realizadas en el propio domicilio del paciente fuera del propio hospital. Se considerará que el "paciente medio" recibe a lo largo del año 156 sesiones ambulatorias de hemodiálisis.
- **Sesiones de diálisis peritoneal.** Las sesiones de tratamiento podrán ser de hemodiálisis o diálisis peritoneal. Se considerará que el "paciente medio" recibe a lo largo del año 360 sesiones ambulatorias.

Prestaciones de Diálisis ambulatorias del Catálogo Normalizado de Prestaciones del SERMAS:

PRESTACIONES DE DIÁLISIS
Descripción
C.A.P.D.
DIALISIS PERITONEAL C/CICLADORA
DIALISIS PERITONEAL C/CICLADORA BAJO VOL<15
HEMODIÁLISIS CONTINUA
HEMODIÁLISIS DE CADENAS LIGERAS
DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE
HEMODIÁLISIS CONVENCIONAL (HOSPITAL)
HEMODIÁLISIS CONVENCIONAL (DOMICILIO)
HEMODIÁLISIS CONVENCIONAL (CENTRO CONCERTADO)
HEMODIÁLISIS DE ALTO FLUJO (HOSPITAL)
HEMODIÁLISIS DE ALTO FLUJO (DOMICILIO)
HEMODIÁLISIS DE ALTO FLUJO (CENTRO CONCERTADO)
HEMODIAFILTRACIÓN EN LÍNEA (HDF-OL) (HOSPITAL)

Tabla 5.- Prestaciones de Diálisis

Crterios de Auditoría de Diálisis.

1. Verificar que existe informe clínico del procedimiento efectuado en el momento de la auditoría.
2. Verificar que el procedimiento se realiza a un paciente ambulante.
3. Verificar que el procedimiento declarado está incluido en los códigos de procedimientos definidos en las tablas de procedimientos de valoración singular.
4. Verificar que el procedimiento se ha indicado en una hospitalización, consulta o urgencia previa a la misma.
5. Verificar la existencia de informe clínico actualizado, el número de sesiones anuales, los períodos de ingreso y el tipo de diálisis realizado.

Motivos de No Conformidad de Diálisis

1. No existe registro clínico del procedimiento declarado.
2. El procedimiento se realiza a un paciente ingresado o que ingresa tras la prueba (Diálisis: detraer sesiones correspondientes a períodos de ingreso).
3. El código de procedimiento no está incluido entre los códigos que definen la prestación.
4. El procedimiento no se ha realizado.

5. No se puede declarar el mismo día para el mismo paciente y el mismo proceso un procedimiento diagnóstico y un procedimiento terapéutico.
6. No se valorará el mismo día, para el mismo proceso y el mismo paciente una procedimiento de valoración singular y otro tipo de atención.
7. No existe registro clínico de indicación del procedimiento en una consulta, urgencia u hospitalización de fecha anterior su realización.

7.4.- RADIOLOGIA VASCULAR E INTERVENCIONISTA AMBULATORIA

• Procedimientos Diagnósticos

Procedimientos vasculares y neurovasculares realizados en una sala de Radiología Vascular de carácter diagnóstico, que conllevan intervenciones mínimamente invasivas.

Se considerará que la atención a un paciente ha de ser registrada como un procedimiento diagnóstico, cuando precise de alguno de los procedimientos, recogidos en el Catálogo de la Sociedad Española de Radiología Médica (**Ver Anexo IV**).

Procedimientos Terapéuticos

Procedimientos vasculares y neurovasculares realizados en una sala de Radiología Vascular de carácter terapéutico, que conllevan actuaciones mínimamente invasivas.

Se considerará que la atención a un paciente ha de ser registrada como un procedimiento terapéutico, cuando precise de alguno de los procedimientos, recogidos en el Catálogo de la Sociedad Española de Radiología Médica (**Ver Anexo IV**).

Criterios de auditoría de Radiología Vascular e Intervencionista

1. Verificar que existe informe clínico del procedimiento efectuado en el momento de la auditoría.
2. Verificar que el procedimiento se realiza a un paciente ambulante.
3. Comprobar flujo intercentros de los hospitales IDC. Reseñarlo y reseñar hospital de origen.

4. Verificar que la prueba se ha indicado en un ingreso hospitalario, consulta o urgencia previa a la misma.

Motivos de No conformidad de Radiología Vasculare e Intervencionista

1. No existe registro clínico del procedimiento declarado.
2. El procedimiento se realiza a un paciente ingresado o que ingresa tras la prueba.
3. El código de procedimiento no está incluido entre los códigos que definen la prestación.
4. El procedimiento no se ha realizado.
5. No existe registro clínico de indicación de la prueba en una consulta, urgencia u hospitalización de fecha anterior a la realización de la misma.

7.5.- TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)

- PET CRANEAL
- PET CORPORAL

Criterios de Auditoría de Tomografía por Emisión de Positrones

1. Verificar que existe informe clínico del procedimiento efectuado en el momento de la auditoría.
2. Verificar que el procedimiento se realiza a un paciente ambulante.
3. Comprobar flujo intercentros de los hospitales IDC. Reseñarlo y reseñar hospital de origen.
4. Verificar que la prueba se ha indicado en un ingreso hospitalario, consulta o urgencia previa a la misma.

Motivos de No conformidad de Tomografía por emisión de positrones

1. No existe registro clínico del procedimiento declarado.
2. El procedimiento se realiza a un paciente ingresado o que ingresa tras la prueba.
3. El código de procedimiento no está incluido entre los códigos que definen la prestación.
4. El procedimiento no se ha realizado.
5. No existe registro clínico de indicación de la prueba en una consulta, urgencia u hospitalización de fecha anterior a la realización de la misma.

7.6.- RADIOTERAPIA

Los tratamientos con radiaciones ionizadas han sido catalogados en 5 niveles de complejidad:

- RADIOTERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL I
- RADIOTERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL II
- RADIOTERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL III
- RADIOTERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL IV
- RADIOTERAPIA COMPLEJA Y TÉCNICAS ESPECIALES NIVEL V

Las condiciones de asignación a cada categoría se recogen a continuación:

RADIOTERAPIA	Radioterapia paliativa sencilla
--------------	---------------------------------

COMPLEJIDAD NIVEL I	Radioterapia de muestras biológicas y hemoderivados
	Dosis menor o igual 30 Gy
	Duración del tratamiento, menor o igual a 10 días
RADIOTERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL II	Radioterapia paliativa compleja.
	Dosis mayor a 30 y menor o igual a 40 Gy
	Duración del tratamiento, mayor de 10 días, menor o igual a 20 días
	Radioterapia conformada neoadyuvante
	Radioterapia conformada adyuvante
RADIOTERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL III	Radioterapia conformada hasta 50 Gy
	Radioterapia radical con electrones en procesos superficiales o de profundidad media
	Dosis mayor de 40 Gy, incluido boost si precisa
	Fraccionamiento convencional.
	Incluye tratamiento con Rx, electrones y mixto, cualesquiera que sean las energías
RADIOTERAPIA	Duración del tratamiento necesaria para administrar la dosis prescrita. Fraccionamiento 5 días/ semana
	Radioterapia conformada radical
	Radioterapia conformada hiperfraccionada
	Sin límite de dosis. Será determinado en cada caso
	Duración del tratamiento, cualquiera que sea el número de sesiones
RADIOTERAPIA	Radioterapia conformada radical

COMPLEJIDAD NIVEL IV	Radioterapia conformada hiperfraccionada
	Sin límite de dosis. Será determinado en cada caso
	Duración del tratamiento, cualquiera que sea el número de sesiones
RADIOTERAPIA COMPLEJA Y TÉCNICAS ESPECIALES NIVEL V	Radioterapia con intensidad modulada de dosis (IMRT)
	Radioterapia Estereotáxica cerebral tumoral (radiocirugía)
	Radioterapia Estereotáxica cerebral vascular (radiocirugía)
	Radioterapia Estereotáxica fraccionada craneal/cerebral vascular (radiocirugía)
	Radioterapia Estereotáxica corporal (SBRT)
	Irradiación corporal con fotones
	Irradiación corporal con electrones
	Radioterapia con Gating
	Radioterapia Adaptativa
	Radioterapia en niños

Tabla 6.- Radioterapia

Criterios de Auditoría de Radioterapia

1. Verificar que existe informe clínico de alta en el momento de la auditoria. El informe contendrá fecha de inicio y fecha de finalización del tratamiento, tipo de tratamiento, nivel de complejidad, número de sesiones y dosimetría.
2. Verificar que el tratamiento se aplica a un paciente ambulante.
3. Verificar flujo intercentros de hospitales del grupo IDC y reseñarlo. Reseñar hospital de origen.
4. Si el tratamiento previsto no se completa por causas imputables al estado del paciente u otro motivo, reseñarlo. Reseñar número de sesiones inicialmente previstas y número de sesiones realizadas.

5. Verificar que el tratamiento aplicado se corresponde con el nivel y complejidad declarados.

Motivos de No conformidad de Radioterapia

1. No existe informe clínico de alta en el momento de la auditoria.
2. El tratamiento no se ha iniciado.
3. El tratamiento, en su totalidad, se aplica a paciente ingresado.
4. El nivel y complejidad del tratamiento aplicado no concuerda con el declarado.
Reseñar nivel y complejidad que corresponde.

7.7.- BRAQUITERAPIA

Los tratamientos radioterapéuticos mediante colocación de isótopos reactivos que se clasifican en diferentes grupos y niveles, en función de su complejidad:

- BRAQUITERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL I. El Nivel I se realizará con betaterapia
- BRAQUITERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL II. El Nivel II se realizará con alta o baja tasa de dosis
- BRAQUITERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL III. El nivel III se realiza mediante semillas de baja tasa de dosis

Las **condiciones de asignación a cada categoría son las siguientes:**

Braquiterapia	
BRAQUITERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL I. El Nivel I se realizará con betaterapia	Plesioterapia de piel, conjuntiva y nasofaringe (betaterapia).
BRAQUITERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL II. El Nivel II se realizará con alta o baja tasa de dosis	Braquiterapia radical o sobreimpresión: ginecológica, sistema nervioso, piel, mama, pulmón, esófago, vías biliares, recto, canal anal, pene, uretra, vejiga, próstata, sarcoma de partes blandas.
BRAQUITERAPIA COMPLEJIDAD NIVEL III. El nivel III se realiza mediante semillas de baja tasa de dosis	Cáncer de próstata, con semillas de baja tasa. Braquiterapia de tumores intraoculares

Tabla 7.- Braquiterapia

Criterios de Auditoría de Braquiterapia

1. Verificar que existe informe clínico de alta en el momento de la auditoría. El informe contendrá fecha de inicio y fecha de finalización del tratamiento, tipo de tratamiento, nivel de complejidad, número de sesiones y dosimetría.
2. Verificar que el tratamiento se aplica a un paciente ambulatorio.
3. Verificar flujo intercentros de hospitales del grupo IDC y reseñarlo. Reseñar hospital de origen.
4. Si el tratamiento previsto no se completa por causas imputables al estado del paciente u otro motivo, reseñarlo. Reseñar número de sesiones inicialmente previstas y número de sesiones realizadas.
5. Verificar que el tratamiento aplicado se corresponde con el nivel y complejidad declarados.

Motivos de No conformidad de Braquiterapia

1. No existe informe clínico de alta en el momento de la auditoría.
2. El tratamiento no se ha iniciado.
3. El tratamiento, en su totalidad, se aplica a paciente ingresado.
4. El nivel y complejidad del tratamiento aplicado no concuerda con el declarado. Reseñar nivel y complejidad que corresponde.
5. Ajustar, si procede, nivel y complejidad que corresponde.

7.8.- REHABILITACION

a. Fisioterapia

- Cinesiterapia.

- Hidroterapia.

- Electroterapia.

- b. Terapia ocupacional

- c. Drenaje linfático manual

A efectos de determinar la actividad realizada, se tendrán en cuenta las sesiones realizadas.

Criterios de Auditoría de Rehabilitación

1. Verificar que existe informe clínico de alta en el momento de la auditoría. El informe contendrá fecha de inicio y fecha de finalización del tratamiento, tipo de tratamiento y número de sesiones realizadas.
2. Verificar que el tratamiento se aplica a un paciente ambulante.
3. Verificar flujo intercentros de hospitales del grupo IDC y reseñarlo. Reseñar hospital de origen.
4. Si el tratamiento previsto no se completa por causas imputables al estado del paciente, reseñarlo. Reseñar número de sesiones inicialmente previstas y número de sesiones realizadas.
5. Verificar que el tratamiento ha sido prescrito en un episodio de hospitalización previo al inicio del mismo, en una atención en consulta o en una urgencia no ingresada.

Motivos de No conformidad de Rehabilitación

1. No existe informe clínico de alta en el momento de la auditoría.
2. El tratamiento no se ha realizado.
3. El tratamiento, en su totalidad, se aplica a paciente ingresado.

7.9.- REPRODUCCION ASISTIDA

- **Fecundación in vitro (FIV)**

La FIV consiste en la fecundación extracorpórea de un ovocito previamente extraído por punción ovárica ecoguiada y la posterior transferencia uterina del embrión conseguido.

- El ciclo de FIV se factura completo (punción ovárica + transferencia de embrión)

- El límite máximo de ciclos de tratamiento mediante FIV:
 - TRES ciclos con transferencia embrionaria.
 - DOS ciclos cancelados antes de la transferencia embrionaria.
 - UN ciclo cancelado antes de la transferencia en presencia de diagnóstico concluyente de baja reserva ovárica.
- El límite de edad de la mujer receptora: 40 años.

- **Inseminación artificial**

Es una terapéutica que consiste en colocar los espermatozoides, previamente seleccionados a través de la técnica de laboratorio, dentro de la cavidad uterina, requiere de una sincronización con la ovulación que se logra induciendo y monitorizando el ciclo.

El límite máximo de tratamientos mediante Inseminación artificial es de 4, con un intervalo mínimo de 90 días entre cada uno.

Criterios de Auditoría Reproducción Humana Asistida

1. Verificar que existe informe clínico del procedimiento efectuado en el momento de la auditoría.
2. Verificar que el procedimiento se realiza a un paciente ambulante.
3. Verificar que se declara la realización del tratamiento completo, que incluye la transferencia embrionaria en el caso de FIV.

Motivos de No Conformidad Reproducción Humana Asistida

1. No existe informe del registro clínico del procedimiento declarado.
2. El procedimiento declarado no se corresponde con la totalidad del tratamiento e inseminación con inyección de espermatozoides. En el caso de FIV, punción más transferencia embrionaria.
3. El procedimiento no se ha realizado.
4. No se puede declarar el mismo día para el mismo paciente y el mismo proceso un procedimiento diagnóstico y un procedimiento terapéutico.
5. No se valorará el mismo día, para el mismo proceso y el mismo paciente una procedimiento de valoración singular y otro tipo de atención.

6. No existe registro clínico de indicación del procedimiento en una consulta, urgencia u hospitalización de fecha anterior su realización.

8.- DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS

La dispensación de medicamentos calificados por el Ministerio de Sanidad como de Uso hospitalario (H) o de Diagnóstico Hospitalario con dispensación por los Servicios de Farmacia de los hospitales (DHDH) a pacientes que no están ingresados y a los que no se les administran los medicamentos en las dependencias del hospital, se denomina dispensación a pacientes externos.

Programas actuales de dispensación a pacientes externos

PROGRAMA DE DISPENSACIÓN

VIH Adultos - VIH Pediátrico
Esclerosis Múltiple Pex
Hepatitis C Biterapia
Hepatitis C Antivirales de acción rápida
Hepatitis B
Hormona del crecimiento niños y adultos
Hipertensión Pulmonar no parenteral
Terapia Biológica en Artritis Reumatoidea
Terapia Biológica en Artritis Psoriásica
Terapia Biológica en Espondilitis Anquilosante
Terapia Biológica en Psoriasis
Terapia Biológica en Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Anemia Postquimioterápica
Anemia IRC pacientes tratados con factores estimulantes de Eritropoyesis (Pre diálisis)

Tabla 8.- Programas de Dispensación

* La financiación de los tratamientos de Hepatitis C con antivirales de acción directa se realizará de forma individual por paciente, teniendo en cuenta los pacientes correctamente registrados en la aplicación RUA-VHC y el coste del tratamiento más eficiente en cada momento en función de las características de la enfermedad (grado de fibrosis, genotipo del virus).

FARMACOS DE RESOLUCIÓN (No PD)

Pequisomant
Dasatinib
Nilotinib
Lapatinib
Bexaroteno
Erlotinib
Imatinib
Sorafenib
Temozolamida
Gefitinib
Deferasirox
Omalizumab
Anagrelida

Tabla 9.- Fármacos de Resolución (No PD)

Además, los tratamientos crónicos de enfermedades raras, con medicamentos calificados como huérfanos por la Agencia Europea del medicamento o no, pero de alto impacto económico (>100.000 € paciente-año) se consideran procedimientos con tarifa específica. Estos medicamentos pueden requerir su administración en hospitales de día en unos casos o su dispensación en los servicios de farmacia hospitalaria en otros.

ENFERMEDAD RARA	CIE 9	CIE10	MEDICAMENTO	AMBITO PRESTACION
E. de Fabry	272.7	E75.2	Agalsidasa alfa y beta	hospital de día
E. de Gaucher	272.7	E75.2	imiglucerasa	hospital de día
			Velaglucerasa	hospital de día
E. de Pompe	271.0	L74.0	Alglucosidasa alfa	hospital de día
Mucopolisacaridosis-tipo-2 (Hunter)	277.5	E76.1	Idursulfata	hospital de día
Mucopolisacaridosis-tipo-b (M. Lamy)	277.5	E76.2	Gasulfasa	hospital de día
Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)	283.2	D59.5	Equilizumab	hospital de día
Síndrome hemolítico urémico atípico (SUHA)	283.11	D58.8	Equilizumab	hospital de día
Hemofilia A	286.0	D66	Factor VIII	H día/pac. Ext
Hemofilia B	286.1	D67	Factor IX	H día/pac. Ext
Amiloidosis por transtiretina con polineuropatía en estadio 1 (E. Andrade)			Tafamidis	Pac. Externos

Tabla 10.- Enfermedades Raras/fármacos huérfanos

Criterios de Auditoría Dispensación Ambulatoria de Fármacos

En cualquier caso durante el proceso de auditoría se procederá a:

1. Verificar que existe informe clínico de procedimiento efectuado en el momento de la auditoría.
2. Verificar que el procedimiento se realiza a un paciente ambulante.
3. Verificar que el procedimiento declarado está incluido en los códigos de procedimientos definidos en las tablas de procedimientos de valoración singular.
4. Verificar que el procedimiento se ha indicado en una hospitalización, consulta o urgencia previa a la misma.
5. Verificación de la prescripción del tratamiento en la historia clínica del paciente.
6. Verificación de la coincidencia de la dispensación de fármacos con episodios de hospitalización o hospital de día.

7. Verificar que la prescripción se realizó bajo los criterios del procedimiento de adecuación establecido más eficiente.
8. El hospital que realiza la prescripción, al ser el único con capacidad de gestionar su adecuación clínica y presupuestaria, es el que tendrá que asumir todas las consecuencias de la prescripción, incluidas las económicas, en los casos de incumplimiento de los protocolos establecidos en el Servicio Madrileño de Salud.

Motivos de No Conformidad Dispensación Ambulatoria de Fármacos

1. No existe registro clínico del procedimiento declarado.
2. El procedimiento se realiza a un paciente ingresado.
3. El código de procedimiento no está incluido entre los códigos que definen la prestación.
4. El procedimiento no se ha realizado.
5. No existe registro clínico de indicación del procedimiento en una consulta, urgencia u hospitalización de fecha anterior su realización.
6. Dispensaciones coincidentes con períodos de hospitalización.
7. Dispensaciones realizadas sin prescripción del medicamento en la historia clínica del paciente.
8. La prescripción se realizó bajo los criterios del procedimiento de adecuación establecido más eficiente, según los protocolos vigentes en el Servicio Madrileño de Salud.

9.- INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO

El crecimiento del gasto sanitario y unas perspectivas diferentes de la atención de salud, que cada vez incorporan más al paciente y a los ciudadanos, están llevando a los sistemas sanitarios de todo el mundo desarrollado a buscar vías para proveer servicios más eficientes, mejorar la calidad y la efectividad de la atención sanitaria, y hacerlos más sensibles a las necesidades de los pacientes. Los indicadores de funcionamiento forman parte de una serie de esfuerzos para conseguir estos objetivos.

Su utilización intenta contribuir a una mejor evaluación del funcionamiento del sistema sanitario, a una mayor rendición de cuentas a la sociedad y a la reorientación del sistema de atención hacia las necesidades de los pacientes.

Desde el punto de vista técnico existe el suficiente conocimiento y las bases de información para desarrollar un sistema de indicadores no exento de limitaciones pero capaz de monitorizar las dimensiones más importantes de la atención sanitaria a nivel hospitalario, tanto de los hospitales de gestión directa como de los hospitales concesionados.

En los últimos años, dentro del proceso de auditoría de los denominados Flujos Intercentros (FI) se está demandando por los responsables de las distintas entidades involucradas, tanto en su componente público como privado, instrumentos que permitan ampliar el campo de análisis para evaluar la actividad realizada. Esta evolución hacia una gestión profesional y responsable que pone de manifiesto los resultados alcanzados, sin olvidar la transparencia como criterio general de la actuación pública, requiere la utilización de una información adecuada y complementaria de los sistemas tradicionales de contabilidad, como es la proporcionada por los indicadores de gestión.

La posibilidad de implantación de indicadores de gestión, tiene especial interés para el Servicio Madrileño de Salud, como entidad encuadrada en el grupo de las Administraciones Públicas que presenta las siguientes características: ejerce su función principal sin ánimo de lucro, produciendo bienes o servicios para la colectividad no destinados a la venta; se financia fundamentalmente con fondos públicos procedentes de pagos obligatorios directos o indirectos; está vinculado a un régimen presupuestario; debe rendir cuentas de su actividad; está sometido a los controles de legalidad, financiero, de eficacia y de eficiencia, y el régimen jurídico aplicable al mismo está constituido por un conjunto de normas que conforman el Derecho administrativo.

El objetivo desde el punto de vista de la información sobre indicadores debe ser ofrecer una herramienta útil para la gestión tanto a corto como a medio y largo plazo, pero también debe posibilitar su referencia, con las salvedades que hayan de efectuarse en cada caso, a las magnitudes que marcan la vida de esas organizaciones y que, no puede olvidarse, son un componente básico de control social, es decir, los programas presupuestarios.

Por ello proponemos la aplicación de indicadores de funcionamiento son, en esencia, criterios de evaluación, que funcionen como correctores de actividad. Aunque cada conjunto particular de indicadores implica una concepción explícita de las expectativas sobre el funcionamiento del sistema sanitario o de algunos de sus componentes (hospitales u otros proveedores, áreas de atención, etc.), existe un amplio consenso en no separar las medidas de productividad, de calidad y de resultados clínicos, de modo que los indicadores de funcionamiento no se limitan a los

de actividad y utilización de servicios, sino que incluyen una extensa gama de indicadores clínicos.

Queremos evaluar:

- La efectividad –entendida como mejora de los resultados de interés para los pacientes– es la dimensión esencial, la razón de ser de los sistemas de atención sanitaria, y sintetiza su funcionamiento global. La seguridad (evitar riesgos y daños), la calidad técnica, la adecuación y la continuidad de la atención son elementos de esta dimensión.
- La equidad valora el grado en que las personas tienen la misma oportunidad de recibir una atención efectiva.
- La accesibilidad valora cómo una organización consigue optimizar la distancia y el tiempo hasta la prestación de los servicios.
- La aceptabilidad se refiere al grado en que los usuarios son tratados con humanidad, dignidad y respeto, pero también a su satisfacción con la atención recibida.
- La relevancia se refiere al grado en que los servicios sanitarios enfrentan los problemas prioritarios (cardiovasculares, cáncer, tabaco, etc.). Usualmente puede valorarse por el desarrollo de programas preventivos y educativos.
- La eficiencia, finalmente, se refiere al grado en que los recursos son usados de forma que ofrecen los mayores beneficios posibles en relación a sus costes y, en este contexto, incluye la productividad de los recursos.

Los elementos que hay que considerar para establecer un sistema de indicadores incluyen:

- a) Atribución al sistema de atención. Los indicadores deben medir resultados que sean sustancialmente atribuibles al sistema sanitario –o a un componente concreto, como los hospitales– y no a otros determinantes de la salud.
- b) Relevancia. Los indicadores deben medir resultados y procesos de interés para los responsables de política sanitaria, los gestores, los profesionales de la salud y, en muchos casos, para los pacientes y las comunidades.

- c) Racionalidad. Los sucesos a medir deben ser indicadores consistentes de calidad o de eficiencia.
- d) Robustez. Las medidas utilizadas deben ser fiables y tener una cobertura poblacional importante.
- e) Sensibilidad a los cambios. Los indicadores deben ser sensibles a los cambios en la situación que miden.
- f) Factibilidad y disponibilidad. Los indicadores deben ser factibles de obtener, con un coste razonable y en un tiempo que tenga sentido desde el punto de vista de su utilidad.
- g) Incentivos positivos. Los indicadores –y su presentación– no deben favorecer el traslado de los problemas de un nivel asistencial a otro, ni contener incentivos para mejorar la posición relativa de un centro a expensas del conjunto de la organización. En estas situaciones debe considerarse la posibilidad de monitorizar también los comportamientos negativos mediante indicadores complementarios.
- h) Ajuste de riesgos. Los indicadores de resultado y algunos de proceso requieren ser ajustados por las diferencias en casuística o gravedad de los pacientes atendidos por cada proveedor.
- i) Conceptualización y definiciones operativas. Un indicador debe estar soportado en un estudio previo que incluya la dimensión que cubre, su racionalidad clínica o de gestión, las fuentes de datos, la interpretación prevista de sus valores y una clara definición operativa del numerador y denominador de la tasa.
- j) Evaluación del sistema de indicadores. Si los indicadores son utilizados para evaluar a los proveedores, es lógico que, a su vez, estos sistemas sean evaluados. Esta evaluación incluye las reacciones de los proveedores ante esta información, ya que pueden adoptar comportamientos adaptativos a las mediciones en lugar de mejorar los servicios, objetivo final de la evaluación.

Indicadores Propuestos

Proponemos la aplicación de una serie de indicadores, normalizados, de amplia consenso dentro del ámbito sanitario. Indicadores que se aplicarán en tres fases, la primera de ellas, la denominada fase PRE, en donde se analizará el flujo intercentros

(FI) con la información recibida de la Dirección General Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias.

En esta primera fase una vez analizado el FI, procederemos al cálculo del valor de los indicadores globales de los hospitales del grupo (Concepto A) al que pertenece el hospital en estudio, para posteriormente calcular el valor de estos indicadores en función de la información aportada (Concepto B). Procediendo a continuación a realizar una primera comparación (Concepto B-A).

Durante esta fase, de forma paralela los inspectores de la DG de Inspección y Ordenación procederán a evaluar los ficheros recibidos, en base a los criterios de auditoría marcados desde la DG de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Tras lo cual emitirán el oportuno informe provisional, que será enviado a los centros concesionados para iniciar el proceso de alegaciones.

Finalizado este período de alegaciones al informe provisional de la autoridad inspectora, se inicia la fase POST, en la que de nuevo se procede a analizar el flujo intercentros con la información auditada y consensuada. Esta nueva información, implica el cálculo de los nuevos indicadores de actividad, ya depurada, de cada uno de los centros intervinientes, tanto hospitales de gestión directa como de los hospitales concesionados (Concepto C).

La tercera y última fase, la de ajuste de actividad, implica la comparación de indicadores. Donde tomando como referencia los datos del grupo de hospitales al que pertenece cada unidad, se realizará una comparación de eficiencia, procediendo a un proceso de reajuste cuantitativo en aquellos conceptos donde se produjeran desviaciones hasta ajustar al índice medio del grupo. Con ello pretendemos lograr un equilibrio de actividad, en sentido positivo hacia aquellos centros con mejores indicadores y negativo para los peores; y un equilibrio a medio y largo plazo, pues estos ajustes evitarán que se produzcan situaciones de desequilibrio selectivo e inducido de actividad por parte de cualquiera de los intervinientes (Concepto A-C).

A continuación mostramos esquemáticamente cómo se producirá el proceso de auditoría y ajuste mediante indicadores de actividad. (*Ilustración 1*).

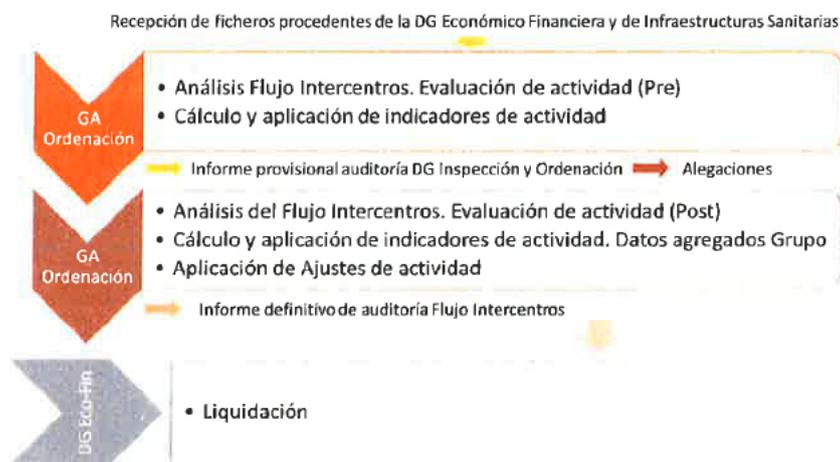


Ilustración 1.- Proceso de auditoría y ajuste de actividad mediante indicadores.

En el **anexo I**, se detallan los indicadores que pretendemos aplicar, su definición y el proceso de comparación y ajuste. Como hemos indicado anteriormente se trata de indicadores que cuentan con un amplio consenso dentro de la comunidad asistencial.

En el **anexo II**, indicamos definiciones y fórmulas de cálculo de cada uno de los indicadores que van a ser utilizados.

Incluimos un **anexo III**, de justificación de la aplicación de la Tasa de Indicación Quirúrgica, como medida indicativa de la variabilidad médica, con el fin de medir en el flujo intercentros su efecto.

ANEXO I		A	B	C	DE AG	Medidas de grupo	Diferencia de grupo
INDICADOR	Definición						
Población	Personas con TSI asignadas (AS) o atendidas (ALD)						
TOTAL INGRESOS	Pacientes procedente del exterior que ingresan, programado o urgente, ocupando una cama de hospitalización						
Ingresos programados	Número de pacientes del exterior que ingresan programado ocupando una cama hospitalización						
Ingresos Urgentes	Número de pacientes del exterior que ingresan urgente ocupando una cama hospitalización						
20 GRD hospitalización más frecuentes	Relación de los 20 GRD más frecuentes de hospitalización						
TASA FRECUENTACIÓN	Nº de ingresos programados con alta en un GRD médico/ pacientes que han ejercido la libre elección para servicios médicos						
INGRESOS 0-7 DÍAS	Pacientes que ingresan de hospitalización por un proceso atendido en hospitalización o CMA, que ha causado alta entre 0-7 días previas. El GRD de arribos puede ser igual o diferente						
TOTAL URGENCIAS	Atenciones realizadas en el servicio de urgencias						
TASA FRECUENTACIÓN URGENCIAS	Total urgencias en relación a la población asignada al centro						
Urgencias ingresadas	Pacientes que, como consecuencia de la atención recibida en Urgencias, ingresan en alguna unidad de hospitalización						
Urgencias no ingresadas	Pacientes que, como consecuencia de la atención recibida en Urgencias, NO ingresan en ninguna unidad de hospitalización						
% Urgencias ingresadas	% de atenciones realizadas en urgencias que ingresan en relación a las urgencias totales realizadas						
TOTAL PRIMERA CONSULTAS	Consulta en la que un paciente recibe por primera vez asistencia en régimen ambulatorio en una especialidad y por un proceso patológico determinado						
TOTAL CONSULTAS SUCESIVAS	Consultas en las que un paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por un proceso patológico en una especialidad y que no queda incluida en el concepto de primera consulta.						
Relación sucesivas/primera	Relación global entre consultas sucesivas y primera consultas						
Relación sucesivas/primera por especialidad	Relación por especialidad entre consultas sucesivas y primera consultas						
Estancia media bruta	Promedio de días que transcurren desde la fecha de ingreso en el hospital y la fecha de alta de los pacientes						
Estancia media depurada	Promedio de días de estancia de las altas depuradas (sin contar casos extremos). Las altas depuradas excluyen los ingresos con valores extremos de estancia						
Peso Medio	Medida ponderada de los pesos de los GRD's de todos los ingresos del hospital, en un periodo determinado						
Índice de complejidad	Comparación con el estándar que mide la complejidad de los ingresos producidos (IC>1, casuística atendida más compleja que el estándar)						
TOTAL IQ PROGRAMADAS	Intervenciones quirúrgicas programadas y realizadas en un periodo de tiempo						
IQ programadas con hospitalización	Intervenciones quirúrgicas programadas y realizadas en régimen de hospitalización en un periodo de tiempo						
IQ programadas de CMA	Intervenciones quirúrgicas programadas, realizadas en quirófano y en régimen ambulatorio en un periodo de tiempo						
TOTAL IQ URGENTES	Intervenciones quirúrgicas no programadas realizadas en quirófano, que generan o no ingreso hospitalario						
20 GRD quirúrgicos más frecuentes	Relación de los 20 GRD quirúrgicos más frecuentes						
TASA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Nº de ingresos programados con alta en un GRD quirúrgico/ pacientes que han ejercido la libre elección para servicios quirúrgicos						
Tasa de hospitalización 10 procedimientos más frecuentes	Relación entre intervenciones quirúrgicas realizadas sin ingreso y total de intervenciones quirúrgicas realizadas. Cálculo global o por GRD						
Estancia 0	Alta hospitalaria que ha generado 0 estancias (alta con estancia 0 de más de 14 horas)						
Estancia 1	Alta hospitalaria que ha generado 1 estancia (alta con estancia 1 de más de 14 horas)						
Peso medio estancia 0	Peso medio de los GRD generados por alta hospitalarias con estancia 0						
Peso medio estancia 1	Peso medio de los GRD generados por alta hospitalarias con estancia 1						
20 GRD más frecuentes estancia 0	Relación de los 20 GRD más frecuentes de alta con estancia 0						
20 GRD más frecuentes estancia 1	Relación de los 20 GRD más frecuentes de alta con estancia 1						
Altas cuyo motivo de traslado sea "Otro Centro"	Altas generadas cuyo motivo de alta en el CMAO es traslado u otro centro						

Concepto A: Indicadores Globales Medios de los hospitales del Grupo
Concepto B: Indicadores Flujo Intercentros Fase Pre
Concepto C: Indicadores Flujo Intercentros Fase Post

Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa

ANEXO II	INDICADOR	Definición	Fórmula
	Población	Personas con TSI asignadas (AS) o atendidas (ALE)	Act. Quehutora = \sum TSI asignadas Act. Libre Elección = \sum personas atendidas
	TOTAL INGRESOS	Pacientes procedente del exterior que ingresa programado o urgente ocupando una cama de hospitalización	\sum Ingresos en un año
	Ingresos programados	Número de pacientes del exterior que ingresa programado ocupando una cama hospitalización	\sum Ingresos programados en un año
	Ingresos Urgentes	Número de pacientes del exterior que ingresa urgente ocupando una cama hospitalización	\sum Ingresos procedentes de urgencias en un año
	20 GRD's hospitalización más frecuentes	Relación de los 20 GRD más frecuentes de hospitalización	
	TASA FRECUENTACIÓN	Número de ingresos de hospitalización/Población asignada	Nº de ingresos programados con alta en un GRD médico/pacientes que han ejercido la libre elección para servicios médicos
	REINGRESOS 0-7 DÍAS	Pacientes que ingresan en hospitalización por un proceso atendido en hospitalización o CMA que ha causado alta entre 0-7 días previos. El GRD de ambos puede ser igual o diferente	\sum Ingresos anuales que han causado alta en los 7 días previos
	TOTAL URGENCIAS	Atenciones realizadas en el servicio de urgencias	\sum Atenciones urgentes realizadas en un año
	TASA FRECUENTACIÓN URGENCIAS	Total urgencias en relación a la población asignada al centro	\sum Atenciones urgentes realizadas en un año / \sum TSI asignadas
	Urgencias Ingresadas	Pacientes que, como consecuencia de la atención recibida en Urgencias, ingresan en alguna unidad de hospitalización	\sum Atenciones urgentes que generan ingreso / \sum Urgencias totales
	Urgencias no ingresadas	Pacientes que, como consecuencia de la atención recibida en Urgencias, NO ingresan en ninguna unidad de hospitalización	(Total urgencias - Urgencias ingresadas) / Total urgencias
	% Urgencias Ingresadas	% de atenciones realizadas en urgencias que ingresan en relación a las urgencias totales realizadas	(Urgencias Ingresadas / Urgencias totales) x 100
	TOTAL PRIMERA CONSULTA	Consulta en la que un paciente recibe por primera vez asistencia en régimen ambulatorio en una especialidad y por un proceso patológico determinado	\sum Primeras consultas realizadas en un año (global y por especialidad)
	TOTAL CONSULTAS SUCESIVAS	Consulta en la que un paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por un proceso patológico en una especialidad y que no queda incluida en el concepto de primera consulta	\sum Consultas sucesivas realizadas en un año (global y por especialidad)
	Relación sucesivas/primera	Relación global entre consultas sucesivas y primeras consultas	\sum Consultas sucesivas globales realizadas en un año / \sum Primeras consultas globales realizadas en un año
	Relación sucesivas/primera por especialidad	Relación por especialidad entre consultas sucesivas y primeras consultas	\sum Consultas sucesivas por especialidad realizadas en un año / \sum Primeras consultas por especialidad realizadas en un año
	Estancia media bruta	Promedio de días que transcurren desde la fecha de ingreso en el hospital y la fecha de alta de los pacientes	\sum Estancias de las altas / \sum Pacientes dados de alta
	Estancia media depurada	Promedio de días de estancia de las altas depuradas (sin contar casos excepcionales). Las altas depuradas excluyen los ingresos con valores anormales de estancia	\sum Estancias de las altas depuradas / \sum Pacientes dados de alta, una vez excluidas las altas con valores fuera de los puntos de corte de estancia (Para cada GRD: Punto de corte inferior: Percentil 25 - 1,5 (Percentil 75 - Percentil 25). Punto de corte superior: Percentil 25 + 1,5 (Percentil 75 - Percentil 25))
	Peso Medio	Media ponderada de los pesos de los GRD's de todos los ingresos del hospital, en un periodo determinado	Se calcula multiplicando el número de casos de cada GRD por su peso, y dividiendo por el número total de casos de la unidad
	Índice de complejidad	Comparación con el estándar que mide la complejidad de los ingresos atendidos (IC+1, casuística elevada más compleja que el estándar)	El índice de complejidad de un hospital se halla multiplicando el número de pacientes que hacen cada GRD por el peso de cada uno de ellos, dividido por el número total de pacientes. IC = Estandar (Nº de altas del hospital por GRD) del estándar de altas del hospital del estándar
	TOTAL IQ PROGRAMADAS	Intervenciones quirúrgicas programadas y realizadas en un periodo de tiempo	\sum Intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en un año (en hospitalización y en régimen ambulatorio)
	IQ programadas con hospitalización	Intervenciones quirúrgicas programadas y realizadas en régimen de hospitalización en un periodo de tiempo	\sum Intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en un año, en régimen de hospitalización
	IQ programadas de CMA	Intervenciones quirúrgicas programadas y realizadas en quirófano y en régimen ambulatorio en un periodo de tiempo	\sum Intervenciones quirúrgicas programadas realizadas en quirófano, en un año y en régimen de ambulatorio
	TOTAL IQ URGENTES	Intervenciones quirúrgicas no programadas realizadas en quirófano, que generan o no ingreso hospitalario	\sum Intervenciones quirúrgicas NO programadas realizadas en un año en hospitalización y en régimen ambulatorio
	TASA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Describir la variabilidad mostrada por los procedimientos quirúrgicos, y corregirla	Nº de Ingresos programados con alta en un GRD quirúrgico/pacientes que han ejercido la libre elección para servicios quirúrgicos
	20 GRD quirúrgicos más frecuentes	Relación de los 20 GRD quirúrgicos más frecuentes	
	Tasa ambulatorización 10 procedimientos más frecuentes	Relación entre intervenciones quirúrgicas realizadas en ingreso y total de intervenciones quirúrgicas realizadas. Cálculo global o por GRD	Número de IQ realizadas en régimen ambulatorio / Número total de IQ realizadas. Cálculo global o por GRD
	Estancia 0	Alta hospitalaria que ha generado 0 estancias (alta con estancia 0 de más de 14 horas)	\sum Altas con estancia 0 a lo largo de un año
	Estancia 1	Alta hospitalaria que ha generado 1 estancia (alta con estancia 1 de más de 14 horas)	\sum Altas con estancia 1 a lo largo de un año
	Peso medio estancia 0	Peso medio de los GRD generados por alta hospitalarias con estancia 0	\sum (Altas estancia 0 por GRD x Peso GRD) / Altas estancia 0
	Peso medio estancia 1	Peso medio de los GRD generados por alta hospitalarias con estancia 1	\sum (Altas estancia 1 por GRD x Peso GRD) / Altas estancia 1
	20 GRD más frecuentes estancia 0	Relación de los 20 GRD más frecuentes de alta con estancia 0	
	20 GRD más frecuentes estancia 1	Relación de los 20 GRD más frecuentes de alta con estancia 1	
	Altas cuyo motivo de traslado sea "Otro Centro"	Altas generadas cuyo motivo de alta en el CMBO es traslado a otro centro	\sum Altas con motivo de alta "Otro centro"

Anexo III.- Tasa de Indicación Quirúrgica

Justificación

La variabilidad en la práctica médica está documentada desde hace mucho tiempo. Los trabajos que comparan tasas de diferentes intervenciones entre países, regiones, áreas hospitalarias o áreas pequeñas muestran un panorama de variabilidad que resulta increíble desde la creencia convencional de que los servicios médicos son prescritos de forma similar a pacientes similares.

Los resultados obtenidos en países anglosajones, ponen de manifiesto una alta variabilidad en determinados procedimientos de cirugía electiva para condiciones benignas (rinoplastia, artroscopia de rodilla, hemorroidectomía, intervenciones de cataratas y laminectomía), mientras que los procedimientos urgentes (apendicectomía) y la cirugía mayor típica de neoplasias (gastrectomía, colectomía) muestran una baja variabilidad. Para muchos procedimientos existe una clara –y esperable– relación entre disponibilidad de mayores recursos y mayor tasa de intervenciones.

Aunque cabría esperar que en aquellas áreas con mayores tasas de intervenciones existieran menos pacientes en espera de ser intervenidos, en muchos casos no es así y en algún caso esta relación es, paradójicamente, la inversa. El tema es trascendente, porque sugiere –al menos, para algunos tipos de intervención– que en las áreas sanitarias con más recursos disponibles las intervenciones se indican en pacientes con menor nivel de gravedad. Y este es un aspecto que debe ser tenido en cuenta en la asignación de nuevos recursos.

En todo caso, las variaciones en la práctica médica pueden afectar de forma importante a la calidad y los costes de la atención sanitaria, y a la accesibilidad de los pacientes a los servicios y, por tanto, tienen importantes implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Aplicar la estrategia adecuada frente a las variaciones requiere conocer, en cada caso concreto, cuáles son sus causas.

Existen dos grandes grupos de situaciones en el origen de la variabilidad: A veces, estamos ante variaciones en un procedimiento para el cual existe evidencia científica sobre su efectividad e indicaciones. La variabilidad en este caso sugiere problemas de calidad en la atención.

Las estrategias de actuación en este caso se centran en la difusión de la evidencia científica en forma comprensible (por ejemplo, mediante guías clínicas), la formación continuada, el audit clínico y la devolución de la información sobre su práctica a los propios clínicos.

En otras ocasiones estamos ante variaciones por la existencia de un problema de incertidumbre, esto es, porque no existe el suficiente conocimiento científico sobre cuál es la actuación más adecuada ante un problema de salud concreto.

Aquí las estrategias de acción se enfocan hacia la investigación y también al desarrollo y difusión de consensos basados en la opinión de expertos sobre la mejor práctica en estos casos.

A efectos de clasificación, pueden diferenciarse los problemas que afectan al numerador de la tasa (número de intervenciones) de los que afectan al denominador (población). Entre los primeros cabe citar la frecuente omisión en las bases de datos de los ingresos en los hospitales, de la cirugía sin ingreso, especialmente de aquella que puede ser realizada en clínicas ambulatorias, y la presencia de listas de espera importantes, factores que producen una disminución del numerador de la tasa que puede afectar de forma diversa a las áreas geográficas en comparación.

El análisis a partir de episodios de hospitalización, forma en la que habitualmente se dispone de la información en las bases de datos, y no de episodios completos de cuidados deriva, por contra, en un incremento del numerador, ya que se contabilizan como casos diferentes los reingresos, incluso para la resolución del mismo proceso. Los flujos de pacientes entre distritos hospitalarios, así como los errores de codificación de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos pueden afectar a la cuantificación de los casos de forma diversa. Una forma usual de limitar los errores de codificación es agregar diagnósticos o procedimientos, pero ello introduce heterogeneidad entre los casos que se analizan.

Respecto a los problemas del denominador, una tasa debería incluir solamente a la población a riesgo y, al margen de que en ocasiones los datos censales pueden corresponder a años muy diferentes a los utilizados para el numerador, no toda la población –por su edad, sexo u otras características– está a riesgo de algunos procedimientos.

Especialmente, debería considerarse la tasa de "ectomías" (apendicectomía, histerectomía, prostatectomía, amigdalectomía, etc.) de los años previos, ya que las personas "ectomizadas" no pueden volver a ser intervenidas del mismo proceso y tasas elevadas de intervenciones en los años anteriores a un estudio podrían originar tasas artificialmente bajas en el periodo revisado al no estar ya a riesgo una parte de la población incluida en el denominador.

Respecto a los problemas de análisis, en las poblaciones pequeñas el número de sucesos es escaso y las tasas pueden verse muy influenciadas por la ocurrencia de muy pocos casos, pudiendo variar ostensiblemente de un año a otro o de una población a otra por fenómenos aleatorios. Igualmente, no hay que descartar la posibilidad de años de comportamiento muy diferente al habitual por la existencia de alguna situación coyuntural que afecte marcadamente las tasas de intervenciones. Así, y en nuestro medio, los programas especiales de reducción de listas de espera, algunos cambios organizativos, el cambio en los sistemas de información, la aparición de nuevas tecnologías y algún otro factor son importantes modificadores de las tasas anuales de intervenciones.

Objetivos

El objetivo general de esta tasa se concreta en describir la variabilidad mostrada por veinte procedimientos quirúrgicos seleccionados y corregir si dicha variabilidad se asocia a variables de la oferta de recursos asistenciales, y en consecuencia al flujo intercentros.

Cálculo

$$\text{TIQ} = \frac{\text{Nº ingresos programados con alta en un GRD quirúrgico}}{\text{Población Libre Elección servicios quirúrgicos}}$$

ANEXO III

FACTURACION INTERCENTROS 2014 - 2015

ALCANCE DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS: DEFINICIÓN, VALORACIÓN, MEDICIÓN, AJUSTES Y PENALIZACIONES.

Cualquiera de las diferentes modalidades de prestación asistencial, recogidas en la Cartera de Servicios de CENTRO SANITARIO, exige como condición indispensable la existencia del correspondiente registro en la Historia Clínica del paciente.

En el precio público de cada procedimiento codificado (Alta hospitalaria, Cirugía Mayor Ambulatoria, consultas, hospital de día...etc) se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro de procesos médico-quirúrgicos, con el alcance que establece 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, salvo los conceptos que hayan sido objeto de valoración singular.

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

I.- HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización requiere el ingreso del paciente en el Hospital y la asignación de una cama de hospitalización, de acuerdo con las siguientes definiciones:

Camas de hospitalización:

- o Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales (intensivos médicos, quirúrgicos, pediátricos, neonatales, coronarios, etc...).
- o Cunas de área pediátrica.
- o Incubadoras fijas.
- o No se consideran camas de hospitalización las instaladas en:
 - Observación de urgencias.
 - Inducción Pre-anestésica.
 - Unidad de Recuperación Post-anestésica (U.R.P.A.).
 - Gabinetes de exploración.
 - Hospital de Día y de noche (estudios del sueño).
 - Camas de acompañantes.
 - Camas destinadas al personal del centro.
 - Puestos de diálisis.
 - Camas utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, otras).
 - Cunas de recién nacidos normales (área obstétrica).
 - Incubadoras portátiles.

Ingresos:

- o Se considera ingreso hospitalario el que se produce desde el exterior, con orden de ingreso registrada en el Servicio de Admisión y con asignación a una cama de hospitalización, tanto habilitada como supletoria.
- o No se considerarán ingresos:
 - a. Los pacientes atendidos en camas no consideradas como de hospitalización.
 - b. Los traslados entre servicios.

Altas:

- o La consideración de alta exige que se haya realizado un ingreso previo del paciente.



VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN

- Valoradas de acuerdo al precio público correspondiente al GRD asociado al alta hospitalaria en el C.M.B.D. siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la novena edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS.

AJUSTES EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN

NO TENDRAN LA CONSIDERACIÓN DE ALTA HOSPITALARIA:

- El número de altas de reingresos precoces (entre 0 y 7 días), que superen el porcentaje medio de reingresos del Servicio Madrileño de Salud, según el análisis centralizado del CMBD de hospitalización realizado por el Servicio Madrileño de Salud
 - $\text{Porcentaje Hospital} - \text{Porcentaje del Servicio Madrileño} = \text{RP}$.
 - Si RP es positivo:
 - $\text{RP} \times \text{Altas totales del Centro} / 100 = \text{Altas reingreso precoz}$
 - $\text{Altas reingreso} \times \text{Peso Medio} = \text{UCHS ajustadas por reingreso precoz}$.
- Las altas en hospitalización convencional con estancia 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas, que se facturaran
 - Si el ingreso ha sido urgente, como urgencias no ingresadas
 - Si el ingreso ha sido programado:
 - Como CMA o intervención quirúrgica ambulatoria en quirófano o consulta si se ha realizado una intervención quirúrgica
 - Como Hospital de día, urgencia o procedimiento de valoración singular correspondiente.
- Se contabilizarán como estancia en hospital de día oncohematológico las altas con estancias 0 ó 1 y permanencia igual o mayor a 14 horas que correspondan a Altas con GRD:410.
- Por excepción se contabilizarán las estancias 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas que correspondan a:
 - Los exitis en camas de hospitalización.
 - Las altas voluntarias, siempre que exista el correspondiente registro en la Historia Clínica e Informe de alta.
 - Los traslados intercentros, desde el área de hospitalización, por requerir de prestaciones asistenciales no incluidas en la Cartera de Servicios, siempre y cuando el paciente permanezca ingresado en el hospital al que ha sido enviado.
- Serán descontadas todas las altas en las que no conste Informe definitivo de alta en la historia clínica en el momento de la auditoría.
 - E UCHS sin Informe = No valorable
- Las resultantes de reingresos y complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos derivada del Plan Integral de reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidos en el plazo de hasta doce meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
 - E UCHS por reingreso/complicación R.U.E.Q. = No valorable

ACTIVIDAD AMBULATORIA

1.- CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA.

Se consideran procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria los actos quirúrgicos realizados en un quirófano, sin ingreso pre ni postquirúrgico, que consten en el registro y en los que en la Historia Clínica del paciente conste hoja de cirugía e Informe de alta.

Serán facturables los procedimientos cuyo procedimiento principal esté incluido en el anexo de precios públicos de CMA o de procedimientos asimilados. También serán facturables el resto de intervenciones quirúrgicas ambulatorias realizadas en quirófano (IQA en quirófano).

En hospitalización, los ingresos programados cuyo GRD y procedimiento principal de Cirugía Mayor Ambulatoria y con un estancia menor a un día (24 horas) se facturarán como CMA si no hubiera causas clínicas objetivas que hagan necesario el ingreso.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS ALTAS CMA A EFECTOS DE FACTURACIÓN.

- Valorados de acuerdo al precio público de cada intervención quirúrgica recogida en el CMBO ambulatorio como procedimientos quirúrgicos ambulatorios extraídos, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la novena edición del CIE-9CM

AJUSTES Y PENALIZACIONES DE LAS ALTAS CMA

- El número de procedimientos facturables en este apartado serán exclusivamente los pacientes del fichero del CMBO ambulatorio que sean incluidos en los procedimientos quirúrgicos incluidos en la Orden de precios públicos y los procedimientos asimilados.

NO TENDRAN LA CONSIDERACION DE DE ALTA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

- a. Los procedimientos de cirugía menor realizados fuera de quirófano.
 - Σ Procedimientos fuera quirófano - Otras procesos quirúrgicos ambulatorios (intervención quirúrgica ambulatoria en consulta externa)
- b. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y el mismo proceso, procedimientos de CMA y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ procedimientos de CMA y otro tipo atención - No valorable.
- c. Las resultantes de reingresos y complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos derivada del Plan Integral de reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidos en el plazo de hasta doce meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
 - Σ Altas por reingreso/complicación RULEQ - No valorables.
- d. Serán descontadas todas las altas de aquellos procedimientos registrados en los que no conste hoja de cirugía e Informe definitivo de alta en la historia clínica en el momento de la auditoría.

ACTIVIDAD AMBULATORIA

1.- CONSULTAS EXTERNAS.

Se consideran consultas externas los actos médicos ambulatorios para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, basados en la anamnesis y exploración física, que se realizan en un local de consulta y constan en el registro y en la Historia Clínica del paciente.

- o Se contabilizarán exclusivamente las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.
- o No se contabilizan como consultas externas:
 - Las realizadas por personal de enfermería.
 - Las realizadas a pacientes ingresados o urgentes por peticiones interservicios, aunque se realicen en locales habituales de consulta.
 - La realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas complementarias.
 - La elaboración de informes médicos de técnicas diagnósticas o terapéuticas por los servicios centrales.
 - La extracción de muestras.
 - Los meros actos de cumplimentación de volantes de peticiones.
 - o los actos sin presencia del paciente, tal como: - Consultas de telemedicina, Realización de informes y envío de resultados por correo o notificación de resultados por teléfono.

1.1.- Consultas Externas por especialidades - Comprenderá tanto las consultas primeras como las sucesivas.

Se entenderá por **primera consulta** la visita inicial consistente en el acto médico realizado de forma ambulatoria, en un local de consultas externas del Hospital o Centro de Especialidades Periférico, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base en la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias precisas. También tendrán la consideración de consultas primeras todas aquellas solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria sobre pacientes dados de alta por el médico especialista (pacientes con diagnóstico y, en su caso, con tratamiento ya instaurado), acreditado mediante informe escrito o las derivadas desde el Servicio de Urgencia.

Será considerada **consulta sucesiva**, aquella que se derive de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior. Por tanto, tendrán consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas. El paso a una consulta monográfica dentro de la misma especialidad también tiene la consideración de consulta sucesiva.

El alcance del término pruebas específicas, hace referencia, tanto a la atención básica en la que se incluyen las pruebas de rutina, tales como analíticas, otología básica, radiología simple, ECG, ecografía graduación óptica, etc., siempre que se prescriban, como aquellas pruebas específicas con nivel de complejidad superior al correspondiente a las pruebas de rutina, e inferior a las pruebas de alta complejidad (RMN, TAC, Gammagrafías, etc.), pudiendo incluirse en esta categoría a modo indicativo las siguientes pruebas: Rx digestivo/genito urinario, mamografías, ecografía, doppler, tac sin contraste, hister, ergometría, ecocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, potenciales evocados, estudios eucemias, infertilizantes, pruebas de citogenética, genotipo de virus, biopsia, técnicas especiales histológicas/enzimológicas, inmunofluorescencia/citogenética/pcr, pruebas alérgicas,

endoscopias (broncoscopia, colonoscopia, gastroscopia...), laser, audiometrías, nistagmografía, densitometrías, campimetrías

Quedan incluidas en las Consultas Médicas las especialidades:

Alergología
Cardiología
Dermatología
Digestivo
Endocrinología y nutrición
Genética
Geriatría
Hematología y hemoterapia
Infecciosos
Inmunología
Medicina Interna (incluye cuidados paliativos)
Nefrología
Neumología
Neurología
Oncología Médica
Oncología Radioterápica
Rehabilitación
Reumatología

Quedan incluidas en las Consultas Quirúrgicas las especialidades siguientes:

Angiología y Cirugía Vasculat
Anestesia y Reanimación
Cirugía Cardíaca
Cirugía General y Digestivo
Cirugía Maxilofacial
Cirugía Pediátrica
Cirugía Plástica y Reparadora
Cirugía Torácica
Ginecología
Neurocirugía
Oftalmología
Otorrinolaringología
Traumatología y Cirugía Ortopédica
Urología

1.2.- Consultas Externas por especialidades con pruebas complementarias de alta complejidad.- Comprenderá tanto las consultas primeras como las sucesivas en las que haya sido preciso realizar pruebas diagnósticas de alto coste, como RNM o similares.

Tratando de recoger de esta forma, la mayor complejidad de las posibles actividades asistenciales afectada

Como catálogo de pruebas incluidas en consultas de alta complejidad, caben citar las siguientes:

- Gammagrafía,
- Gammagrafía suprarrenal
- Resonancia con o sin contraste

- Estudios funcionales cerebrales con RM, plus de anestesia.
- Tac con contraste y/o anestesia
- PET
- Carotipo de líquido amniótico/bejidos
- Carotipo en sangre periférica/ médula ósea y funículoocentesis
- Polisomnografía
- Ecodoscopia o endoscopia Intervencionista

Estas pruebas diagnósticas de alta complejidad, se facturarán individualizadamente de acuerdo con las tarifas recogidas en la Orden de precios públicos con independencia del precio de la consulta correspondiente que será, así mismo, facturada.

1.3.- Consultas de Alta Resolución.- De entre las primeras consultas atendidas, número de pacientes a los que se realice las exploraciones complementarias al paciente de forma coordinada con otros servicio hospitalario, solicitadas en el mismo día, recibiendo en consecuencia, un diagnóstico y una orientación terapéutica (se incluye el alta).

La definición de una Consulta como Alta Resolución requiere la protocolización de los pacientes susceptibles de derivación, de los circuitos y la autorización de una agenda específica que garantice los cambios organizativos necesarios.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

- Valoradas de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para Consultas Primeras, Consultas Primeras de Alta Resolución, Consultas Subsecivas.
 - La identificación de la actividad de Consultas Primeras, Consultas Primeras de Alta Resolución, Consultas Subsecivas se efectúa a través del Sistema de Información de Consultas y Técnicas de Atención Especializada (SICYT) y el precio público correspondiente al tipo de consulta.

AJUSTES DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

- La valoración de primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) se corresponderá con las efectivamente realizadas, con las siguientes consideraciones:
 - a) Serán descontadas todas las primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - E consultas primeras sin informe = No valorable.
 - b) Serán descontadas todas las primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) en las que no conste fecha de cita o consten en el apartado de "desconocido" en el SICYT.
 - E consultas primeras sin cita o "desconocido" = No valorable.
 - c) No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y el mismo proceso, consultas y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - E consultas y otro tipo atención = No valorable.

- d. Serán descontadas todas las consultas originadas como consecuencia de asistencia sanitaria complementaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica.
 - Σ consultas derivadas RULEQ complementaria = No valorable.
- e. Las consultas resultantes de ingresos/complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos (desde consulta de preanestesia y consultas sucesivas derivadas de mismo hasta el alta del proceso) derivadas del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidas en el plazo de hasta doce meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
 - Σ consultas ingreso/complicación RULEQ complementaria = No valorables
- f. La relación por cociente entre las Consultas Sucesivas y Primeras Incluidas Consultas Primeras de alta resolución por especialidad (una vez practicados los ajustes anteriores de total valorado y solicitudes por Atención Primaria), no podrá ser superior a la media de los hospitales similares del Servicio Madrileño de Salud para cada especialidad. Aquellas consultas sucesivas que excedan esta relación serán descontadas directamente de la relación valorada y se tendrán por no realizadas.
 - Si relación sucesivas/primeras Centro por especialidad > relación sucesivas/primeras hospitales similares del Servicio Madrileño de Salud por especialidad.
 - Σ exceso consultas sucesivas = No valorable
- g. Serán descontadas todas las consultas sucesivas en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ Consultas sucesivas sin informe = No valorable

2. URGENCIAS NO INGRESADAS

Se consideran urgencias no ingresadas las asistencias sanitarias que se realizan por el Servicio de Urgencias y que no generan ingreso hospitalario. Se contabilizarán las atendidas en dicho Servicio de Urgencias y registradas con destino de alta diferente a "hospitalización". Es necesario que conste registro de la asistencia con informe en la Historia Clínica. No se consideran urgencias no ingresadas las prestaciones asistenciales no programadas que se dispensen por el Servicio de Urgencias del Hospital a personas ingresadas en el mismo.

La asistencia en Urgencias comprenderá cuantas actuaciones sean precisas practicar dentro del Servicio de Urgencias, a excepción de las pruebas diagnósticas de alta complejidad que pueda requerir el paciente de las que se incluyan en el catálogo de pruebas diagnósticas de alta complejidad en el apartado de consultas externas.

Estas pruebas diagnósticas de alta complejidad, se facturarán individualizadamente de acuerdo con las tarifas recogidas en la Orden de precios públicos con independencia del precio de la Urgencia correspondiente que será, así mismo, facturada.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS URGENCIAS NO INGRESADAS

- Valoradas de acuerdo a la definición relacionada anteriormente para Urgencias no ingresadas.
 - La medición de la actividad de Urgencias no Ingresadas se efectúa a través del Sistema específico y se aplica el precio público de referencia correspondiente.

AJUSTES DE LAS URGENCIAS NO INGRESADAS

- La valoración de Urgencias no ingresadas se corresponderá con las efectivamente realizadas, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Se detraerán las asistencias ambulatorias urgentes realizadas en otras dependencias de Centro Sanitario no registradas a través del Servicio de Urgencias.
 - Σ asistencias ambulatorias urgentes en otras dependencias = No valorable
 - b. Serán descontadas todas las urgencias no ingresadas en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ urgencias no ingresadas sin informe = No valorable
 - c. Las altas en hospitalización convencional con estancia 0 o 1 con permanencia inferior a las 14 horas, se valorarán como urgencias no ingresadas, según el análisis del correspondiente registro en la Historia Clínica (excluidas excepciones).
 - Σ Altas con estancias 0 y 1 (excluidas excepciones) = Urgencia no ingresada

3.- OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS

Se consideran en este apartado los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados fuera de quirófano. Se agrupan en esta definición los procedimientos diagnósticos o terapéuticos mínimamente invasivos que se realiza por un facultativo bajo anestesia local, con o sin sedación consciente, y que requiere cuidados post operatorios escasos o de corta duración.

En todos ellos es necesario que conste registro del procedimiento con informe en la Historia Clínica.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIOS

- Valorados de acuerdo a la definición relacionada anteriormente para Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.
 - a. La medición de la actividad de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias se realiza sumando los procedimientos quirúrgicos realizados fuera de quirófano y se aplica el precio público correspondiente a cada intervención.
 - b. En el valor asignado a Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece el Real Decreto 1030/2005, de 15 de septiembre, por el que se establece la Carrera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

AJUSTES DE OTROS PROCESOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

- La valoración de Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los otros procesos quirúrgicos ambulatorios en las que no conste registro de asistencia en la Historia Clínica.
 - Σ Otros procesos quirúrgicos ambulatorios sin informe = No valorable
 - b. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso, Otro proceso quirúrgico ambulatorio y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de valoración.

- E Otro proceso quirúrgico ambulatorio y otro tipo de atención. = No valorable

4.- HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

Puestos de Hospital de Día:

- Se consideran los puestos específicamente dotados y destinados a tratamiento diurno de menos de 14 horas (entre las 8 y las 22 horas).

Tipos de Hospitales de Día:

- Hospital de Día Oncohematológico,
- Hospital de Día Infeccioso/SIDA,
- Hospital de Día Psiquiátrico,
- Hospital de Día Geriátrico,
- Hospital de Día Médico-Quirúrgico (exclusivamente Hospital de Día Médico)

Estancias en Hospital de Día:

- Se considera la permanencia en régimen ambulatorio de un paciente en un puesto de Hospital de Día para recibir tratamiento farmacológico, la realización de procedimiento terapéutico, o la observación tras la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica que así lo exija, con el objeto de evitar su ingreso hospitalario en camas convencionales de hospitalización.
- Se incluyen en este apartado los tratamientos de esta naturaleza realizados con orden de ingreso con estancia 0 ó 1 con una permanencia inferior a las 14 horas, con las excepciones tenidas en cuenta en el apartado de hospitalización (Aitas).
- Para considerar estancia en Hospital de Día debe existir la correspondiente anotación de actividad con Informe en la Historia Clínica.
- Sólo se contabilizarán los procesos recogidos en el fichero del C.M.B.D. de asistencia ambulatoria, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la novena edición del CIE-9CM.
- Sólo se considerará estancia en Hospital de Día Oncohematológico cuando se realice actividad que implique la infusión de dioxanos en paciente con diagnóstico de neoplasia.
- No se podrá contabilizar más de una estancia diaria en el Hospital de Día para cada paciente individual.
- No se consideran actividades de Hospital de Día los meros cuidados de enfermería ambulatorios. A modo de ejemplo: curas, heparrizaciones de catéter, etc. actividades realizadas en gabinetes diagnósticos o terapéuticos.
- Hospital de Día quirúrgico: no figurará en la valoración si está incluido en la prestación de Cirugía Mayor Ambulatoria.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE TRATAMIENTOS DE HOSPITAL DE DÍA

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para Hospital de Día Oncohematológico, Hospital de Día Infeccioso/SIDA, Hospital de Día Psiquiátrico, Hospital de Día Geriátrico, Hospital de Día Médico-Quirúrgico (Médico). Incluyen los tratamientos realizados en los hospitales de día registrados en el fichero CMBO ambulatorio siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la novena edición del CIE-9CM. Incluidos en el manual de Hospital de Día del Servicio Madrileño de Salud.
- La medición de la actividad de Hospital de Día se efectúa a través del fichero del C.M.B.D. ambulatorio y se aplica el precio público correspondiente.

AJUSTES DE TRATAMIENTOS DE HOSPITAL DE DÍA

- La valoración de los tratamientos de Hospital de Día se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:

- a. La valoración de los tratamientos de Hospital de Día se corresponderá con los codificados en el fichero de CMBD ambulatorio e incluidos en el manual de hospital de día, no teniendo en cuenta el apartado de "otros" del citado fichero.
 - Σ "Otros " Hospital de Día = No valorable
- b. Serán descontados todos los tratamientos de Hospital de Día en los que no conste registro de asistencia en la Historia Clínica.
 - Σ Hospital de Día sin registro= No valorable
- c. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario no registradas en puestos de hospitalización de día, salvo las unidades de observación de los procedimientos y técnicas incluidos en el manual de hospital de día del Servicio Madrileño de Salud.
 - Σ Asistencias Hospitalización de día en otras dependencias = No valorable

PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR.

La valoración por procedimiento de valoración singular, será incompatible con la valoración del alta que eventualmente produzca la atención del proceso, así como con cualquier otro tipo de atención generada por el mismo proceso, en el mismo paciente y el mismo día y contemplada en las unidades de valoración.

1.- RADIOTERAPIA Y BRAQUITERAPIA

- a. Pacientes nuevos que inician tratamiento, independientemente del número de intervenciones precisas.
- b. Se entiende por braquiterapia la exposición directa del tumor a elementos radiactivos, de forma continuada hasta alcanzar la dosis máxima tolerada por los tejidos, en instalaciones blindadas.

Incluye la realización de los siguientes procedimientos o actividades en régimen ambulatorio:

- Radioterapia externa. Tratamiento completo o por sesión
- Braquiterapia
- Radioterapia estereotáctica simple
- Radioterapia estereotáctica fraccionada
- Irradiación corporal total

2.- HEMODINÁMICA DIAGNÓSTICA AMBULATORIA

- a. Número de estudios de realizados con fines diagnósticos en la sala de hemodinámica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria.

3.- HEMODINÁMICA TERAPÉUTICA AMBULATORIA

- a. Número de estudios realizados en la sala de hemodinámica que conlleven actuación terapéutica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria.

4.- RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA VASCULAR DIAGNÓSTICA AMBULATORIA

- a. Procedimientos ambulatorios efectuados con carácter diagnóstico en una sala de Radiología vascular, que conlleven intervenciones mínimamente invasivas.

5.- RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA VASCULAR TERAPÉUTICA AMBULATORIA

- o Procedimientos ambulatorios que conlleven una actuación terapéutica efectuados en una sala de Radiología vascular mediante intervenciones mínimamente invasivas.

6.- FECUNDACIÓN IN VITRO

- o Fecundación extracorpórea de un óvulo previamente extraído con punción guiada por ecografía y posterior transferencia intrauterina del embrión conseguido. Se considera ciclo completo una extracción de óvulos y tres transferencias intrauterinas de los embriones conseguidos.

7.- ESTUDIOS POLISOMNOGRÁFICO (ESTUDIO DEL SUEÑO)

- Registro continuo de electroencefalograma, electrooculograma y electromiograma mentoniano (fases del sueño y microdespertares), así como otras variables para cuantificar los trastornos respiratorios y sus repercusiones, realizado en horario nocturno o en el habitual de sueño del sujeto, con un registro no menor de 6,5 horas y debe incluir por lo menos 3 horas de sueño.

8.- LITOTRIZIA

Procedimiento ambulatorio que conlleva una actuación terapéutica para la fragmentación de cálculos urinarios mediante ondas de choque. Se facturará cada una de las sesiones como procedimiento de valoración singular.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente incluye los tratamientos realizados y registrados en el fichero CMBD ambulatorio o fichero específico reportado a la Dirección General de Sistemas de Información, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo con el catálogo normalizado del Servicio Madrileño de Salud.
 - o La medición de la actividad de Procedimientos de valoración singular se efectúa a través del fichero C.M.B.D. ambulatorio, o registro específico y se aplica el precio público de referencia correspondiente

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de asistencia en la Historia Clínica.
 - E Procedimientos de valoración singular sin registro.- No valorable
 - b. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación:
 - E Procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.- No valorable
 - c. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario no registradas como sala específica para tal fin.
 - E Asistencias en otras dependencias.- No valorable

9.- DIALISIS

- Se consideran pacientes en tratamiento de hemodiálisis: Promedio mensual de pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis ambulatoria, excluyendo aquellos con insuficiencia renal aguda y los hospitalizados por este motivo, ya sea en el propio Centro sanitario o en centro concertado. Se excluyen de este criterio las sesiones de enfermos agudos o crónicos reagudizados, en régimen de hospitalización. A efectos de valoración se considera que un paciente realiza anualmente 156 sesiones ambulatorias de hemodiálisis.
- Se consideran pacientes en tratamiento de diálisis domiciliaria: Promedio mensual de pacientes diálizados en el domicilio. Se distinguen los tratados mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal. A efectos de valoración se considera que un paciente realiza anualmente 360 sesiones ambulatorias de diálisis peritoneal.
- En todos ellos es necesario que el registro figure en la Historia Clínica.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para pacientes del ámbito sustitutorio en Hemodiálisis en hospital, en centro concertado y domiciliaria y Diálisis Peritoneal.
 - La medición de actividades de este apartado de Procedimientos de valoración singular se efectúan a través de registro específico centralizado, y se aplica el precio público correspondiente.

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, con las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ procedimientos de valoración singular sin informe = No valorable
 - b. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular realizados a los pacientes durante los periodos de hospitalización.
 - Σ tratamientos periodos de hospitalización = No valorable
 - c. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención = No valorable
 - d. No podrán valorarse para el mismo paciente y en el mismo periodo diferentes tratamientos de diálisis.
 - Σ tratamientos diálisis diferentes en mismo paciente y periodo = No valorable
 - e. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias diferentes a las definidas.
 - Σ asistencias en otras dependencias = No valorable

10.- REHABILITACION

Se considera sesión de tratamiento de rehabilitación a la prestación realizada a un paciente en un día, independientemente del número de técnicas empleadas. Se facturarán exclusivamente las sesiones en régimen ambulatorio (solo son facturables las sesiones de pacientes Libre Elección).

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para pacientes del ámbito sustitutorio en tratamiento de rehabilitación en el propio hospital.
 - La medición de actividades de este apartado de Procedimientos de valoración singular se efectuará a través de registro específico centralizado, y se aplica el precio público correspondiente.

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, con las siguientes consideraciones:
 - f. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de asistencia en la Historia Clínica.
 - Σ procedimientos de valoración singular sin informe. = No valorable
 - g. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular realizados a los pacientes durante los periodos de hospitalización.
 - Σ tratamientos periodos de hospitalización. = No valorable
 - h. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención. = No valorable
 - i. No podrán valorarse para el mismo paciente y en el mismo periodo diferentes tratamientos rehabilitadores.
 - Σ tratamientos rehabilitación diferentes en mismo paciente y periodo = No valorable

11.- DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS DE USO HOSPITALARIO PARA PACIENTES EXTERNOS

Pacientes externos, que hayan ejercido la libre elección y que reciben medicación directamente en el Servicio de Farmacia del Hospital. Se incluyen exclusivamente los fármacos incluidos en los programas de dispensación a pacientes externos autorizados para el conjunto de hospitales dependientes del Servicio Madrileño de Salud en 2014 y 2015. (Anexo 1)

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

14 |

- c) La medición de las actividades de Procedimientos de valoración singular de este apartado se efectúa a través del Sistema de Información de farmacia hospitalaria, y se aplica el precio determinado por la DGGYCPFYS.

En el caso de los fármacos de Resolución, en los que no existía tarifa previa, se utilizará como precio de referencia el precio de facturación, estableciéndose los siguientes criterios de validación:

1. Sólo se facturarán dispensaciones de pacientes con CIPA.
2. Se incluirán todos los descuentos oficiales establecidos para el SNS sobre los precios de venta del laboratorio (PVL) o precios SNS de los medicamentos^(*).
2. Se incluirán todos los descuentos conseguidos en los procedimientos de compra de la Central de Compras del SERMAS, que serán efectivamente comunicados a toda la Red.
3. Se facturará por la presentación farmacéutica (principio activo/dosis) y por el envase (nº de formas farmacéuticas) de precio menor del mercado que este comercializada y de coste/día menor respectivamente^(*).
4. Sólo se facturarán los envases necesarios para una cobertura terapéutica mensual.
5. El modelo de descarga de facturación será el establecido por la DGGYCPFYS.

(*) De acuerdo al Nomenclador de medicamentos mensual del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- a) La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, con las siguientes consideraciones:
 - a) Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de prescripción con informe en la Historia Clínica.
 - Σ procedimientos de valoración singular sin prescripción. = No valorable
 - b) Se detraerá el importe de los tratamientos suministrados a pacientes durante los periodos de hospitalización.
 - Σ tratamientos periodos de hospitalización. = No valorable



PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN:

Serán susceptibles de facturación intercentros las prestaciones asistenciales recogidas en este documento.

FUENTES DE INFORMACION

El sistema de información denominado flujos intercentros constituye la herramienta básica para llevar a cabo el seguimiento de la libre elección en atención especializada y garantizar el procedimiento de facturación en términos homogéneos para todos los Centros hospitalarios necesario para la liquidación anual de los contratos de gestión de servicio público para la asistencia sanitaria.

Periodicidad de explotación de datos: Con carácter mensual se realizarán las siguientes descargas:

- Población protegida adscrita a cada hospital (fuente de información: base de datos TIS)
- Actividad asistencial:
 - Hospitalización (fuente de información: CMBD)
 - Cirugía Ambulatoria (fuente de información: CMBD)
 - Hospital de día (fuente de información: CMBD)
 - Consultas Primeras y Subsecuvas (fuente de información: SICYT)
 - Prosereme (fuente de información Farmadrid)

Prestaciones asistenciales no incluidas actualmente en el sistema de información de flujos intercentros:

La existencia de subsistemas de información departamentales en los hospitales vinculados al número de historia clínica del paciente y con códigos identificativos de las prestaciones pendientes de normalización, ha impedido la captura automática de determinadas líneas de actividad.

Aunque a lo largo del año 2014 y 2015 se prevé la incorporación progresiva de esta actividad es necesario establecer los procedimientos y definir las fuentes que garanticen la disponibilidad de esta información.

La información de toda la actividad realizada en los hospitales se encuentra disponible en los distintos aplicativos informáticos de actividad de los sistemas (HP-HIS, Selene etc.) por lo que la disponibilidad de la actividad realizada y la identificación del paciente atendido, en esta primera fase, únicamente puede asegurarse mediante la descarga de la información de cada sistema, la integración de la misma en una base de datos centralizada y el cruce de la misma con las descargas mensuales de TIS.

Las prestaciones asistenciales obtenidas mediante descargas específicas de los sistemas son:

- Urgencias (CMBD de Urgencias en desarrollo)
- Procedimientos extraídos

AMBITO

Con carácter general, la actividad susceptible de Facturación Intercentros será la siguiente:

- Actividad realizada a la población asignada a un Hospital/Empresa concesionaria por el resto de Centros del Servicio Madrileño de Salud.

El Servicio Madrileño de Salud facturará al Hospital/Entidad concesionaria la asistencia sanitaria prestada, como consecuencia del ejercicio del derecho a la libre elección de especialista y hospital, a la población incluida en su capítulo, que haya sido realizada por otro Hospital (tarjetas correspondientes a población habitual H de ese Hospital/Entidad concesionaria con atención especializada "SI").

Los neonatos que no dispongan de TIS en el momento de la atención, a efectos de facturación intercentros, serán asimilados a su madre durante los primeros tres meses de vida.

- Actividad realizada por un Hospital/Empresa concesionaria a población protegida del Servicio Madrileño de Salud.

El Hospital/Entidad concesionaria facturará al Servicio Madrileño de Salud la asistencia sanitaria prestada a los sujetos que no sean población protegida en la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual de la Comunidad de Madrid para el ámbito territorial de ese hospital/concesión:

- Población adscrita a otros hospitales del Servicio Madrileño de Salud con derecho a la asistencia especializada (población protegida en la base de datos de TIS correspondientes a población habitual "H" con atención especializada "SI").
- Pacientes con derecho a asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, siempre y cuando no haya un tercero obligado al pago (pacientes desplazados de otras CCAA, extranjeros con Tarjeta Sanitaria Europea o documento acreditativo vigente, extranjeros con Convenio Internacional ó con Acuerdos Bilaterales de Cooperación Internacional y Transeúntes Irregulares en supuestos financieros normativamente):
 - a. Los pacientes procedentes de otras CCAA con desplazamiento temporal autorizado en el ámbito geográfico del Hospital/Empresa concesionaria (D) podrán recibir las prestaciones asistenciales en las mismas condiciones que la población de su capítulo.
 - b. Los pacientes procedentes de otras CCAA con desplazamiento temporal autorizado en otros ámbitos geográficos (D) o sin CIPA, autorizado por la Comunidad de Madrid y los extranjeros, que acrediten su derecho, podrán recibir la atención urgente.
 - c. Los pacientes TIR con derecho a la asistencia sanitaria (identificados en la base de datos de TIS como población "T" y emplazamiento H, que podrán recibir las prestaciones asistenciales en las mismas condiciones que la población de su capítulo. Este colectivo incluye transeúntes irregulares en los casos reconocidos en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en 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 y en las Instrucciones de 27 de agosto de 2012 sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Servicio Madrileño de Salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria, en los siguientes supuestos:

- Transeúntes sin permiso de residencia menores de 18 años. Tipo de usuario: RNT
 - Transeúntes sin permiso de residencia con tratamientos iniciados antes del 31/8/2012. Tipo de usuario: TIR
 - Transeúntes sin permiso de residencia con episodios de Salud Pública con duración estimada menor a 1 año. Tipo de usuario: TIR
- d. Los pacientes TIR no incluidos en los colectivos anteriores, que acrediten su derecho, podrán recibir la atención urgente
- e. En el caso de Entidades concesionarias, serán susceptibles de facturación otros pacientes no incluidos en los anteriores apartados, en aquellas circunstancias excepcionales que se encuentran recogidas en los criterios específicos (canalizaciones incorrectas, incidencias de Cibers o Aseguramiento, etc).
- f. En el caso de Hospitales/Entidades concesionarias pertenecientes al grupo IDC, la actividad realizada por cualquiera de los Hospitales sustitutorios del grupo IDC a población adscrita a dichos hospitales, tiene la consideración de flujos internos, por lo que, a efectos de facturación intercentros, no serán susceptibles de facturación

EXCEPCIONES

Situaciones en las que el usuario pierda el derecho a la financiación de la asistencia sanitaria por el Servicio Madrileño de Salud:

El derecho a la asistencia sanitaria reconocido por el tipo de usuario y recogido en el apartado anterior, puede ser modificado por contingencias que supongan la obligación de la prestación de la asistencia por un tercero obligado al pago (el Sistema Nacional de Salud tiene encomendada la prestación de la asistencia sanitaria en situaciones de enfermedad común y accidente no laboral en aquellas situaciones en las que la ley, por su peligrosidad o régimen de prestación, no establezca la obligación de un seguro sanitario complementario) o en aquellas circunstancias en las que el paciente acuda derivado desde un centro privado con motivo de una atención amparada por un seguro privado o la decisión del particular.

Las contingencias que ven modificado el derecho del usuario, (identificadas por su correspondiente reglón (código del tipo de financiador), son las siguientes:

- 400 - Accidente laboral o enfermedad profesional: cubiertas por las Mutuas laborales
- 501 - Accidentes tráfico: cobertura por Seguro obligatorio Accidentes tráfico
- 502 - Accidente escolar: cobertura por Seguro obligatorio Escolar
- 503 - Accidente deportivo: cobertura por Seguro obligatorio Deportistas federados
- 504 - Accidente de viaje en medios de locomoción destinados al transporte público colectivo de viajeros, bien sean urbanos o interurbanos: cobertura por Seguro de Viajeros

- 505 - Accidente de caza: cobertura por Seguro obligatorio de Caza
- 600 - Particulares: usuario que no acredita el derecho a la asistencia por el Sistema Nacional de Salud
- 601 - Asistencia Sanitaria Transfronteriza: cobertura por el país de origen previa autorización
- 700 - Derivación de pacientes por Aseguradoras privadas
- 110 - Régimen de internamiento en Instituciones Penitenciarias: cobertura por Ministerio del Interior

La tabla de código de registro de financiador contempla códigos vinculados a territorios, Comunidades Autónomas o asimilados, o la entidad aseguradora de determinado tipo de usuario que, únicamente, pueden ser tenidos en cuenta para mejorar la identificación del financiador, en aquellos pacientes que no estén activos en la base de usuarios de Tarjeta Individual Sanitaria. En ningún caso podrán modificar la condición de aseguramiento del paciente vinculada con su tipo de usuario en los cortes de la base de datos de TIS.

• Actividad excluida del contrato:

La existencia en los diferentes contratos de singularidades en el tratamiento de la actividad condiciona la necesidad de adecuar la actividad susceptible de facturación a las condiciones recogidas en los mismos.

Prestaciones excluidas en los contratos de las concesionarias:

- Transplantes
- Resoluciones de Farmacia (H de Valdemoro)
- Actividad incluida en el periodo de carencia.

Prestaciones excluidas **por** circunstancias específicas:

- Actividad realizada entre hospitales del grupo IDC (Incluye Fundación Jiménez Díaz).

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION

La liquidación se realiza mediante el intercambio de datos y la verificación de los mismos.

Los contratos de concesión atribuyen la competencia de liquidación anual a la Administración Sanitaria, sin embargo, la participación de las Empresas Concesionarias en el proceso de liquidación es importante para garantizar la agilidad del procedimiento y la transparencia del proceso.

Por este motivo, una gran parte de los circuitos se establecen bidireccionalmente: Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria

Fases de la liquidación:

FASES DE LA LIQUIDACIÓN	CIRCUITO
Definición de campos a incluir en los ficheros de facturación	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Entrega y depuración de la actividad y asignación de la tarifa adecuada a cada contrato	Servicio Madrileño de Salud
Integración en aplicación tipo CERMI (Reporte Informativo según información)	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Auditoria de datos facturados informativos y depuración de registros	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Pasamiento de siglales	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Respuesta a las siglales de equilibrio de datos	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Revisión incidentes TG o la D-3. Planificación Investigación y Formación	Servicio Madrileño de Salud ↔ D-3. Planificación Investigación y Formación
Respuesta a los incidentes	D-3. Planificación Investigación y Formación ↔ Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Aligación de TG	Empresa concesionaria
Selección de registros susceptibles de auditoria de la parte que mediante sistema auxiliar y en presencia de los Concesionarios	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Proceso de Auditoria de la actividad	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Respuesta a las siglales de auditoria	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Identificación de situaciones a valorar en Comisión Partita y equilibrio	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria
Decisiones de la Comisión Partita y equilibrio	Servicio Madrileño de Salud
Cierre de la actividad (cuentas y liquidación)	Servicio Madrileño de Salud ↔ Empresa concesionaria

CRITERIOS ACORDADOS EN LAS CITADAS COMISIONES MIXTAS Y AUTORIZADOS POR EL SERMAS PARA SU APLICACIÓN EN LA FACTURACIÓN INTERCENTROS 2013 DE LOS HOSPITALES CONCESIONADOS

1- El artículo 3 TER de la Ley 16/2003, de 29 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, redactado conforme al 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, reconoce una serie de prestaciones a las personas extranjeras en situación irregular, y que por tanto no tienen la condición de asegurado y quedan fuera del objeto del contrato de concesión.

* Artículo 3 ter Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- De asistencia al embarazo, parto y postparto.
- En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

El reconocimiento de este derecho para un colectivo no incluido en el objeto del contrato de las concesionarias, determina que el coste de dicha atención deba ser facturada por las empresas concesionarias al SERMAS. Ahora bien, con el fin de evitar situaciones anómalas y establecer criterios de riesgo compartido, se abonará a la concesionaria las urgencias atendidas en el hospital concesionario (incluidos los procesos derivados de la urgencia) siempre que no superen el ratio de la media de los hospitales del mismo grupo del SERMAS.

La asistencia al embarazo, parto y post-parto, así como la asistencia a menores extranjeros y en los supuestos de salud pública, a pacientes no incluidos en la cápita del hospital concesionario, será financiada por el SERMAS el 100% de la actividad.

2.- La atención a pacientes procedentes de los Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas en situación de desplazamiento temporal (Tarjeta D), que hayan ejercido la libre elección, tendrá la misma consideración, a efectos de la facturación, que la atención prestada para la población asignada a otros hospitales del SERMAS.

4.- En el supuesto de que aquellos pacientes que no aparezcan en el corte mensual de tarjetas del mes anterior a la actividad, como consecuencia de su alta o modificación de sus situación de TIS en el mes que recibe la asistencia, se cruzará la actividad con el corte de TIS del mes en curso.

5.- Las atenciones realizadas a los ciudadanos que no crucen con tarjeta sanitaria, según el criterio establecido ni con el corte del mes anterior, ni con el corte del mes en curso (TIR, OCAA, TSE no Cibeles, ciudadanos irregulares e indocumentados), podrán ser facturadas al SERMAS, únicamente, en los siguientes supuestos:

- Atención de urgencias y procesos derivados de la urgencia.
 - Primeras consultas y procedimientos diagnósticos derivados de citaciones de Atención Primaria.
 - Procesos derivados de citaciones de otros hospitales de la Red Pública de la Comunidad de Madrid.
- El SERMAS determinará la documentación que será necesaria para acreditar el derecho a la financiación y la concesionaria presentará la documentación que le sea requerida.

6.- Todas las atenciones realizadas a los ciudadanos con tipo de ciudadano "HOG" (alta de ciudadano por hospital, cuando el transeúnte irregular se encuentra en situación transitoria y no presenta certificado de empadronamiento) serán facturadas al SERMAS en los siguientes supuestos:

- Atención de urgencias y procesos derivados de la urgencia.
- Primeras consultas y procedimientos diagnósticos derivados de citaciones de Atención Primaria.
- Procesos derivados de citaciones de otros hospitales de la Red Pública de la Comunidad de Madrid.

7.- Serán financiables por el SERMAS todas las atenciones realizadas a los ciudadanos con tipo de ciudadano "RNT" (transeúnte recién nacido) y "HRN" (alta de recién nacido por hospital) siempre que no sean población de la cápita de las Empresas concesionarias, ni exista un tercero obligado al pago. No es facturable la atención a recién nacidos sanos que no genere ingreso.

8.- No será facturable a la Empresa concesionaria la actividad originada por la puesta en marcha por el SERMAS de determinados programas, por razones de ordenación sanitaria, como el código Ictus, el código Infarto, y el código de UVI neonatal, que hace que los pacientes de la cápita del hospital concesionario no puedan ser trasladados a su hospital asignado, siendo derivados, por criterios de seguridad de paciente, a otros hospitales del SERMAS.

9.- La asistencia a pacientes de la cápita del hospital concesionario como consecuencia de traslados desde el ingreso del paciente en otro hospital del SERMAS, derivados como consecuencia del mapa de referencia, solo será facturable cuando el paciente haya sido atendido previamente en el hospital concesionario por la misma especialidad médica del servicio desde el que ha sido derivado o en el momento del traslado, haya ejercido la libre elección al ofrecerse la derivación al hospital de referencia.



10.- Cuando los pacientes de la capita del hospital concesionario estén siendo atendidos en otros hospitales, por haber ejercido la libre elección, y deban ser derivados a otro hospital para realizar un tratamiento de radioterapia o para continuidad de cuidados (hospital de media estancia), deberán ser trasladados al hospital concesionario, salvo que el paciente haya ejercido la libre elección y quiera iniciar el tratamiento en un hospital distinto o el hospital concesionario haya autorizado el traslado. En caso contrario la actividad no será facturable a la Empresa concesionaria.

11.- La atención sanitaria realizada por otros hospitales del SERMAS a pacientes de la capita del hospital concesionario como consecuencia de traslados del SUMMA, será facturada a la concesionaria en aquellos casos en los que el paciente haya ejercido la libre elección para ser atendido en ese centro, o cuando el traslado esté justificado por proximidad geográfica del lugar donde se encuentra el paciente al hospital al que se le traslada.

12.- Respecto a la atención sanitaria de trasplantes realizada en otros hospitales del SERMAS a pacientes de la capita del hospital concesionario, el SERMAS asumirá el coste del episodio de trasplante y de las atenciones previas y necesarias para el mismo realizadas en el hospital trasplantador, así como las atenciones derivadas del trasplante hasta los seis meses siguientes a la intervención realizadas en el hospital trasplantador. El resto de asistencia sanitaria prestada al paciente trasplantado, aun cuando esté relacionada con el episodio del trasplante, será asumida por la entidad concesionaria.

13.- En cuanto a la dispensación ambulatoria de fármacos de uso hospitalario a pacientes externos, serán de aplicación los mismos programas y tarifas establecidos para el conjunto de los hospitales del SERMAS en 2014 y 2015.

14.- En el caso del hospital de Torrejón, además de los criterios anteriores, se ha considerará lo siguiente:

Dado que en 2013 fue denegada por el SERMAS la solicitud de la concesionaria para la ampliación de cartera de servicios sanitarios e incluir la actividad de reproducción humana asistida en el HT, en la facturación de esta asistencia realizada a pacientes de la capita de HT en otros hospitales del SERMAS se aplicará una reducción en la tarifa de precios públicos correspondiente a esta prestación, similar a la recogida para los procedimientos del Acuerdo Marco quinquenio vigente (25%).

El Viceconsejero de Sanidad propuso el trabajo de forma conjunta, entre el SERMAS y la concesionaria, para el análisis y la elaboración de una propuesta para el establecimiento de criterios eficiencia en relación con la actividad de facturación intercentros correspondiente al ejercicio 2014 y 2015.

CRITERIOS PROPUESTOS POR EL SERMAS PARA SU APLICACIÓN EN LA FACTURACIÓN INTERCENTROS 2014 y 2015 DE LOS HOSPITALES CONCESIONADOS

Serán de aplicación los mismos criterios acordados en 2013, con la siguiente salvedad:

1. Se modifica la redacción del segundo criterio autorizado en 2013 en los términos siguientes: La atención a pacientes procedentes de los Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas en situación de desplazamiento temporal (Tarjeta D), que hayan ejercido la libre elección, tendrá la misma consideración, a efectos de la facturación, que la atención prestada para la población asignada a otros hospitales del SERMAS, si el origen de la actividad ha sido una cita realizada por el CAP o disponen de autorización emitida por la autoridad responsable de la ordenación hospitalaria.

ANEXO IV

REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- TORREJÓN SALUD, S. A.

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 correspondiente a los municipios de Torrejón de Ardoz, Ajalvir, Daganzo de Arriba, Ribatejada y Fresno del Torote, en el Hospital de Torrejón, se constituye la Comisión Mixta como órgano de coordinación de las relaciones entre las distintas el Servicio Madrileño de Salud y Torrejón Salud, S. A.

Asimismo, y en virtud de lo establecido en la cláusula 23.2 del pliego mencionado, la Comisión Mixta, en lo que respecta a su composición y normas de funcionamiento se regirá por el siguiente

REGLAMENTO

1. DE SU COMPOSICIÓN

Formará parte de la Comisión Mixta del Servicio Madrileño de Salud con Torrejón Salud, los siguientes miembros con voz y voto:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo competente en la dirección de la evaluación, el análisis y el control del gasto sanitario del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.

b) Por parte de TORREJÓN SALUD S.A.:

- La persona que ostente la capacidad de actuar en nombre y representación de Torrejón Salud S.A, o persona en quien delegue.
- El Gerente del Hospital Universitario de Torrejón, o persona en quien delegue.
- El Director Médico del Hospital Universitario de Torrejón, o persona en quien delegue.

Será Presidente de la Comisión Mixta, el titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, actuando como Vicepresidente la persona que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria.

Actuará como Secretario de la Comisión Mixta un funcionario del Servicio Madrileño de Salud con categoría, al menos, de técnico de apoyo, que no ostentará derecho de voz ni de voto.

Así mismo, formarán parte de la Comisión Mixta, con voz pero sin voto:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del órgano directivo competente en materia de sistemas de información del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención al paciente de Servicio Madrileño de Salud.
- El Delegado de la Administración, al que se hace referencia en la cláusula 9.2.1 apartado 9 del pliego de cláusulas administrativas particulares.
- El titular del órgano directivo de la Consejería de Sanidad competente en materia de inspección sanitaria, o persona en quien delegue.

b) Por parte de TORREJÓN SALUD S.A.:

- El titular de la Dirección Económico-Financiera del Hospital Universitario de Torrejón.
- El titular de la Dirección de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario de Torrejón.

2. DE SU FUNCIONAMIENTO

La Comisión se reunirá:

- Con carácter ordinario, trimestralmente.
- Con carácter extraordinario, a instancias de cualquiera de las partes.

Los acuerdos se adoptarán por mayoría de los votos, dirimiendo el voto del Presidente.

Para la resolución de las posibles discrepancias se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula vigésima del contrato de gestión de servicio público.

En función de los asuntos a tratar, se podrán incorporar a la comisión, sin derecho a voto, los asesores técnicos que se consideren oportunos, teniendo en cuenta la naturaleza de las funciones atribuidas a esta comisión.

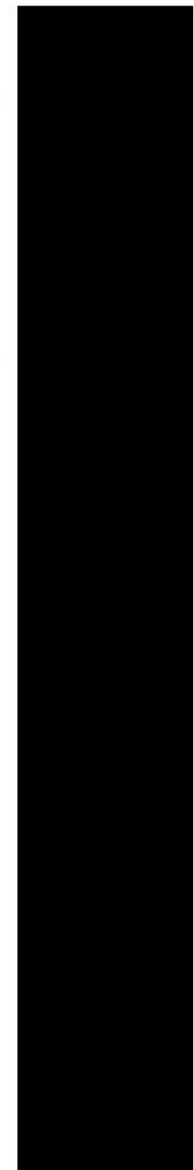
De forma supletoria, en las cuestiones relativas a deliberaciones, acuerdos y funcionamiento de la Comisión Mixta, se aplicará lo dispuesto en el Capítulo II, del Título II, de la Ley 3011992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3. DE SUS FUNCIONES

Conforme a lo dispuesto en cláusula 23.3 del pliego de cláusulas administrativas particulares, corresponderá a la Comisión Mixta de Seguimiento, entre otras funciones:

- a. Velar por la ejecución ordinaria del contrato por parte de la entidad adjudicataria.
- b. Proponer la adopción de medidas a la vista de los resultados obtenidos por la entidad adjudicataria en la ejecución de las prestaciones objeto del servicio público.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión Mixta sólo tendrá capacidad para hacer recomendaciones a las partes, careciendo de competencias ejecutivas e interpretativas en el marco del contrato de gestión por concesión suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y Torrejón Salud, S.A.



REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD-IDC SALUD VALDEMORO

En aplicación de lo previsto en la cláusula decimotercera del contrato suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y la Sociedad Concesionaria IDCSalud Valdemoro, S.A., a quien compete la ejecución del contrato denominado "Gestión de servicios públicos, por concesión, de la asistencia sanitaria especializada del Hospital de Valdemoro", se constituye la Comisión Mixta como órgano de coordinación de las relaciones entre las distintas partes intervinientes.

Asimismo, y en virtud de lo establecido en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares del citado contrato, la Comisión Mixta, en lo que respecta a su composición y normas de funcionamiento se regirá por el siguiente

REGLAMENTO

1. DE SU COMPOSICIÓN

Formará parte de la Comisión Mixta del Servicio Madrileño de Salud con IDC Salud Valdemoro, los siguientes miembros con voz y voto:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo competente en la dirección de la evaluación, el análisis y el control del gasto sanitario del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.

b) Por parte de IDGSALUD VALDEMORO, S.A:

- La persona que ostente la capacidad de actuar en nombre y representación de IDCSalud Valdemoro, S.A, o persona en quien delegue.
- El Gerente del Hospital Universitario Infanta Elena, o persona en quien delegue.
- El Director Médico del Hospital Universitario Infanta Elena, o persona en quien delegue.



Será Presidente de la Comisión Mixta, el titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, actuando como Vicepresidente la persona que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria.

Actuará como Secretario de la Comisión Mixta un funcionario del Servicio Madrileño de Salud con categoría, al menos, de técnico de apoyo, que no ostentará derecho de voz ni de voto.

Así mismo, formarán parte de la Comisión Mixta, con voz pero sin voto:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del órgano directivo competente en materia de sistemas de información del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención al paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- El Comisionado de la Administración, al que se hace referencia en la cláusula 14.6 del pliego de cláusulas administrativas particulares.
- El titular del órgano directivo de la Consejería de Sanidad competente en materia de inspección sanitaria, o persona en quien delegue.

b) Por parte de IDCSALUD VALDEMORO, S.A:

- El titular de la Dirección Económico-Financiera del Hospital Universitario Infanta Elena.
- El titular de la Dirección de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario Infanta Elena.

2. DE SU FUNCIONAMIENTO

La Comisión se reunirá:

- Con carácter ordinario, trimestralmente.
- Con carácter extraordinario, a instancias de cualquiera de las partes.

Los acuerdos se adoptarán por mayoría de los votos, dirimiendo el voto del Presidente.

Para la resolución de las posibles discrepancias se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula vigésima del contrato de gestión de servicio público.

En función de los asuntos a tratar, se podrán incorporar a la comisión, sin derecho a voto, los asesores técnicos que se consideren oportunos, teniendo en cuenta la naturaleza de las funciones atribuidas a esta comisión.

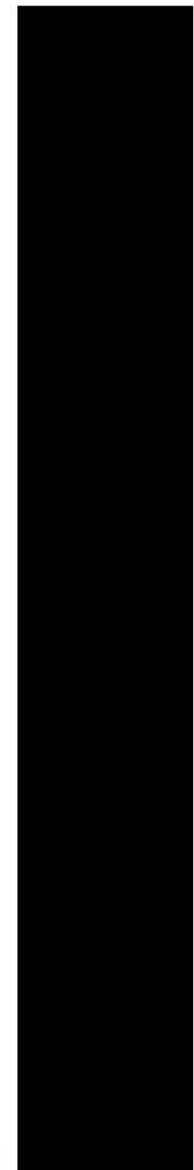
De forma supletoria, en las cuestiones relativas a deliberaciones, acuerdos y funcionamiento de la Comisión Mixta, se aplicará lo dispuesto en el Capítulo II, del Título II, de la Ley 3011992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3. DE SUS FUNCIONES

Conforme a lo dispuesto en cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares, corresponderá a la Comisión Mixta de Seguimiento, entre otras funciones:

- a. Velar por la ejecución ordinaria del contrato por parte de la entidad adjudicataria.
- b. Proponer la adopción de medidas a la vista de los resultados obtenidos por la entidad adjudicataria en la ejecución de las prestaciones objeto del servicio público.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión Mixta sólo tendrá capacidad para hacer recomendaciones a las partes, careciendo de competencias ejecutivas e interpretativas en el marco del contrato de gestión por concesión suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud e IDCSalud Valdemoro, S.A.



REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD-IDC SALUD VILLALBA, S. A.

En aplicación de lo previsto en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada correspondiente a los municipios de Collado Villalba, Alpedrete, Moralzarzal, Cercedilla, Navacerrada, Los Molinos, Becerril de la Sierra y Collado Villalba, se constituye la Comisión Mixta como órgano de coordinación de las relaciones entre el Servicio Madrileño de Salud e IDCSalud Villalba, S. A.

Asimismo, y en virtud de lo establecido en la cláusula 23 del pliego mencionado, la Comisión Mixta, en lo que respecta a su composición y normas de funcionamiento se regirá por el siguiente

REGLAMENTO

1. DE SU COMPOSICIÓN

Formará parte de la Comisión Mixta del Servicio Madrileño de Salud con IDC Salud Villalba, S.A., los siguientes miembros con voz y voto:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo competente en la dirección de la evaluación, el análisis y el control del gasto sanitario del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.

b) Por parte de IDCSALUD VILLALBA, S.A:

- La persona que ostente la capacidad de actuar en nombre y representación de IDCSalud Villalba, S.A, o persona en quien delegue.
- El Gerente del Hospital General de Villalba, o persona en quien delegue.
- El Director Médico del Hospital General de Villalba, o persona en quien delegue.

Será Presidente de la Comisión Mixta, el titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, actuando como Vicepresidente la persona que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria.

Actuará como Secretario de la Comisión Mixta un funcionario del Servicio Madrileño de Salud con categoría, al menos, de técnico de apoyo, que no ostentará derecho de voz ni de voto.

Así mismo, formarán parte de la Comisión Mixta, con voz pero sin voto:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del órgano directivo en materia de sistemas de información del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención al paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- El Delegado de la Administración, al que se hace referencia en la cláusula 9.2.1 apartado 9 del pliego de cláusulas administrativas particulares.
- El titular del órgano directivo de la Consejería de Sanidad competente en materia de inspección sanitaria, o persona en quien delegue.

b) Por parte de IDCSALUD VILLALBA, S.A:

- El titular de la Dirección Económico-Financiera del Hospital Universitario General de Villalba.
- El titular de la Dirección de Continuidad Asistencial del Hospital General de Villalba.

2. DE SU FUNCIONAMIENTO

La Comisión se reunirá:

- Con carácter ordinario, trimestralmente.
- Con carácter extraordinario, a instancias de cualquiera de las partes.

Los acuerdos se adoptarán por mayoría de los votos, dirimiendo el voto del Presidente.

Para la resolución de las posibles discrepancias se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula vigésima del contrato de gestión de servicio público.

En función de los asuntos a tratar, se podrán incorporar a la comisión, sin derecho a voto, los asesores técnicos que se consideren oportunos, teniendo en cuenta la naturaleza de las funciones atribuidas a esta comisión.

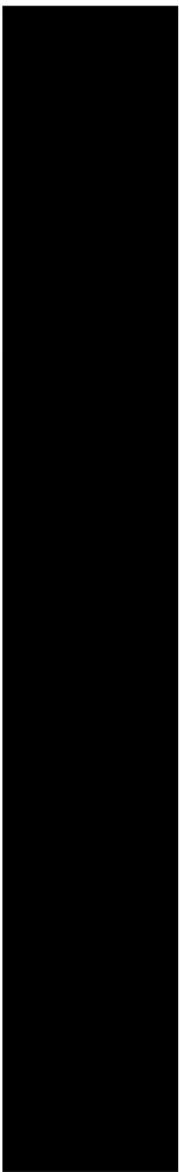
De forma supletoria, en las cuestiones relativas a deliberaciones, acuerdos y funcionamiento de la Comisión Mixta, se aplicará lo dispuesto en el Capítulo II, del Título II, de la Ley 3011992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3. DE SUS FUNCIONES

Conforme a lo dispuesto en cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares, corresponderá a la Comisión Mixta de Seguimiento, entre otras funciones:

- a. Velar por la ejecución ordinaria del contrato por parte de la entidad adjudicataria.
- b. Proponer la adopción de medidas a la vista de los resultados obtenidos por la entidad adjudicataria en la ejecución de las prestaciones objeto del servicio público.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión Mixta sólo tendrá capacidad para hacer recomendaciones a las partes, careciendo de competencias ejecutivas e interpretativas en el marco del contrato de gestión por concesión suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud e IDCSalud Villalba, S.A.



REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD-IDC SALUD MOSTOLES, S. A.

En aplicación de lo previsto en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, se constituye la Comisión Mixta como órgano de coordinación de las relaciones entre el Servicio Madrileño de Salud e IDCSalud Móstoles, S. A.

Asimismo, y en virtud de lo establecido en la cláusula 23.2 del pliego mencionado, la Comisión Mixta, en lo que respecta a su composición y normas de funcionamiento se regirá por el siguiente

REGLAMENTO

1. DE SU COMPOSICIÓN

Formará parte de la Comisión Mixta del Servicio Madrileño de Salud con IDC Salud Móstoles, S.A., los siguientes miembros con voz y voto:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo competente en la dirección de la evaluación, el análisis y el control del gasto sanitario del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.

b) Por parte de IDCSALUD MÓSTOLES, S.A:

- La persona que ostente la capacidad de actuar en nombre y representación de IDCSalud Móstoles, S.A, o persona en quien delegue.
- El Gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, o persona en quien delegue.
- El Director Médico del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, o persona en quien delegue.

Será Presidente de la Comisión Mixta, el titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, actuando como Vicepresidente la persona que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria.

Actuará como Secretario de la Comisión Mixta un funcionario del Servicio Madrileño de Salud con categoría, al menos, de técnico de apoyo, que no ostentará derecho de voz ni de voto.

Así mismo, formarán parte de la Comisión Mixta, con voz pero sin voto:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del órgano directivo competente en materia de sistemas de información sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención al paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- El Delegado de la Administración, al que se hace referencia en la cláusula 9.2.1 apartado 9 del pliego de cláusulas administrativas particulares.
- El titular del órgano directivo de la Consejería de Sanidad competente en materia de inspección sanitaria, o persona en quien delegue.

b) Por parte de IDCSALUD MÓSTOLES, S.A:

- El titular de la Dirección Económico-Financiera del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.
- El titular de la Dirección de Continuidad Asistencial.

2. DE SU FUNCIONAMIENTO

La Comisión se reunirá:

- Con carácter ordinario, trimestralmente.
- Con carácter extraordinario, a instancias de cualquiera de las partes.

Los acuerdos se adoptarán por mayoría de los votos, dirimiendo el voto del Presidente.

Para la resolución de las posibles discrepancias se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula vigésima del contrato de gestión de servicio público.

En función de los asuntos a tratar, se podrán incorporar a la comisión, sin derecho a voto, los asesores técnicos que se consideren oportunos, teniendo en cuenta la naturaleza de las funciones atribuidas a esta comisión.

De forma supletoria, en las cuestiones relativas a deliberaciones, acuerdos y funcionamiento de la Comisión Mixta, se aplicará lo dispuesto en el Capítulo II, del Título II, de la Ley 3011992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3. DE SUS FUNCIONES

Conforme a lo dispuesto en cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares, corresponderá a la Comisión Mixta de Seguimiento, entre otras funciones:

- a. Velar por la ejecución ordinaria del contrato por parte de la entidad adjudicataria.
- b. Proponer la adopción de medidas a la vista de los resultados obtenidos por la entidad adjudicataria en la ejecución de las prestaciones objeto del servicio público.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión Mixta sólo tendrá capacidad para hacer recomendaciones a las partes, careciendo de competencias ejecutivas e interpretativas en el marco del contrato de gestión por concesión suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud e IDCSalud Móstoles, S.A.

