

**GUIA DE GESTION DE CONSULTAS EXTERNAS EN
ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

Coordinación General

Leticia Moral Iglesias
Subdirectora General de Atención Especializada

Coordinación Técnica

Mónica Alonso González
Asesora Técnica. Subdirección General de Atención Especializada

Grupo de Trabajo

Mercedes Alfaro Latorre
Jefe de Área. Subdirección General de Atención Primaria

Ana Broto Civera
Jefe del Servicio de Admisión. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza

Julia Camarero Bravo
Consejera Técnica. Subdirección General de Atención Especializada

Francisco Antonio Cárceles Guardia
Director Médico. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

Javier J. Etreros Huerta
Jefe de Servicio. Subdirección General de Atención Primaria

Jesús Fernández Sanz
Jefe del Servicio de Admisión. Complejo Hospitalario de Ciudad Real

Paloma González Cloute
Jefe del Servicio de Admisión. Hospital Severo Ochoa. Madrid

Sagrario Martínez Moreno
Coordinadora del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Carmen Martínez de Pancorbo y González
Jefe del Servicio de Admisión. Hospital Universitario de Guadalajara

Roberto Parra Cid
Asesor Técnico. Subdirección General de Atención Especializada

Angel Sanz Aiz
Director Médico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

Cristina Valdivieso Blanco
Subdirectora Médico. Área 2 de Atención Primaria. Madrid

Indice	Pag.
PRÓLOGO.....	1
INTRODUCCIÓN	2
1. OBJETIVOS	4
1.1. Objetivo General.....	4
1.2. Objetivos Específicos	4
2. INSTANCIAS IMPLICADAS EN LA GESTIÓN	4
3. PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN DE AGENDAS	7
3.1. Definición de agendas	7
3.2. Planificación de agendas	8
3.3. Gestión de la agenda.....	9
4. PROCEDIMIENTO DE CITA.....	10
4.1. Gestión de citas por Atención Primaria.....	12
4.2. Gestión operativa de citas	12
4.3. Información general y acreditación documental de la cita para el paciente	13
5. INFORMACIÓN CLÍNICA EN CCEE.....	14
6. REGISTRO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS	14
6.1. Definición	14
6.2. Criterios de inclusión en el registro.....	15
6.3. Ambito de procedencia de los pacientes de consultas externas	15
7. MOVIMIENTOS EN EL REGISTRO DE CONSULTAS EXTERNAS	16
7.1. Salida del registro de CCEE	16
8. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS.....	19
9. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	19
ANEXO 1. CONCEPTOS ESENCIALES.....	20
ANEXO 2. ESTRUCTURA y ATRIBUTOS DE LA AGENDA.....	24
ANEXO 3. DATOS MÍNIMOS PARA LA TRAMITACION DE UNA CITA	25
ANEXO 4. SISTEMA DE INFORMACIÓN	27
ANEXO 5. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	33

PRÓLOGO

Las consultas externas de los hospitales, a pesar de haber sido siempre el principal punto de contacto del hospital con la población de su área de influencia, han ocupado hasta hace poco un papel secundario frente al área de hospitalización. Buena prueba de ello son las innumerables actuaciones realizadas desde diversos ámbitos para mejorar los sistemas de información, analizar organización y funcionamiento y conocer costes del área de hospitalización, frente al escaso interés demostrado por el área de consultas externas.

Sin embargo, en un entorno marcado por la creciente ambulatorización de procesos, las consultas externas cobran una relevancia cada vez mayor. Nos encontramos sin duda en los inicios de una nueva etapa, en la que no se escatimarán esfuerzos para abordar la compleja, y por ello apasionante, tarea de mejorar el funcionamiento de las consultas externas.

La base para implantar cualquier plan de mejora es disponer, entre otras, de dos herramientas básicas: unos criterios normalizados de actuación y un sistema de información fiable que permita monitorizar el impacto de las medidas de mejora.

Esta Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada elaborada por expertos profesionales de los hospitales del INSALUD, da respuesta a esos dos requerimientos, básicos, y constituirá a partir de ahora un punto de referencia de futuros planes de reducción de la demora en consultas externas, el objetivo largamente perseguido, y no totalmente alcanzado.

Esta Guía es un paso más hacia su consecución.

LETICIA MORAL IGLESIAS

Subdirectora General de Atención Especializada

INTRODUCCIÓN

La actividad desarrollada en Consultas Externas, surgida como apoyo a la de hospitalización, ha ocupado tradicionalmente un papel secundario frente a ésta. El mayor consumo de recursos y la atención a casos más complejos y paradigmáticos de las diferentes Especialidades Médicas que hasta ahora se asociaba a la hospitalización, ha justificado el mayor interés por esta área de gestores y profesionales sanitarios.

En los últimos años, sin embargo, la conjunción de una serie de factores ha modificado esta situación promoviendo que las consultas externas cobren un mayor protagonismo. Entre estos factores cabe destacar la tendencia a la atención ambulatoria de los procesos en detrimento de la hospitalización; el aumento de la actividad en consultas, como consecuencia del supuesto anterior y del aumento de la demanda en Atención Especializada; las demoras excesivas en consultas externas, con lo que ello supone de pérdida de calidad de la asistencia; las deficiencias en la gestión de la actividad de consulta externa que genera insatisfacción en pacientes y profesionales.

En el año 1999, en el conjunto de la Atención Especializada del INSALUD se realizaron 1.183.540 ingresos y 5.190.260 asistencias en urgencias, cifras muy inferiores a las 21.840.024 consultas efectuadas, lo cual corrobora la importancia de las consultas externas en cuanto a volumen de actividad. Por otra parte, auditorías realizadas en varios hospitales, permitieron constatar que en ocasiones se produce hasta un 20% de incomparecencia y hasta un 5% de desprogramaciones a instancia del propio hospital. Lo que ilustra la, todavía, insuficiente implicación de los directivos de los centros y del conjunto de profesionales en la gestión de las consultas externas y la propia complejidad de la misma.

En este contexto, y en el marco del conjunto de medidas realizadas dentro del Programa de Reducción de la Demora de Consultas Externas, se ha elaborado la **Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada**. En su realización han participado profesionales de los hospitales del INSALUD, fundamentalmente miembros de la Dirección Médica y Servicio de Admisión y Documentación Clínica, y también responsables de Atención Primaria coordinados por la Subdirección General de Atención Especializada.

La inclusión en el grupo de trabajo de representantes de Atención Primaria es obligada pues el óptimo manejo de las Consultas Externas de Atención Especializada precisa de la implicación de Atención Primaria, que en la vigente organización asistencial se configura como la "puerta de acceso al sistema".

La Guía constituye una herramienta de trabajo para adoptar criterios de gestión uniformes en el ámbito del INSALUD. Define una terminología homogénea e identifica los responsables de las principales funciones relativas a la gestión de consultas. Desarrolla criterios explícitos para la gestión de la actividad programada, responde a la necesidad del uso de agendas definidas y validadas según la realidad asistencial, y establece procedimientos de citación para favorecer la accesibilidad del paciente con el fin último de suministrarle la cita en el momento de su tramitación.

Por último, la Guía responde a la necesidad de definir un sistema de información fiable, mediante el registro individualizado de pacientes pendientes de ser atendidos en consultas externas, que verifique las entradas y salidas del mismo. Para ello es imprescindible la informatización de las citas y actividad en consulta externa. El sistema de información vigente hasta la fecha presenta ciertas limitaciones que reducen su validez y fiabilidad ya que consiste en datos agregados sin información sobre fechas de entrada o de cita. Además, la diversidad de lugares y actores que participan en la recogida de información dificultan la normalización de los datos y su permanente actualización.

Como herramienta de trabajo cotidiano, la Guía pretende ser concisa y, por lo tanto, sintetizada. Por consiguiente, los contenidos susceptibles de mayor difusión entre gestores y profesionales sanitarios, constituyen el cuerpo de la Guía, y los aspectos de especial relevancia que requerían una referencia más pormenorizada, han sido añadidos en forma de Anexos para aquellos que deseen profundizar en aspectos más técnicos de la gestión. Igualmente, se ha incluido una definición comentada de los términos relativos a consultas externas utilizados a lo largo de este documento.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Establecer un **marco normativo**, que garantice una **gestión homogénea de la actividad en las consultas externas** (CCEE) de Atención Especializada del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

1.2. Objetivos específicos

1. Desarrollar criterios que definan un modelo normalizado de gestión integral de consultas externas, desde la petición de una consulta hasta que concluya la valoración diagnóstica o terapéutica en el ámbito de Atención Especializada (AE).
2. Definir la responsabilidad de las instancias implicadas en la gestión de las Consultas Externas.
3. Definir los requisitos mínimos de un Sistema de Información de CCEE que dé respuesta a las necesidades de todas las instancias implicadas.
4. Establecer criterios de evaluación de la gestión de las Consultas Externas.

Para la correcta comprensión de los siguientes apartados de esta Guía se ofrece en el Anexo 1. una relación de términos empleados en la misma así como la definición operativa de estos conceptos.

2. INSTANCIAS IMPLICADAS EN LA GESTIÓN

La gestión de las consultas externas implica de forma especial a una serie de instancias con tareas y responsabilidades que le son propias y que se relacionan a continuación.

‡ *Dirección Provincial*

- Responsable último del cumplimiento de los objetivos institucionales de CCEE.
- Establece el mapa de Servicios de Referencias en su ámbito territorial.
- Garantiza la adecuación de la oferta y demanda.
- Responsable de la realización y cumplimiento del Pacto de oferta/demanda.

‡ *Equipo Directivo del Hospital*

- Responsable a nivel del Centro de la adecuada gestión de la actividad en consultas externas y por

tanto, entre otras actuaciones de: aprobar la planificación de agendas, garantizar el cumplimiento de la previsión de actividad y coordinar la gestión operativa del proceso de obtención y tramitación de citas.

- Responsable del establecimiento y cumplimiento de la cartera de servicios en CCEE.
- Responsable de la coordinación con AP. Manteniendo la responsabilidad última de esta función en la gerencia del centro, en cada hospital existirá un responsable operativo de coordinación con AP.
- Propone a la Dirección Provincial la oferta de consultas a Atención Primaria.
- Garantiza la fiabilidad y normalización de los flujos de información sobre CCEE tanto internos como externos.
- Establece y evalúa conjuntamente con el equipo directivo AP el flujo de información entre niveles, que incluirá entre otros aspectos los Informes Clínicos y la hoja de interconsulta (PIC)
- Garantiza que las derivaciones de pacientes a Servicios de Referencia respondan a las pautas establecidas por instancias superiores.

‡ ***Servicios Clínicos***

- Responsables de la planificación y estabilidad de las agendas de consultas externas
- Gestionan operativamente la demanda de las consultas sucesivas.
- Protocolizan los criterios clínicos de derivación entre niveles y de utilización de recursos tecnológicos de forma conjunta con los Facultativos de AP.
- Responsables de la elaboración de los informes clínicos de seguimiento y alta de los pacientes atendidos en CCEE, y entre ellos de la hoja de interconsulta.

‡ ***Servicio de Admisión y Documentación Clínica***

- Habilita la estructura de la agenda y mantiene la disposición de las mismas.
- Responsable del registro centralizado de los pacientes en CCEE, y por ello entre otras actividades de: la gestión operativa de los movimientos en el registro, el cumplimiento de las normas para la inclusión de pacientes en el registro y gestión de la cita, así como la captura de la actividad.
- Proporciona información sobre la evolución de la demanda y gestión de las citas para la planificación, gestión y toma de decisiones.
- Suministran las citas de consultas primeras, así como las citas de consultas sucesivas, en el caso excepcional de que estas no sean proporcionadas en la propia consulta.
- En aquellas agendas gestionadas por Atención Primaria, en caso de conexión a tiempo real, habilita el acceso de este nivel asistencial a la correspondiente sección de la agenda, o en caso contrario, remite a ésta la estructura de la agenda una vez definida.
- Difunde los listados de trabajo de CCEE a los servicios clínicos.

- Suministra la historia clínica, allí donde exista un archivo centralizado.
- Es, con carácter general, la referencia de los pacientes para todos los aspectos administrativos de acceso a CCEE.
- Gestiona la derivación de pacientes a los Servicios de Referencia.

Por la relevancia que Atención Primaria tiene en la génesis y gestión de la demanda de CCEE, se definen, a continuación, las responsabilidades de este nivel asistencial con relación a las CCEE de AE.

‡ **Equipo Directivo de Atención Primaria**

- Responsable de la coordinación con AE. Manteniendo la responsabilidad última de esta función en la gerencia del área, en cada área existirá un responsable operativo de coordinación con AE
- Propone a la Dirección Provincial la demanda de consultas a Atención Especializada.
- Garantiza la fiabilidad y normalización de los flujos de información sobre CCEE tanto internos como externos, que entre otras actividades incluye la comunicación mensual a AE de aquellos datos sobre demora y pacientes en lista de espera de las agendas gestionadas por AP.
- Responsable del cumplimiento de los plazos y procedimientos de notificación a AE de los pacientes citados en las agendas gestionadas por AP.
- Establece y evalúa conjuntamente con el equipo directivo AE el flujo de información entre niveles, que incluirá entre otros aspectos los Informes Clínicos entre AE y AP
- Garantiza el cumplimiento del pacto de consumo del Área desde el punto de vista de la demanda.
- Asigna la oferta de consultas especializadas a las diferentes Unidades Clínico-Asistenciales de AP, en función del pacto Oferta Demanda.
- En las agendas gestionadas por AP es responsable de la evaluación y corrección de las asimetrías de demora entre centros.

‡ **Equipos de Atención Primaria**

- Son los responsables de realizar una correcta indicación de consulta especializada, en el contexto de los volúmenes de derivación previamente pactados con sus Equipos directivos con el fin de contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales de demora.
- Priorizan los pacientes con criterios clínicos estandarizados, de manera que la demora sea la menor posible y adecuada a su situación clínica.
- Responsables de la cumplimentación completa de la hoja de interconsulta.
- Adoptan las medidas necesarias para que los resultados de los estudios complementarios, por ellos solicitados, estén disponibles por el especialista en el momento de realizar la consulta.

‡ **Unidades Administrativas de los Centros de Salud**

- Suministran las citas de primeras consultas en agendas gestionadas por AP y tramitan las citas de primeras consultas en agendas gestionadas por AE y con carácter excepcional (y con soporte documental emitido por el médico especialista), también de sucesivas.
- Proporcionan a los pacientes, cuando estos lo requieran, información sobre el catálogo de especialistas accesibles a libre elección, para lo cual han de ofrecer información sobre demoras de las diferentes especialidades y agendas en catálogo.
- Proporcionan información a la gerencia de AP sobre la demora y pacientes pendientes de consulta en las agendas gestionadas por AP.
- Proporcionan a AE la información sobre los pacientes citados en las agendas gestionadas por AP, mediante el procedimiento y los plazos establecidos para garantizar el máximo rendimiento de la agenda (cuando no existe conexión informática a tiempo real).

3. PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN DE AGENDAS

3.1. Definición de agendas

Todas las prestaciones programadas que se desarrollan en consultas externas deben tener definidas sus agendas de acuerdo a los criterios, desarrollados en este punto.

Las agendas son ...
...definidas y planificadas por los Servicios...
... aprobadas por la Dirección del Centro....
...El Servicio de Admisión proporciona e soporte operativo para la planificación de la oferta de consultas....

El conjunto de agendas integrará la *Cartera de Servicios de consultas externas de AE del área*.

Las agendas serán definidas por cada servicio y validadas por la Dirección del Centro. El número de agendas a habilitar en cada Centro responde a las características del mismo, definiéndose por especialidad y/o facultativo y/o tipo de patología.

Con carácter general, todas las agendas deben estar en soporte informático.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) proporcionará el soporte operativo preciso para definir las agendas facilitando información periódica sobre la demanda y demora existente a la Dirección Médica y los Servicios Asistenciales.

Es responsabilidad del SADC mantener las agendas de acuerdo a los criterios establecidos por la normativa vigente y a las necesidades organizativas e informativas del Hospital, los Centros de Especialidades y el conjunto del Area Sanitaria.

3.2. Planificación de agendas

Se debe promover la estabilidad de la agenda por lo que, en la medida de lo posible, la actividad de CCEE tenderá a mantenerse en la misma medida que las restantes actividades asistenciales.

La planificación de las agendas tendrá como meta evitar las reprogramaciones y que no haya pacientes en espera de cita por estar la agenda cerrada. Por ello las modificaciones de la planificación de agendas tenderán a ajustarse a los siguientes criterios y plazos considerados óptimos desde el punto de vista institucional:

Criterio	Marco o Periodo temporal recomendado
<i>Planificación de Agendas</i>	Operativas durante los 12 meses siguientes y adecuada a la demanda prevista.
<i>Solicitudes de ausencias programadas¹</i>	30 días de antelación (para garantizar la estabilidad de las agendas y la provisión de las consultas comprometidas sin repercusión en la demora)
<i>Planificación de las guardias</i>	Adaptada al marco temporal de definición de la agenda o, en su defecto elaborada con 3 meses de anticipación
<i>Periodos vacacionales²</i>	Al menos 2 meses antes del inicio de ese periodo. La agenda no debe estar sujeta a variaciones por cambios de periodos vacacionales de última hora.

La finalidad última de la estabilidad de la agenda es promover una asistencia accesible, ágil y de calidad

¹ Asistencia a Congresos, actividades docentes que supongan modificación en la actividad de consultas externas.

² Suministrada al Servicio de Admisión con el VºBº de la Dirección del Centro.

al paciente, consecuencia de una implicación de los profesionales en la gestión de CCEE.

En consecuencia, las alteraciones en la programación de la actividad de consultas no notificadas en los plazos establecidos deberán ser asumidas desde el punto de vista operativo por la propia Unidad Asistencial, correspondiendo al responsable de la misma la adopción de las medidas necesarias para mantener la programación o reorganizarla aumentando la actividad en los días previos o posteriores de acuerdo a lo recogido en el apartado siguiente.

3.3. Gestión de la agenda

La gestión operativa de las agendas conlleva en ocasiones la realización de actualizaciones en tiempo real. Estas actualizaciones son necesarias para hacer frente a variaciones puntuales de la demanda, reajustes de la actividad entre áreas asistenciales y en general, adaptaciones a situaciones no previstas en la planificación habitual.

Los mecanismos de gestión son:

a. **Bloqueo**, es la inhabilitación transitoria de una agenda o de parte de la misma.

Indicado ante desequilibrios en la espera entre agendas de la misma unidad asistencial, períodos de permisos autorizados o agendas ofertadas sólo para determinadas épocas del año.

b. **Sobrecarga de agendas**, es la atención a pacientes por encima de la actividad previamente definida.

La cual se valorará ante situaciones de aumento puntual de la demanda y compensaciones de bloqueos transitorios.

c. **Adecuación de la oferta / demanda A. Primaria –A. Especializada**

En las agendas de primeras consultas con acceso directo para AP, si existiese una asimetría en la demora entre agendas de AP y AE, y en consonancia con los pactos de consumo entre niveles, debería estudiarse la adecuación de las derivaciones a AE, así como el grado de resolución en AP, y en caso necesario establecer un reajuste en la oferta de citas para AP o AE con el objetivo de situar la demora en términos de mayor equidad.

La aplicación de los mecanismos de gestión enumerados puede, en ocasiones, conllevar la **anulación** y/o **reprogramación** de una cita.

Anulación de una cita es la cancelación de la cita.

Reprogramación es el cambio de fecha de la consulta, que comprende desprogramación, asignación de la nueva fecha de cita y comunicación de ésta al paciente

Si las pautas propuestas en la planificación de agendas se ponen en práctica, las anulaciones y reprogramaciones de las citas ya suministradas a los pacientes, se limitarán notablemente, quedando restringidas a situaciones puntuales.

Con carácter general las desprogramaciones de las citas, propuestas por los Servicios, deberán ser autorizadas por la Dirección Médica.

A todos los pacientes cuya cita ha sido desprogramada por motivos ajenos al paciente se les suministrará una nueva cita en un rango no superior a 5 días, lo que implica, si es necesario, sobrecarga de agendas.

Corresponde al Servicio de Admisión y Documentación Clínica efectuar la desprogramación y reasignación de las citas, salvo en los casos previstos en el apartado 3.2.

4. PROCEDIMIENTO DE CITA

La tramitación de una cita para una consulta de AE precisa que se cumplan una serie de requisitos y se disponga de soporte documental de la petición de consulta, de acuerdo con lo recogido en el Anexo 3.

Asignación de cita

Los procedimientos de citación deben orientarse a favorecer la accesibilidad del paciente, así como a minimizar y agilizar el proceso administrativo. En consecuencia:

▶ Se tenderá a suministrar la cita directamente al paciente en el momento de producirse la petición para ser visto en consulta, por ello:

- Debe generalizarse la gestión directa, por parte de AP, de las citas de primera consulta para las diferentes especialidades abiertas a AP, priorizando aquellos casos en los que existe un soporte informático adecuado.

- Para las agendas de primera consulta gestionadas por la propia AE, la tramitación de la cita, además de en el propio SADC, se deberá poder realizar a través de las Unidades Administrativas de AP. Estas solicitarán la cita al Servicio de Admisión de AE que deberá comunicar la cita, en un

plazo no superior a 2 días hábiles desde su recepción, a las Unidades Administrativas de AP, que serán las responsables de comunicar la cita al paciente.

- Las citas para consulta sucesiva tenderán a suministrarse en la propia consulta en el momento en que se indiquen por parte del especialista. De no ser así, además de en el propio SADC podrán tramitarse a través de las unidades administrativas de AP, siempre con el necesario soporte documental de la indicación de consulta sucesiva.

- ▶ Si, excepcionalmente, no se pudiese suministrar la cita directamente en el mismo momento de su tramitación, la unidad administrativa que tramite la cita se responsabilizará de comunicársela al paciente por otro medio. En este supuesto quedará constancia mediante el oportuno registro de que el paciente está pendiente de cita. En ningún caso se deberá indicar al paciente que reitere la petición de cita.

Fecha

- ▶ Se tenderá, en la medida de lo posible, y primando la continuidad clínico asistencial, a ofertar al paciente el primer hueco libre priorizando la demora sobre otras circunstancias.

Circunstancias especiales de la solicitud de la fecha de cita

- Aplazamiento voluntario: Podrán existir circunstancias vinculadas a la voluntad del paciente, por la que el mismo rechace la primera fecha de cita posible solicitando una fecha posterior. Tales casos se registrarán en el sistema de información como "*Aplazamiento voluntario*". Tendrán también esta consideración aquellos casos en los que es posible conceder una fecha anterior de cita y, sin embargo, el paciente desea esperar por *libre elección de médico*.

- Cita a fecha fija por criterio médico: Cuando exista la indicación médica de que la consulta se realice en un periodo determinado, en una fecha distinta a la primera fecha posible, la cita se suministrará de acuerdo a la indicación del médico peticionario responsable y se registrará en el sistema de información como "*Cita a fecha fija por criterio médico*".

Hora

- ▶ A todos los pacientes se les suministrará cita horaria personalizada, con el fin de evitarles esperas innecesarias y a su vez maximizar la eficiencia de las consultas.

4.1. Gestión de citas por Atención Primaria

La gestión de agendas por AP determina que la unidad encargada de gestionar y suministrar la cita al paciente sea la unidad administrativa de AP, facilitando así la accesibilidad, a la par que implicando un compromiso de mejor uso de los recursos por parte de los profesionales de AP.

Para que ello sea posible, Atención Especializada deberá definir la estructura de la agenda y garantizar la estabilidad de la misma.

La gestión directa de las agendas por Atención Primaria implica la asunción por parte de este nivel asistencial de las siguientes responsabilidades:

- Priorizar los pacientes
- Suministrar la cita al paciente, en el momento de la solicitud, en la propia unidad de AP
- En su defecto, según lo expuesto en el apartado 4, comunicar la cita al paciente
- Proporcionar al paciente la información a que se hace referencia en el apartado 4.3.
- Comunicar la cita a AE con la antelación acordada por ambos niveles
- Mantener los huecos de cita llenos al completo, y en su defecto informar de los huecos libres a AE, para que puedan ser utilizados por este nivel.
- Confirmar la cita y adoptar las medidas necesarias para reducir los pacientes no presentados, cuando las circunstancias aconsejen adoptar estas medidas (ver apartado siguiente).

La oferta de citas de AE se distribuirá entre los Equipos de AP en función de la población asignada y tendencias de la demanda, garantizando la equidad en el acceso para los diferentes Equipos. En caso de producirse desajustes significativos entre las demoras de los diferentes Equipos, se procederá a analizar la adecuación de la demanda y, en su caso, a reasignar cupos a los Equipos.

4.2. Gestión operativa de citas

Coordinación con pruebas complementarias

La gestión de la cita en consulta de manera aislada, produce, en gran número de ocasiones, molestias innecesarias a los pacientes, si no se hace con la coordinación con la cita de pruebas complementarias.

Por ello:

- Cuando los pacientes sean derivados desde AP, en este nivel asistencial se adoptarán las medidas necesarias para que aporten los resultados de las exploraciones complementarias que ya les han sido realizadas.
- En AE se establecerán los mecanismos necesarios para que en las consultas sucesivas las pruebas complementarias solicitadas se encuentren disponibles en el momento de la consulta.

Confirmación de citas

Con carácter general e implicando tanto a AP como AE en sus ámbitos respectivos de gestión, se tenderá a disminuir el volumen de citas fallidas o vacantes por incomparecencia de pacientes. Por ello:

- En el momento de suministrar la cita, se solicitará al paciente que comunique posibles inasistencias a citas previamente concertadas, para que estas puedan ser utilizadas por otros pacientes.
- Cuando se produzcan porcentajes elevados de inasistencia y demoras importantes, deberá valorarse el establecimiento de un sistema de confirmación de cita, mediante cartas recordatorias o incluso llamadas telefónicas, con reasignación de los huecos que pudieran generarse.
- Los recordatorios telefónicos de cita deberán documentarse y ajustarse a un protocolo de llamada para evitar la repetición de las mismas. Deben proporcionar, al menos, la siguiente información: especialidad, facultativo, día y hora, ubicación física de la consulta, teléfono de contacto e información.

4.3. Información general y acreditación documental de la cita para el paciente

En el momento de suministrarle la cita, se proporcionará al paciente la información sobre la misma, se le entregará un documento informativo normalizado y se le resolverán las dudas que plantee.

El documento contendrá información sobre los siguientes aspectos:

- **Datos de la cita:** Fecha y hora, nombre y localización de la consulta y condiciones previas a la consulta (si procede).
- **Referencia a los deberes del paciente:** compromiso de actualización de los datos administrativos

de su registro y otros que puedan afectar a la correcta gestión de su cita (especialmente cambios de domicilio o teléfono, variaciones en su decisión de acudir a la cita, etc.).

- **Establecimiento de un punto de referencia con el centro:** persona o cargo, lugar de trabajo y teléfono de contacto, donde se centre la relación con el centro durante su tiempo de espera. A tal efecto, el teléfono de contacto designado como punto de referencia debe ser de fácil comunicación.
- **Necesidad de acudir a la cita con los resultados de las pruebas** que, con anterioridad, hayan podido realizarle.

5. INFORMACIÓN CLÍNICA EN CCEE

Cada vez que se toma una decisión diagnóstica o terapéutica que vaya a ser utilizada por otro profesional, es necesario que exista un informe escrito con los ítems básicos cumplimentados:

- ✓ Anamnesis y exploración física
- ✓ Exploraciones complementarias solicitadas
- ✓ Valoración diagnóstica
- ✓ Recomendaciones terapéuticas y sobre Incapacidad Temporal
- ✓ Necesidad de revisiones por el especialista (y plazo recomendado) o alta

En el caso de pacientes con consultas sucesivas regladas, el facultativo cumplimentará un informe clínico con la periodicidad oportuna, que recogerá los mismos aspectos del PIC.

6. REGISTRO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS

6.1. Definición

Con carácter genérico se define el *Registro de pacientes en Consultas Externas*, como el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran pendientes de ser vistos para una consulta en AE, teniendo documentada tal petición¹

¹ De acuerdo con lo anterior, no deben ser incluidos las interconsultas entre especialidades en un paciente ingresado y las urgencias atendidas en los locales de consulta.

6.2. Criterios de inclusión en el registro

Se incluyen en el Registro de CCEE todos aquellos pacientes remitidos a una consulta externa por un médico autorizado por la Institución para solicitar consultas a Atención Especializada.

- ⇒ El registro de CCEE debe ser único y centralizado en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
- ⇒ La inclusión en el Registro de CCEE se produce en el momento de la recepción de la petición de cita.
- ⇒ Todo paciente incluido en el Registro de CCEE deberá contar con una documentación mínima que sustente la indicación de la consulta de acuerdo con lo recogido en el Anexo 3.
- ⇒ Los pacientes remitidos a más de una consulta de AE, quedarán incluidos en los diferentes registros de CCEE de cada Especialidad.
- ⇒ En el caso de Servicios de Referencia, los pacientes derivados quedarán incluidos exclusivamente en el registro del servicio receptor en el momento que la derivación sea efectiva, debiendo, no obstante, quedar constancia de la derivación en el hospital de origen.
- ⇒ Cuando no exista conexión informática en tiempo real:
 - En las agendas gestionadas por AP, las Gerencias de AP y AE de cada Área acordarán el procedimiento por el que esas citas quedan inscritas por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital en el Registro de CCEE.
 - En las citas sucesivas facilitadas en las propias consultas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica se encargará de la inclusión de las citas en el registro. En el caso de existir conexión en tiempo real, la cita para consulta sucesiva conlleva la inclusión concurrente en el Registro Centralizado del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

6.3. Ámbito de procedencia de los pacientes de consultas externas

Atención Primaria

De acuerdo con la normativa vigente, el acceso inicial a las consultas externas de AE será

preferentemente desde Atención Primaria.

Atención Especializada

En AE podrán derivarse pacientes desde el propio hospital, urgencias (excepcionalmente), los CEP o desde otros hospitales.

Otros

Con carácter particular, y siempre con criterios protocolizados a nivel de cada Centro, podrán incluirse en el Registro de CCEE, pacientes con procedencia en otras instancias (Por ej. Centros de Atención a Drogodependientes, Centros del INSERSO), siempre que el peticionario de consultas sea un médico.

7. MOVIMIENTOS EN EL REGISTRO DE CONSULTAS EXTERNAS

La gestión operativa de los movimientos en el Registro de CCEE, corresponde exclusivamente al Servicio de Admisión. Como criterio general, deberá existir una acreditación documental que justifique el movimiento en el Registro de CCEE.

7.1 Salida del Registro de CCEE

a) Consulta con valoración clínica efectuada en jornada ordinaria

Toda consulta con constancia de haber sido efectuada en jornada ordinaria supondrá la salida del paciente del Registro de CCEE de esa agenda.

b) Consulta con valoración clínica efectuada en jornada extraordinaria

Toda consulta con constancia de haber sido efectuada en jornada extraordinaria supondrá la salida del Registro de CCEE de esa agenda.

c) Renuncia voluntaria

Se procederá a dar de baja del Registro de CCEE, cuando el paciente renuncie voluntariamente a la consulta que tenía citada. Debe quedar constancia escrita en los registros de Admisión de la renuncia del paciente.

d) No presentado

Si el paciente no acude a la cita programada, causará baja en el Registro de CCEE. Si esto sucede y, puesto de nuevo en contacto con el SADC, justifica su incomparecencia, se procederá a suministrarle una nueva cita (y una nueva inclusión en el registro de CCEE) en el primer hueco disponible. En el caso de que el paciente no se presente de manera reiterada y pida una nueva cita se le remitirá a su médico de AP.

e) Aplazamiento de la fecha de cita a petición del paciente

Si el paciente solicita, con carácter previo, aplazar la cita, causará baja en el Registro (salida del registro) y se le proporcionará una nueva cita (anulando la previa) dejando constancia de tal situación como "Reprogramación por petición del paciente". (Figura 1)

En el caso de que el paciente solicite aplazar de forma reiterada una cita se le remitirá a su médico de AP.

f) Aplazamiento de la fecha de cita por motivos debidos al propio hospital

Si por causas ajenas al paciente es necesario modificar la fecha de cita, se procederá a darle de baja en el Registro de CCEE (salida del registro) y registrarle como una nueva entrada con la salvedad de que se mantendrá la fecha de inclusión primitiva, dejando constancia de tal situación como "Reprogramación por motivos del propio hospital". (Figura 2)

g) Consulta realizada por centro concertado u otro centro INSALUD

Si el paciente es visto en un centro concertado u otro centro INSALUD se asignará como fecha de salida la fecha de la nueva cita en el centro concertado o en el otro centro INSALUD¹.

h) Cita errada o error administrativo

Si por causas administrativas la cita contiene un error en la especialidad, agenda o tipo de prestación, se procederá a darle salida por este motivo al subsanar la falta realizada.

¹ No se incluye en este apartado el paciente derivado a un centro de referencia ya que el paciente o a) no figurará en el Registro de CCEE si es referido sin ser atendido por un especialista o b) si es atendido por un especialista del hospital de origen, el cual solicita la derivación, saldrá del registro por Consulta con valoración clínica efectuada (motivos 1 ó 2)

i) Consulta realizada sin cita previa

Es aquella consulta realizada durante el tiempo asignado para consulta cuya actividad no estaba programada previamente y para la que la atención a urgencias no está contemplada. No constituye propiamente una salida del registro porque estos pacientes nunca estuvieron en el mismo. Quedará registrada únicamente con la captura de actividad y se especificará como fecha de salida la del día de consulta y en el motivo de salida: "consulta realizada sin cita previa". No será de obligada cumplimentación la información sobre el peticionario, la prioridad clínica, el financiador, el historial de la cita, las circunstancias de la solicitud de la cita, la fecha de tramitación de la cita y la fecha de consulta asignada.

Figura 1

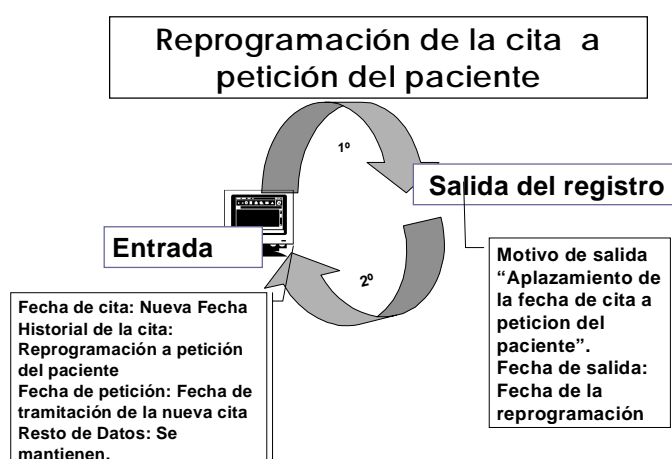
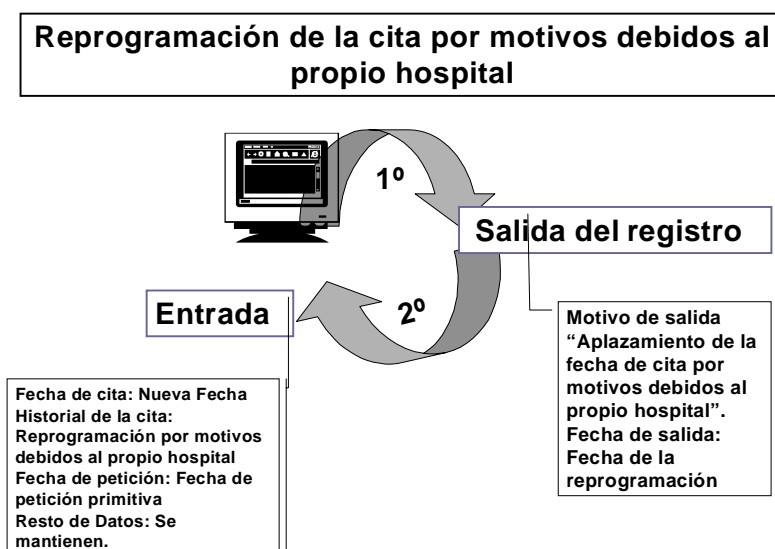


Figura 2.



8. SISTEMA DE INFORMACION DE CONSULTAS EXTERNAS

En el Anexo 4 se recoge el contenido del sistema de información de CCEE, la definición de indicadores y los criterios de cálculo de las demoras.

9. EVALUACION DE LA GESTIÓN

En el Anexo 5 se exponen las áreas de evaluación de la gestión de CCEE, las instancias responsables de dicha evaluación, así como una serie de indicadores relacionados con la gestión de CCEE, que deben ser objeto de monitorización periódica.

ANEXO 1. CONCEPTOS BÁSICOS

A. Consulta

Todo acto médico realizado de forma ambulatoria, en un local de consultas externas, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física.

Los elementos claves de esta definición son:

- Acto médico, es decir realizado por un médico (de AE).
- Realizado de forma ambulatoria, es decir en un paciente ambulatorio.
- Con base en la anamnesis y exploración física, es decir, *la consulta puede acompañarse de pruebas exploratorias, pero la realización aislada de estas últimas no es sinónimo de consulta.*

Físicamente, una consulta puede tener lugar en las consultas externas del propio hospital o de los centros de especialidades periféricos (CEP), en el centro de salud (programa de desplazamiento de especialistas), y en general en cualquier punto de la red asistencial.

Por tanto, no se califican como consultas:

- Las realizadas por **personal de enfermería**.
- Las realizadas a **pacientes ingresados** por peticiones entre Servicios de un mismo hospital
- La realización o el informe de **pruebas diagnósticas o terapéuticas**.
- La **extracción de muestras**.
- Los meros actos de **cumplimentación de impresos de peticiones**.

A.1. Primera consulta

La efectuada a un paciente por primera vez en una unidad asistencial concreta y por un proceso concreto.

Se considerarán primeras consultas:

- Todas las solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria (AP) en una unidad de especialización concreta para pacientes no atendidos con antelación en esa unidad y para los que

habiéndolo sido, ya fueron dados de alta por el médico especialista, acreditado mediante informe escrito.

- Las interconsultas con otra especialidad como elemento de progresión diagnóstica en el estudio de un paciente.
- Las consultas de cribaje poblacional. Estas consultas constituyen una actividad preventiva dirigida a la población sana, por lo que deberán ser asumidas progresivamente por los Equipos de AP.

No se consideran primeras consultas las derivaciones entre médicos de la misma especialidad o unidad asistencial, aún cuando sea desde una consulta general a una monográfica o de un centro de especialidades al hospital.

Los protocolos de derivación Primaria-Especializada que conlleven derivaciones pautadas al médico especialista, deberán explicitar si dichas derivaciones deberán computarse, o no, como primeras consultas, así como el nivel asistencial al que se imputan.

En el caso de pacientes que acuden a urgencias, se promoverá el seguimiento del paciente por su médico de Atención Primaria. Excepcionalmente, y cuando la situación del paciente lo aconseje, se citará en AE, la cual tendrá la consideración como una consulta nueva imputable a AE.

A.2. Consulta sucesiva

Toda aquella que deriva de una primera consulta o consulta sucesiva previa o se genera como seguimiento de un proceso de hospitalización, relacionada con una prestación específica o una misma especialidad, hasta el alta definitiva o su remisión a AP.

Por tanto, se consideran consultas sucesivas todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas y de la instancia administrativa donde se tramite la cita.

B. Consultas de alta resolución

Es una consulta, primera o sucesiva, en la que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y en consecuencia, este recibe diagnóstico y orientación terapéutica (y alta si procede).

C. Clasificación de las consultas según la prioridad clínica

C.1. Consulta preferente

De manera operativa, se considera que una consulta (primera o sucesiva) es preferente cuando el proceso y/o situación clínica del paciente, respondiendo, con carácter general a criterios consensuados y protocolizados de prioridad clínica, exige un tiempo de espera inferior al existente en esa especialidad para la obtención de una cita en un momento dado.

El criterio de preferencia se basará exclusivamente en motivos clínicos, y no en la procedencia del paciente (es decir de AP o AE).

C.2. Consulta ordinaria

Es la consulta cuya cita se puede mantener dentro del plazo de demora existente.

D. Cartera de servicios

Todo centro tendrá explícitamente definidas las prestaciones disponibles en CCEE, especificando claramente la forma de acceso a las mismas: libre, protocolizada o restringida, para AP y/o AE. Esta cartera deberá ser aprobada por la Dirección, conocida por todas las instancias implicadas y actualizada periódicamente.

E. Peticionarios

La solicitud de una consulta externa es una **decisión clínica exclusiva del médico**, bien de AP o AE. El médico solicitará una consulta con el especialista en el momento que haya agotado la vía diagnóstica y terapéutica que está a su alcance.

F. Agenda

Es la estructura organizativa de la actividad asistencial en consultas, sobre la que se produce la cita de

un paciente. Está definida por una carga de actividad y rango horario determinados. En su configuración no se debe contemplar la asistencia a casos urgentes que tendrá su propia mecánica al margen de la actividad programada.

G. Imputación de la actividad de consulta

Consultas imputables a Atención Primaria

Son aquellas que han sido solicitadas por decisión de un facultativo de AP y las así consensuadas en los protocolos de derivación AP-AE. Se incluyen las consultas de cribaje poblacional indicadas por el médico de familia o pediatra, bien por iniciativa propia, bien por estar protocolizado el cribaje entre los dos niveles asistenciales.

Consultas imputables a Atención Especializada

- Todas las consultas sucesivas que se produzcan durante el tiempo que transcurra desde la primera consulta que realiza el médico especialista hasta el alta del paciente en consultas externas.
- Las interconsultas solicitadas por médicos especialistas, incluso aunque estén originadas por una primera consulta solicitada por el médico de Atención Primaria.
- Las consultas procedentes de Urgencias y de hospitalización.
- Las consultas de cribaje poblacional indicadas por iniciativa del médico especialista.

H. Alta

Cuando el médico especialista determine el término de la valoración diagnóstica y/o terapéutica en Atención Especializada se producirá el alta del paciente en consulta externa. Sólo será considerada alta aquella que vaya refrendada mediante informe clínico y registro en la historia del paciente.

El proceso ambulatorio en consulta externa debe orientarse a la máxima resolución de ésta, primando el estudio y tratamiento inicial del paciente, potenciando el seguimiento evolutivo por su médico de AP.

ANEXO 2. ESTRUCTURA Y ATRIBUTOS BÁSICOS DE LAS AGENDAS DE CONSULTAS EXTERNAS

Estructura
✓ Identificación de: Agenda: código que identifica la agenda. Servicio: Servicio médico o quirúrgico para el que se programa la agenda. Médico: código del facultativo responsable o que va a utilizar la agenda. Centro: Código del centro al cual pertenece la agenda (Hospital, CEP o Centros de Atención primaria). Ubicación física donde se va a pasar la consulta correspondiente a esa agenda. Calendario: Días de la semana para los que se programa la agenda. Horarios: Rango horario para el que se programa la agenda. Número de pacientes por tipo de prestación: Número de consultas nuevas y sucesivas en cada tramo horario de la agenda. Si está ofertada a AP (acceso directo, indirecto, no acceso) y el número de citas asignadas.
Atributos
✓ La agenda tendrá un vigor de al menos 12 meses.
✓ Estructura estable (ver 3.2).
✓ Posibilidad de ampliación de la oferta.

ANEXO 3. DATOS MÍNIMOS RECOMENDADOS PARA SOLICITUD Y TRÁMITE DE CONSULTAS PRIMERA Y SUCESIVA

	Primera consulta	Consulta sucesiva
Identificación del paciente	Nº de CIP o de Historia clínica (según proceda en cada caso); nombre y apellidos; sexo; fecha de nacimiento, teléfono de contacto. En el caso de que la cita se tramite en AP, además, la dirección postal completa; aseguramiento (nº de afiliación/nombre del titular)	Nº de Historia clínica; nombre y apellidos
Peticionario	Médico que solicita la cita (código de identificación del puesto de trabajo); Procedencia de la solicitud: Servicio que solicita la cita (si es de Atención Especializada) o Centro de procedencia (si es de AP)	Médico que solicita la cita (código de identificación del puesto de trabajo); Servicio que solicita la cita
Prestación solicitada	Servicio/Médico para el que se solicita la cita; agenda solicitada; en el tipo de prestación solicitada vendrá consignada "primera"; prioridad clínica de la solicitud (preferente u ordinaria)	Servicio/Médico para el que se solicita la cita; agenda solicitada; en el tipo de prestación solicitada vendrá consignada "sucesiva". Fecha en el que debe citarse.
Clínicos	Resumen de anamnesis, exploración física, Exploraciones complementarias; motivo de la solicitud; diagnóstico de sospecha; tratamiento en curso. Especificar si el paciente está en Incapacidad Temporal	
Administrativos	Fecha de emisión de la interconsulta. Fecha de atención en la urgencia (si procede de Urgencias); Además si es de AP: Centro de salud que tramita la solicitud de cita, y observaciones que condicionen la gestión de la cita	Fecha de solicitud de la cita; Fecha de alta de hospitalización (si es una consulta sucesiva tras un alta de hospitalización); Fecha aproximada en que debe citarse al paciente; Además, si es tramitada por las Unidades Administrativas de AP recoger: Centro de salud que tramita la cita; observaciones que condicionen la gestión de la cita

Requisitos para la tramitación de una cita

A. Primera consulta

- ▶ Para la solicitud de una primera consulta el paciente deberá aportar al área administrativa a través de la cual tramite la cita, el documento de solicitud de consulta (Parte de Interconsulta u otro), debidamente cumplimentado. El documento de solicitud de primera consulta recogerá, al menos, los datos que aparecen en el Anexo 3.
- ▶ Para la solicitud de una consulta a partir de un episodio de urgencias, el paciente deberá aportar el Informe Clínico de Urgencias.

B. Consulta sucesiva

- ▶ Los datos mínimos recomendados en el caso de que la solicitud no sea tramitada en la propia consulta aparecen en el Anexo 3.
- ▶ De acuerdo con lo mencionado en el apartado 4 de esta Guía, **las citas de consultas sucesivas, con carácter general, serán suministradas en la propia consulta**, en el momento en que se indiquen por parte del facultativo. Posteriormente se encargará el Servicio de Admisión de la inclusión/informatización de las citas en el registro de CCEE (si no existe conexión en tiempo real).
- ▶ Las consultas sucesivas derivadas de un episodio de hospitalización serán tramitadas aportando el correspondiente Informe de Alta.
- ▶ Con carácter excepcional, y para facilitar los trámites a determinados pacientes, podrá tramitarse la cita a través de las unidades administrativas de AP, utilizando el informe escrito del médico especialista y no requiriendo paso a través del médico de AP.

C. Ordenes de asistencia procedentes de otras áreas sanitarias autorizadas u otros organismos

Recogerá, al menos los datos que aparecen en la siguiente tabla.

<i>Datos mínimos recomendados para tramitación de cita para primera consulta si el paciente procede de otras áreas sanitarias autorizadas u otros organismos</i>	
Identificación del paciente	Nombre y apellidos; D.N.I.; Sexo; Fecha de nacimiento; Domicilio; Teléfono; nº de Afiliación SS, Código de identificación personal (CIP), código identificador del territorio emisor (CITE).
Prestación solicitada	Servicio para el que se solicita la cita; Prestación solicitada; Motivo de la solicitud
Clínicos	Resumen de anamnesis, exploración física, Exploraciones complementarias; motivo de la solicitud; diagnóstico de sospecha; tratamiento en curso.

En el caso de solicitudes de consulta procedentes de otros organismos la documentación, aunque fuere con otro formato, debe contener los datos mínimos referidos en la tabla anterior, reseñando de forma clara el garante y la autorización para los procesos de facturación que se deriven.

ANEXO 4. SISTEMA DE INFORMACIÓN

A. CONTENIDO DEL REGISTRO DE CONSULTAS EXTERNAS.

El nivel básico del contenido del registro de consultas externas incluye los siguientes datos

Datos de identificación	Nombre y apellidos del paciente Número de historia clínica para Identificación del proceso Nº Código de Identificación Personal (CIP) o nº afiliación de la Seguridad Social (o de Seguridad Social) Código de identificación Territorial (CITE) Fecha de nacimiento Teléfono de contacto Dirección postal completa Sexo
Peticionario (solicitante de la visita)	A. Primaria: código CIAS del médico que deriva y Centro A. Especializada (código del Servicio y médico que solicita la cita) Hospitales/áreas de referencia (a partir del código CITE) Otras instancias (Centro de atención a Drogodependientes, INSERSO...)
Area Clínica	Para hospitales donde se encuentren en funcionamiento las áreas clínicas acreditadas
Especialidad solicitada	Código del servicio para el que se solicita la cita
Agenda asignada	Agendas de los distintos servicios asistenciales
Centro de realización de la Consulta	Hospital CEP Otras dependencias
Tipo de prestación solicitada	Primera Sucesiva
Tipo de consulta	Normal Consulta de Alta resolución
Prioridad Clínica (para 1ª Consulta)	Ordinaria Preferente
Financiador	Seguro de Accidente de Tráfico, mutuas, otros...
Historial de la cita	Cita original Reprogramación a petición del paciente Reprogramación por motivos del propio hospital
Circunstancias de la solicitud de la cita	Cita en primer hueco libre Aplazamiento voluntario (por libre elección de médico/ por otros motivos) Cita a fecha fija por criterio médico
Fecha para la cual está indicada la cita	Para consultas en las cuales existe una fecha de cita previamente determinada por el médico.
Fecha de tramitación de la cita	Coincide con el día de registro de la citación
Fecha de consulta asignada	Registro de la fecha en la que debe acudir a consulta
Motivo de salida del registro de consulta	Consulta con valoración clínica efectuada en jornada ordinaria* Consulta con valoración clínica efectuada en jornada extraordinaria* Consulta realizada sin cita previa* Renuncia voluntaria No presentado* Aplazamiento de la fecha de cita a petición del paciente Aplazamiento de la fecha de cita por motivos debidos a la propia Institución Consulta realizada por centro concertado Cita errada o error administrativo
Fecha de salida	Sobre todo para los casos en los que se anulan (es automático con la captura de actividad)

* Se cumplimentará a través de la captura de los datos de actividad procedentes de cada consulta.

Información recomendable (campos opcionales)

Motivo de la consulta (en 1^{as} Consultas)	Para codificar. Diagnóstico u orientaciones diagnósticas
Resultado de la consulta	Diagnóstico y procedimientos
Destino del paciente tras la consulta	Alta Revisión en consulta hospitalaria Consulta en otro servicio del hospital (Interconsulta) Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica Urgencias Hospitalización Centro Sociosanitario Otros
Motivo de no-asistencia a la consulta¹	Mejoría Ingreso hospitalario durante la fecha de la cita Resolución del problema en Urgencias Resolución del problema en otro ámbito Olvido de la cita Cambio de fecha sin anulación de la cita previa Otro Desconocido
Situación de Incapacidad Temporal	Si/No

B. INDICADORES DE DEMORA

Definiciones

El que un paciente figure en el registro de CCEE no implica necesariamente que exista una demora en atención sanitaria, significa que está pendiente de ser atendido en consulta. Así no se considera que existe demora cuando el paciente por deseo propio opta por una fecha posterior a la que se le ofrece, ni cuando por indicación médica el paciente tiene una cita a fecha fija, posterior a la que se le hubiera podido facilitar en el momento de tramitarla.

► Pacientes en espera para consulta

Es el número total de pacientes pendientes de ser vistos¹, citados y sin fecha de cita fijada, y por lo tanto incluidos en el registro de CCEE, en una consulta de Especialidad y/o en el conjunto del Centro en la fecha del corte o de estudio.

¹ Es un campo que se debe cumplimentar en controles de calidad y para programas específicos de mejora en la utilización de consultas y también en todo contacto, notificado por parte del paciente.

► **Pacientes en espera por tramos**

Es el número de pacientes en espera, agrupados por los tramos de espera que institucionalmente se definan.

Para determinar el tramo que corresponde a cada paciente, se contabiliza el número de días naturales que transcurren entre la fecha de tramitación de la cita y la fecha de cita de todos los pacientes pendientes de ser vistos en primera consulta. En los casos en los que exista una *cita a fecha fija por criterio médico*, el tiempo estimado de demora se calculará a partir de la fecha para la que se indicó la cita en vez de la fecha de tramitación de la cita. (ver Figura 3).

Los pacientes que figuren con el epígrafe "Aplazamiento voluntario", se contabilizarán separadamente.

En el caso excepcional de que existan pacientes pendientes de cita, éstos irán incluidos en el tramo de mayor demora.

► **Demora de pacientes pendientes**

Es el tiempo que esperaran los pacientes citados para ser vistos en una consulta (Figura 3.).

Esta demora podrá resumirse en diferentes medidas resumen como la media, mediana o percentiles, etc. En el cálculo de estos indicadores no se incluirán los pacientes que figuren con el epígrafe "Aplazamiento voluntario", cuya demora se calculará separadamente.

Su cálculo: se realiza de la siguiente manera:

Situación 1. No hay fecha de cita recomendada por el médico

Es, en días naturales, la diferencia entre la fecha de tramitación de la cita y la fecha de la cita.

Demora = fecha de tramitación de la cita - Fecha de cita

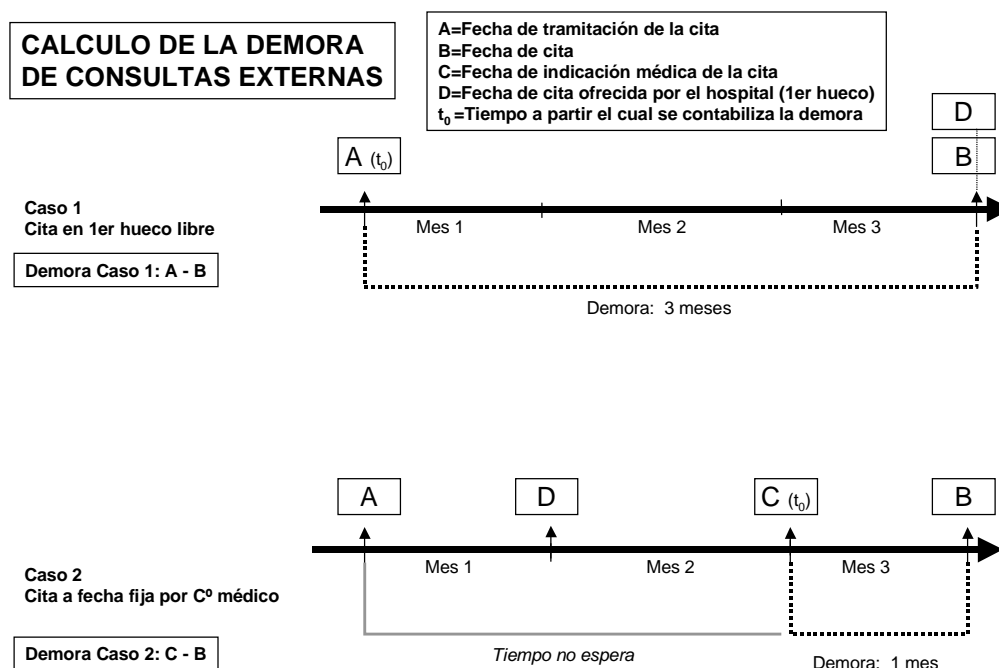
Situación 2. Existe una cita a fecha fija por criterio médico

Es, en días naturales, la diferencia entre la fecha para la que se indicó la cita y la fecha de cita.

Demora = fecha para la que se indicó la cita - Fecha de cita

¹ Con carácter general la cita se suministrará al paciente en el momento de su solicitud en AE.

Figura 3.



► **Demora prospectiva o Capacidad de absorción**

Es el tiempo que se prevé tardaran en atenderse todos los pacientes pendientes de ser vistos en CCEE. Medido en días naturales, es el número total de pacientes en espera * 30 / promedio mensual de consultas externas realizadas¹.

► **Espera de las salidas**

Es el tiempo que han esperado los pacientes que han sido vistos en una consulta² (quedarán excluidos los pacientes vistos sin cita previa). Se calcula, en días naturales, a partir de la diferencia entre la fecha de tramitación de la cita y la fecha de la cita. En los casos en los que exista una cita a fecha fija por criterio médico, el tiempo estimado de espera se calculará a partir de la fecha para la que se indicó la cita en vez de la fecha de tramitación de la cita. (ver Figura 3).

¹ Número de consultas realizadas = N° de salidas del registro de lista de espera con motivo de salida "Consulta con valoración clínica efectuada en jornada ordinaria o extraordinaria o sin cita previa"

² Número de pacientes vistos en consulta o n° de consultas realizadas = N° de salidas del registro de lista de espera con motivo de salida "Consulta con valoración clínica efectuada en jornada ordinaria o extraordinaria".

La espera de los pacientes que figuren con el epígrafe "Aplazamiento voluntario", se calculará separadamente.

La espera podrá resumirse en diferentes medidas resumen como la media, mediana o percentiles, etc.

▶ **Demora de primera consulta de una agenda o demora mínima**

En el momento de medición del indicador (o día del corte), es el número de días naturales entre la fecha de tramitación y primer hueco libre sistemático de la agenda para una consulta.

▶ **Rango de demora en una especialidad**

Es la diferencia entre la demora mínima de la agenda con mayor demora y la demora mínima de la agenda con menor demora, dentro de la misma especialidad.

C. RECEPTORES DE LA INFORMACIÓN

‡ Paciente

Se informará al paciente sobre la primera fecha libre de las agendas posibles en el momento de solicitar la cita de acuerdo a la información automatizada del registro o la disponible en el mostrador de AP.

‡ Atención Primaria

Con carácter mensual se suministrará a AP, información sobre las agendas de libre acceso a AP, contemplando los siguientes aspectos:

- Nº de primeras consultas realizadas procedentes de AP (por especialidad)
- Demora para primera cita, por especialidad, excluyendo las agendas en gestión directa por AP.
- Nº de solicitudes de cita (por especialidad y global del Centro) con carácter mensual y en su acumulado anual, contrastando los datos con AP.

‡ Dirección del Hospital y Servicios de Atención Especializada

Con carácter mensual, el cuadro de mandos del Hospital, recogerá datos relativos a CCEE, en el seguimiento de los Objetivos anuales suscritos por cada Servicio o Unidad Clínica, contemplado para

cada Especialidad, los siguientes aspectos:

- Nº de primeras consultas y sucesivas (diferenciando CEP y Hospital)
- Nº de pacientes atendidos procedentes de AP.
- Demora de pacientes pendientes, diferenciando consultas de CEP, de los del Hospital.
- Demora por tramos diferenciando consultas de CEP, de los del Hospital.

Asimismo, el equipo directivo debe tener información puntual de aquellos desequilibrios en las agendas o servicios que se estén produciendo. La periodicidad de esta última información será mensual, siempre y cuando no fuese necesaria establecer alguna medida que requiera información más actualizada.

Con periodicidad mensual cada Centro remitirá a Servicios Centrales el registro de CCEE, en su defecto se enviarán los datos agregados de demoras (Demora media, demora de primera consulta, pacientes en espera por tramos,...) y actividad (desglosando el nº de consultas atendidas por primeras consultas y sucesivas, así como los pacientes procedentes de AP) y todos aquellos indicadores que así se establezcan, de forma añadida, en el Contrato de Gestión.

‡ Otros receptores: Inspección sanitaria u otros organismos

Las salidas registradas de pacientes en situación de IT por renuncia voluntaria, aplazamiento o por no haberse presentado a la consulta deben ser notificadas a la Inspección Médica y el médico de atención primaria.

ANEXO 5. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

A. Areas de evaluación

Areas básicas	Observaciones y ejemplo de Indicadores recomendados
Adecuación de la demanda	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la demora y las causas de la misma, en primeras consultas de las agendas co-gestionadas por AP. - Grado de adecuación de la indicación de consulta externa así como su adecuación a las especialidades pertinentes. - Análisis del grado de resolución en AP y en AE - Grado de implantación y el nivel de cumplimiento de los protocolos de derivación tanto de AP como de AE.
Calidad del Registro de CCEE	<p>Grado de cumplimentación del Registro de CCEE, (datos de filiación, otros datos administrativos).</p> <p>Nivel de registro en el SADC de las citas sucesivas suministradas en la consulta, (en el caso de que no exista conexión en tiempo real).</p> <p>Detección y evaluación de registros duplicados.</p> <p>Porcentaje de citas erróneas</p>
Gestión operativa de la demanda de CCEE	<p><u>Accesibilidad y procedimiento de cita</u></p> <p>Citas sucesivas proporcionadas al paciente en la propia consulta.</p> <p>Citas suministradas con rango horario individualizado. (Estándar: 100%)</p> <p>Porcentaje de “confirmaciones previas de cita en agendas con niveles elevados de “no presentados”.</p> <p>Porcentaje de huecos libres en las agendas respecto del total de huecos disponibles definidos en la estructura real de la agenda.</p> <p><u>Gestión operativa de agendas</u></p> <p>Nivel de cumplimiento de la planificación de agendas en los plazos recogidos en la Guía.</p> <p>Nivel de cumplimiento de las cargas asistenciales (consultas primeras y sucesivas) establecido por agendas.</p> <p>Nivel de “Reprogramación por motivos del propio hospital”</p> <p>Nivel de cumplimiento de recitación de estos pacientes en los plazos establecidos en la guía.</p> <p>Periodos de bloqueos de las agendas en días</p> <p><u>Evaluación de la comunicación y calidad de la información clínica</u></p> <p>Porcentaje de ítems básicos obligatorios definidos en la guía cumplimentados (respecto del total de ítems obligatorios), tanto desde el origen de la petición (AP o AE) como del especialista</p> <p>Tasa de respuesta o el porcentaje de Hojas de Interconsulta recibidas con contestación del especialista respecto del número de pacientes procedentes de AP vistos en consulta de la especialidad.</p>
Quejas y reclamaciones	<p>La instancia responsable de recoger y tramitar las reclamaciones (Servicio de Atención al Paciente) remitirá las reclamaciones sobre CCEE a las instancias directamente implicadas en el motivo de reclamación.</p> <p>Con la periodicidad que establezca el hospital, debe emitirse un informe, a disposición de la Dirección y Servicios implicados, sobre el número de reclamaciones relacionadas con CCEE, y sus motivos, así como el seguimiento de la “adecuada” contestación.</p> <p>Se deberá hacer uso de las herramientas disponibles para la medición del grado de satisfacción de los pacientes con la atención ambulatoria recibida (encuesta de satisfacción de pacientes en atención ambulatoria).</p>

B. Instancias implicadas

Las mismas instancias implicadas en la gestión de la demanda de Consultas Externas, deben implicarse en el Control de Calidad de su gestión con la referencia metodológica de la Unidad de Calidad del Centro. Sus cuadros de mando deben recoger una serie de parámetros de demanda, demoras y actividad que permitan una monitorización mensual, trimestral o anual. Dependiendo de las características de cada área contemplarán aspectos detallados en el apartado A de este anexo.

C. INDICADORES

Con el objeto de disponer de datos sobre la Gestión de Consultas Externas y la evolución del Registro de CCEE, el cuadro de mandos de cada Centro, en lo relativo a CCEE, debe recoger, con carácter mensual, los siguientes indicadores.

Indicadores de gestión operativa

- ✓ Salidas de Registro de CCEE (o el N° de solicitudes dadas de baja, independientemente del motivo, durante un periodo determinado) con referencia a los motivos, por especialidad, tota del Centro y por tipo de prestación.
- ✓ Entradas en registro (o el N° de solicitudes recibidas y mecanizadas durante un periodo determinado) por especialidad, total del Centro, y por tipo de prestación.
- ✓ Índice de entradas /salidas (mensual y acumulado, global y por especialidad).
- ✓ N° y porcentaje de solicitudes de cita que han sido tramitadas y con fecha de cita asignada

Indicadores de Demora

- ✓ Total de pacientes en espera de primera consulta y su distribución por tramos, por especialidad, y prioridad clínica, y su variación interanual
- ✓ Demora de pacientes pendientes global del Centro y por Especialidad
- ✓ Demora de primera consulta o demora mínima por especialidad
- ✓ Espera de las salidas de CCEE

Indicadores de Actividad

- ✓ Número de consultas realizadas: N° de salidas del registro de lista de espera con motivo de salida "Consulta con valoración clínica efectuada en jornada ordinaria y extraordinaria o sin cita previa", según tipo de prestación
- ✓ N° de pacientes atendidos por agenda, especialidad y en el total del Centro, desglosado en primeras consultas y consultas sucesivas.
- ✓ N° de primeras consultas realizadas en jornada ordinaria y extraordinaria; n° y porcentaje procedentes de AP.
- ✓ N° de pacientes atendidos, desglosados por primeras consultas y sucesivas como Centro de Referencia para aquellas especialidades en las que se haya establecido institucionalmente tal referencia.

Demanda

- ✓ N° de pacientes que entran en el registro de CCEE (desde AP y AE).
- ✓ Pacientes derivados por AP para una primera consulta, global del Centro y por Especialidad, contrastando el dato con AP.
- ✓ Tendencia anual móvil (TAM) de pacientes pendientes de CCEE
- ✓ Número de pacientes no presentados y su porcentaje, global del Centro y por Especialidad.

Indicadores poblacionales

- ✓ Tasa de pacientes atendidos procedentes de AP por 1.000 habitantes (global del Centro y por Especialidad).
- ✓ Entradas en el Registro de CCEE/1.000 habitantes