Francisco José Gutiérrez Rodríguez (1 de 1)
Secretario General
Fecha Firma: 24/11/2025
HASH: 9f49e21437c2ab9ff5cd9baa7d889a2
CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

SEGUIMIENTO DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

(OE 15-2024)

SEVILLA, OCTUBRE 2025

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 1 de 68

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 2 de 68

Seguimiento de conclusiones y recomendaciones del informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario público de Andalucía

El Pleno de la Cámara de Cuentas, en su sesión celebrada el día 15 de octubre de 2025, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar el Informe de seguimiento de conclusiones y recomendaciones del informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario público de Andalucía.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 1

2. ALCANCE Y METODOLOGÍA 2

2.1. Alcance 2

2.2. Metodología 2

3. RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN EN RELACIÓN CON EL SEGUIMIENTO DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL INFORME OE 03/2019. 4

4. RESPONSABILIDAD DE LA CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA EN RELACIÓN CON LA FISCALIZACIÓN 5

5. VALORACIÓN DEL GRADO DE SUBSANACIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y DE APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES 6

5.1 Fundamentos del estado de subsanación de las conclusiones sobre el procedimiento previsto y aplicado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica. 9

5.2 Fundamentos del estado de subsanación de las conclusiones sobre los instrumentos de planificación y las medidas de mejora y de actuación en la lista de espera quirúrgica. 17

5.3 Fundamentos del estado de aplicación de las recomendaciones propuestas en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019) 22

6. RECOMENDACIONES 26

7. ANEXOS 27

8. ALEGACIONES PRESENTADAS Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS EN LOS SUPUESTOS QUE NO HAYAN SIDO ADMITIDAS O SE ADMITAN PARCIALMENTE 43

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 3 de 68

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AGD	Aplicación para la gestión de demanda quirúrgica
CAA	Comunidad Autónoma de Andalucía
cma	Cirugía menor ambulatoria
Dermatología M.Q. V	Dermatología Médico Quirúrgica y venereología
H.A.R	Hospital de Alta Resolución
H.C.	Hospital Concertado
H.U.	Hospital Universitario
LEQ	Lista de espera quirúrgica
RDQ	Registro de demanda quirúrgica
SAS	Servicio Andaluz de Salud
TNP	Pacientes Transitoriamente no programable para una intervención quirúrgica

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 4 de 68

1. INTRODUCCIÓN

1 La Cámara de Cuentas de Andalucía, en virtud de lo dispuesto en su Ley de creación, acordó incluir en el Plan de Actuaciones, para el año 2024, la realización de un informe denominado "Seguimiento de conclusiones y recomendaciones del informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía"

2 El objetivo de la presente actuación es concluir si, tras un periodo razonable de tiempo, el SAS ha subsanado/aplicado las conclusiones y recomendaciones que, sobre el procedimiento aplicado para la gestión del Registro de demanda quirúrgica y sobre los instrumentos de planificación y medidas de mejora y de actuación de la lista de espera quirúrgica, se reflejan en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante, informe objeto de seguimiento OE 03/2019).

3 La lista de espera quirúrgica (LEQ) es el conjunto de pacientes registrados pendientes de una intervención quirúrgica programada.

4 El Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) gestiona la demanda de la actividad quirúrgica programada. Es un registro único con un ámbito de aplicación que se extiende a toda la red hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y a los hospitales privados concertados que se determinen.

La Aplicación para la Gestión de la Demanda Quirúrgica (AGD) es la herramienta que da soporte a todas las situaciones (denominadas "eventos"[1]) que se originan en el RDQ sobre cada una de las inscripciones en el tiempo que permanecen en LEQ.

5 Los instrumentos de planificación y seguimiento de la LEQ son los Contratos Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica. Los Contratos Programa se formalizan por la Dirección Gerencia del SAS con cada hospital y los Acuerdos de Gestión Clínica, son suscritos por la Dirección Gerencia de cada hospital y las Unidades de Gestión Clínica[2].

A través de estos instrumentos se determinan los siguientes objetivos de actuación de la actividad asistencial.

- Dar cumplimiento a los procedimientos quirúrgicos con garantía de plazo de respuesta. Esta garantía de plazo de respuesta se encuentra recogida en la siguiente normativa:
  - El Decreto 209/2001 de 18 de septiembre, que garantiza al ciudadano residente en Andalucía y perteneciente al sistema de la Seguridad Social, ser intervenido en un plazo máximo de 180 días.

[1] Son los acontecimientos o acciones que generan registros o secuencias de registros para la ejecución del procedimiento.

[2] Corresponden a Servicios de especialidades que se han constituido en un modelo organizativo, que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 5 de 68

- La Orden de 20 diciembre de 2006, que determina la citada garantía en un plazo de 120 días para 71 procedimientos que representan las intervenciones quirúrgicas más comunes y frecuentes.
- La Orden del 2 de junio de 2016 aplica la garantía a 27 procedimientos quirúrgicos relacionados con la cirugía cardíaca en un plazo de 90 días y
- La Orden de 28 de octubre de 2016 garantiza, en un plazo de respuesta no superior a 180 días, las técnicas para la reconstrucción mamaria postmastectomía diferida debido a un cáncer de mama.

- Resolver los procedimientos quirúrgicos no garantizados con esperas superiores a los 365 días.

2. ALCANCE Y METODOLOGÍA

2.1. Alcance

6 El alcance objetivo se delimita en el estado de subsanación/aplicación de las 24 conclusiones y las 12 recomendaciones que, sobre las siguientes materias, se recogen en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019) y han sido transcritas en el **Anexo 1** de este informe:

Anexo 1.1.- Conclusiones relacionadas con el procedimiento previsto y aplicado para la gestión del RDQ.

Anexo 1.2.- Conclusiones relacionadas con los instrumentos de planificación y medidas de mejora y de actuación de la LEQ.

Anexo 1.3.- Recomendaciones relacionadas con las materias citadas.

7 El alcance subjetivo de la actuación está determinado por:

- El SAS, como entidad responsable de la gestión de la LEQ en el ámbito de la CAA y como administrador y gestor de los centros hospitalarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.

- Los 38 centros de la red hospitalaria del SAS, responsables de la gestión del RDQ. El **Anexo 3** refleja la relación de estos centros y de los 47 hospitales con demanda quirúrgica que conforman algunos centros.

8 El ámbito temporal se concreta en el estado de subsanación y/o implementación en que se encuentran las conclusiones y recomendaciones desde la fecha de emisión del informe (septiembre de 2021) hasta finalizar el año 2023.

2.2. Metodología

9 Se ha solicitado al SAS, mediante un cuestionario, una manifestación expresa sobre el estado de subsanación/aplicación de cada una de las irregularidades detectadas y de las recomendaciones formuladas en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019), así como, información de las

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 6 de 68

medidas o modificaciones introducidas en el procedimiento de gestión del RDQ y los instrumentos de planificación y de actuación de la LEQ.

10 Las categorías que definen el estado de subsanación/aplicación o cumplimiento de las conclusiones y recomendaciones son[3]:

- Corregida / Aplicada. Si el ente fiscalizado ha adoptado las medidas correctoras que permiten considerar que la incidencia ha sido subsanada o la recomendación aplicada y no ha quedado pendiente de resolución ninguna cuestión de importancia significativa. En estos casos se considerará que se ha obtenido evidencia suficiente que acredita las medidas adoptadas.

- Corregida / Aplicada parcialmente. Si el ente fiscalizado ha realizado actuaciones encaminadas a corregir las incidencias que se han puesto de manifiesto, pero solamente en un estado incipiente, en una parte de ellas o en algunos aspectos, lo que no permite considerar que la deficiencia se ha corregido/aplicado íntegramente.

- No corregida /No Aplicada. Si el ente fiscalizado no ha realizado las actuaciones encaminadas a corregir las incidencias que se han puesto de manifiesto o bien lo ha hecho de forma insuficiente o inadecuada. Atendiendo a la diferente casuística que pudiera producirse, se puede clasificar:

- *No contestadas*. Conclusiones o recomendaciones sobre las que el ente fiscalizado no ha realizado una valoración de su estado o lo ha hecho de forma genérica, pero sin vinculación a la conclusión o recomendación de que se trate.
- *No compartidas*. Conclusiones o recomendaciones sobre las que el ente fiscalizado no la ha tomado en consideración puesto que discrepa de la conclusión o recomendación efectuada en el informe objeto de seguimiento.
- *Tomadas en consideración*. Conclusiones o recomendaciones sobre las que el ente fiscalizado ha tomado en consideración la conclusión o recomendación, incluso reconoce su pertinencia y está de acuerdo con su contenido, a pesar de no haberla subsanado o aplicado.

- Sin validez en el marco actual. Conclusiones o recomendaciones que no pueden aplicarse en el contexto actual al no darse los supuestos de hecho en función de los cuales se elaboró la conclusión o recomendación en el pasado.

11 Sobre la base de la valoración realizada por el SAS, se ha evaluado la coherencia de las contestaciones y de las justificaciones reportadas, al objeto de constatar y verificar el estado de subsanación/aplicación de cada conclusión y recomendación y realizar, en su caso, las pruebas de auditoría pertinentes.

Se han aplicado los procedimientos de fiscalización a las conclusiones y recomendaciones de las que no se ha obtenido evidencia adecuada y suficiente del estado de subsanación/aplicación que ha realizado el SAS, excepto para las conclusiones o recomendaciones para las que el SAS no haya

[3] Clasificación y definiciones incluidas en la GPF-OCEX 1735 'Las recomendaciones y su seguimiento'.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 7 de 68

realizado una valoración de su estado, ya que se asume que no han sido corregidas.

12 La revisión y los resultados se han clasificado conforme a las siguientes materias que conforman el contenido de las conclusiones/recomendaciones incluidas en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019):

- Respecto al procedimiento previsto y aplicado para la gestión del RDQ

  - El cumplimiento de la normativa[4] en la aplicación del procedimiento establecido.

  - La integridad y grado de fiabilidad de la información generada de la AGD en los diferentes procesos que conforman el procedimiento de gestión del RDQ. El **Anexo 4** muestra la citada información, estructurada en los diferentes procesos que conforman la situación del paciente en el RDQ.

  - Las medidas establecidas para el acceso a la información personalizada de los ciudadanos sobre su situación en el registro.

- Respecto a los instrumentos de planificación y medidas de mejora y de actuación de la LEQ

  - Objetivos definidos para la gestión de la demanda y la mejora de los tiempos de respuesta en los Contratos Programa y en los Acuerdos de Gestión Clínica y los mecanismos de evaluación y seguimiento.

  - Los indicadores que sintetizan los resultados de la gestión de la LEQ: demora en intervenir a los pacientes registrados y actividad quirúrgica desarrollada por la red hospitalaria del SAS. Aunque, los datos de estos indicadores se presentan en los **Anexos 6 y 7** con información del informe objeto de seguimiento (OE 03/2019) y su actualización a finales de 2023, no han sido objeto de conclusión ya que los periodos que conforman los ámbitos temporales difieren en nueve meses (el informe objeto abarca 2018 hasta el 15 de septiembre de 2019) y, además, se han producido cambios sustanciales en el número de centros responsables de la gestión del RDQ. En concreto se han concertado 2 nuevos hospitales y, además, ninguno de los hospitales de alta resolución (HAR) se consideran centros responsables de gestión del RDQ.

  - Medidas establecidas para el control y mejora de la LEQ.

3. RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN EN RELACIÓN CON EL SEGUIMIENTO DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL INFORME OE 03/2019.

13 Con relación a esta actuación, la Administración Sanitaria y los órganos de dirección son responsables de adoptar las medidas pertinentes en aras de subsanar las incidencias detectadas en

4 El contenido, estructura y funcionamiento del RDQ están regulados en la Orden de 25 de septiembre de 2002.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 8 de 68

el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019), así como de implementar las recomendaciones propuestas por la CCA que, aun no siendo vinculantes, son un medio para contribuir a mejorar la gestión del sector público.

Asimismo, los órganos de dirección son responsables de remitir información clara, precisa y fidedigna del grado de subsanación de las debilidades e incidencias detectadas y de aplicación de las recomendaciones propuestas en el citado informe.

14 Respecto a la gestión de la LEQ, la Consejería de Salud y Consumo es el órgano de la Administración de la Junta de Andalucía responsable de las directrices de la política de salud y de la alta dirección de los organismos y las entidades públicas responsables de la provisión y gestión de los servicios sanitarios de la CAA.

15 Aunque, se le adscribe al SAS el RDQ, la gestión de las altas y bajas se lleva de forma descentralizada por cada hospital y por los centros privados concertados.

Es responsabilidad de la Dirección Gerencia del SAS la dirección y coordinación de la gestión realizada por los centros hospitalarios, mientras que a la Gerencia de cada hospital se exige poner en marcha los procedimientos que garanticen el correcto funcionamiento y la fiabilidad de los flujos de información sobre la LEQ, designando para ello un responsable interno del RDQ y de la AGD.

4. RESPONSABILIDAD DE LA CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA EN RELACIÓN CON LA FISCALIZACIÓN

16 La responsabilidad de la Cámara de Cuentas de Andalucía es concluir sobre el grado de subsanación y cumplimiento de las conclusiones y de las recomendaciones formuladas sobre el procedimiento previsto y aplicado para la gestión del RDQ y sobre los instrumentos de planificación, seguimiento y medidas de actuación de la LEQ en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019).

17 La fiscalización se ha llevado a cabo de conformidad con los principios fundamentales de fiscalización de las Instituciones Públicas de Control Externo, desarrollados en las Normas Internacionales de Auditoría adaptadas al Sector Público Español y en la guía práctica de fiscalización, GPF-OCEX-1735 'Las recomendaciones y su seguimiento'.

Asimismo, para la elaboración de las recomendaciones contenidas en este informe se ha tenido en cuenta la "Guía práctica para la elaboración de recomendaciones en los informes de fiscalización de la Cámara de Cuentas de Andalucía".

18 Los principios fundamentales exigen que se cumplan los requerimientos de ética, y que la auditoría se planifique y ejecute para obtener una seguridad razonable sobre la subsanación/aplicación de las deficiencias expuestas en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019). Los procedimientos seleccionados dependen del juicio del auditor, incluida la determinación de incumplimientos significativos de la legalidad.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 9 de 68

19 La comprensión adecuada del presente informe requiere que se tenga en cuenta el contexto global del mismo: en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019), los trabajos de campo se vieron limitados por el estado de alarma decretado derivado del Covid-19, lo cual ocasionó la necesidad de adecuar el alcance y las conclusiones sobre los procedimientos aplicados en la fiscalización hasta esa fecha.

Transcurridos más de tres años desde la aprobación del citado informe, en esta actuación se ha evaluado la contribución que tienen los informes de la Cámara de Cuentas de Andalucía en la mejora de las prácticas de gestión de las entidades del sector público.

Cualquier conclusión hecha sobre un párrafo o epígrafe pudiera no tener sentido aisladamente considerada.

20 Los trabajos de campo de la fiscalización han concluido en la segunda quincena de julio de 2024. La evidencia de auditoría obtenida durante el trabajo proporciona una base suficiente y adecuada para valorar el grado de subsanación de las conclusiones emitidas y de cumplimiento de las recomendaciones propuestas en el informe de fiscalización objeto de seguimiento.

5. VALORACIÓN DEL GRADO DE SUBSANACIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y DE APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

21 Del análisis del estado de subsanación/aplicación de las 24 conclusiones y las 12 recomendaciones recogidas en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019) y que conforman el alcance objetivo de la fiscalización, se constata que, hasta final del año 2023, sólo 6, un 17% del total han sido subsanadas/aplicadas, mientras que, en 12 lo han sido de forma parcial (un 33% del total).

No consta que el SAS haya adoptado medidas para la subsanación/aplicación de las incidencias detectadas en 17 conclusiones/recomendaciones, un 47% del total y, únicamente, hay una conclusión que se ha considerado sin validez en el marco actual (un 3%).[5]

El **Anexo 1** engloba el extracto literal del contenido de cada una de las conclusiones y recomendaciones del informe objeto de seguimiento (OE 03/2019), la valoración realizada por el SAS, conforme a las categorías relacionadas en el punto 10, y el estado de subsanación/aplicación como resultado de la revisión y fiscalización llevada a cabo.

22 Atendiendo a la valoración realizada por el SAS consta que, hasta finalizar el año 2023, 10 del total de conclusiones/recomendaciones, que representan un 28%, han sido subsanadas/aplicadas, el mismo número y porcentaje que representa las que han sido subsanadas/aplicadas parcialmente.

En 15 conclusiones/recomendaciones, un 42% del total, no consta que el SAS haya adoptado medidas para la subsanación/aplicación de las incidencias detectadas. De estas 15 “no corregidas”, en 10 conclusiones/recomendaciones (67%) el SAS las considera para su corrección, en 4 (27%) discrepa de la conclusión o recomendación efectuada por la CCA y, en una conclusión el SAS no ha

[5] Datos modificados por las alegaciones presentadas

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 10 de 68

realizado valoración ni aportada información.

El **cuadro nº 1** recoge un resumen de ambas valoraciones y muestra las diferencias detectadas en el estado de subsanación/aplicación de las conclusiones y recomendaciones, así como la correspondencia de los puntos incluidos en el informe objeto de seguimiento OE 03/2019.

DIFERENCIAS DEL ESTADO DE SUBSANACIÓN/APLICACIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y DE LAS RECOMENDACIONES

Punto del informe OE 03/2019	Punto del informe OE 15/ 2024	Valoración CCA	Valoración SAS
Materia: Procedimiento previsto y aplicado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica			
40	24	No corregida	Corregida parcialmente
41	25	No corregida	No corregida (Tomada en consider.)
42	26	Corregida parcialmente	Corregida parcialmente
43	27	Corregida[6]	No corregida (Tomada en consider.)
44	28	No corregida	Corregida
45	29	Corregida	Corregida
46	30	No corregida	No corregida (Tomada en consider.)
47	31	No corregida	No corregida (Tomada en consider.)
48	32	No corregida	No corregida (No compartida)
50	33	No corregida	Corregida parcialmente
51	34	Corregida	No corregida (No compartida)
52	35	Corregida parcialmente	No corregida (No compartida)
53	36	No corregida	No corregida (No compartida)
54	37	No corregida	No corregida (No contestada)
55	38	Sin validez en el marco actual	Sin validez en el marco actual
56	39	No corregida	No corregida (Tomada en consider.)
Materia: Instrumentos de planificación y medidas de mejora y de actuación en la lista de espera quirúrgica.			
57	40	No corregida	Corregida parcialmente
59	41	No corregida	No corregida (Tomada en consider.)
60	42	No corregida	No corregida (Tomada en consider.)
61	43	No corregida	Corregida parcialmente
62	44	Corregida parcialmente	Corregida

[6] Valoración modificada por la alegación presentada

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 11 de 68

63	45	Corregida parcialmente	Corregida parcialmente
64	46	Corregida	Corregida
66	47	Corregida parcialmente	Corregida parcialmente

Punto del informe OE 03/2019	Punto del informe OE 15/ 2024	Valoración CCA	Valoración SAS
Materia: Recomendaciones de las conclusiones			
68	48	No aplicada	No aplicada (Tomada en consider.)
69	49	Aplicada parcialmente	Aplicada parcialmente
70	50	Aplicada parcialmente	Aplicada
71	51	No aplicada	Aplicada parcialmente
72	52	No aplicada	No aplicada (Tomada en consider.)
73	53	Aplicada parcialmente	Aplicada
74	54	Aplicada parcialmente	No aplicada (Tomada en consider.)
75	55	Aplicada parcialmente	Aplicada
76	56	Aplicada	Aplicada
77	57	Aplicada parcialmente	Aplicada
78	58	Aplicada	Aplicada
79	59	Aplicada parcialmente[7]	Aplicada parcialmente

Fuente: CCA. Elaboración propia

Cuadro nº 1

23 Los siguientes epígrafes incluyen los fundamentos que sustentan la valoración sobre el estado de subsanación de las conclusiones y de las recomendaciones realizada por la CCA, clasificados en las materias que conforman el alcance objetivo de la actuación.

Se estructuran de la siguiente forma: se refleja en cursiva el contenido resumido de cada conclusión o recomendación siguiendo el orden del informe objeto de seguimiento (OE 03/2019), y a continuación, se expone la valoración y el fundamento que la sustenta incluyendo, en su caso, las medidas que se han adoptado.

Asimismo, el **Anexo 2** incluye un resumen con la materia o contenido que afecta a cada conclusión/recomendación del informe objeto de seguimiento, clasificado en función de su estado de subsanación/aplicación. El contenido de algunas conclusiones y recomendaciones 'corregidas/aplicadas parcialmente', se ha desglosado en el anexo según la materia haya sido subsanada o no.

[7] Valoración modificada por la alegación presentada

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 12 de 68

5.1 Fundamentos del estado de subsanación de las conclusiones sobre el procedimiento previsto y aplicado para la gestión del Registro de Demanda Quirúrgica.

24 *La normativa reguladora no contempla que el facultativo inscriba al paciente en el RDQ, a través de la AGD.* **(conclusión nº 40)**

Valoración: No corregida

Fundamento: Uno de los procesos del procedimiento de gestión del Registro de Demanda Quirúrgica, regulado en el Decreto 209/2001, que establece la garantía en el plazo de respuesta quirúrgica y en la Orden de 25 de septiembre de 2002, que regula el contenido y el funcionamiento del RDQ, corresponde al alta o inscripción del paciente en el citado registro.

El SAS valora que esta incidencia ha sido subsanada parcialmente porque se ha incrementado el número de facultativos que inscriben al paciente en el RDQ, pero no justifica la cuestión objeto de la conclusión que se analiza: por qué no se ha llevado a cabo una modificación de la citada normativa desde su aprobación, al objeto de actualizarla y adaptarla a las nuevas funcionalidades que ha desarrollado la AGD, entre las que se incluye la posibilidad de que los facultativos de especialidades quirúrgicas puedan, en consulta, inscribir al paciente en el RDQ.

25 *No hay determinado un plazo máximo para la presentación de la solicitud de inscripción conformada por el paciente.* **(conclusión nº 41)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS ha tomado en consideración la conclusión. Reconoce su pertinencia, pero no justifica el motivo por el que no se ha implantado algún mecanismo para solventar la incidencia ni manifiesta si lo hará en el futuro.

26 *No constan directrices, protocolos, instrucciones internas o medidas aprobadas por el SAS, que desarrollen los siguientes aspectos, relevantes del procedimiento de gestión del RDQ:*

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

2. *El conocimiento, por los usuarios de la AGD, de las capacidades del sistema de RDQ.*

3. *La situación del paciente como transitoriamente no programable (TNP) por reevaluación clínica se utiliza sin criterio ni control.*

4. *Criterios para la homogeneidad en las derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados.*

5. *Justificación de los registros de inscripciones sin garantía correspondientes a procedimientos con plazo de respuesta quirúrgica inicial.* **(conclusión nº 42)**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 13 de 68

Valoración CCA: Corregida parcialmente

Fundamento: Para la valoración del estado de subsanación/aplicación de esta conclusión, se ha tenido en cuenta la concurrencia de factores que dificultan la estandarización o la delimitación de los aspectos señalados mediante directrices, protocolos o instrucciones internas, como son la elevada variabilidad, la casuística y la complejidad en la práctica clínica, así como, que es responsabilidad del profesional los registros que se realizan sobre una inscripción en la AGD.

Considerando lo expuesto, se ha constatado la implantación de determinadas medidas de control que corrigen parcialmente las incidencias señaladas. Estas medidas se relacionan conforme al orden de exposición de la conclusión:

1. Se ha impulsado la opción de inscripción a través de la AGD, ya que facilita la adecuación del procedimiento quirúrgico prescrito al sistema de codificación establecido en la CIE-9[8] y evita errores materiales, lo cual origina que, excepcionalmente, los centros hospitalarios acudan al Servicio de Documentación Clínica para su control y cumplimentación.

2. El conocimiento de las funcionalidades de la AGD que conforman el circuito quirúrgico y, en concreto la inscripción telemática por el facultativo, se ha potenciado mediante una nueva herramienta incorporada en la intranet corporativa que actualiza el material formativo, dispuesto en los centros hospitalarios desde el año 2015.

   Con esta medida, en 2023 las altas o inscripciones no realizadas por los facultativos en los hospitales responsables de la gestión del RDQ presentan un decremento del 41% en las inscripciones de procedimientos sujetos a garantía del plazo de respuesta quirúrgica y de un 58% de las inscripciones sin garantía, con respecto al informe objeto de seguimiento (OE03/2019), tal y como muestra el **Anexo 5**.

   Aún con el decremento producido, consta que en un 42% del total de centros hospitalarios presentan porcentajes superiores al 60% de inscripciones no realizadas por los facultativos. Destacan los hospitales de Montilla y Riotinto, que presentan un 100% y un 96%, respectivamente, de inscripciones no realizadas por facultativos para intervenciones sujetas a garantía en el plazo de respuesta quirúrgico y un 99% y 92% de las inscripciones no realizadas por facultativos para intervenciones no sujetas a garantía.

   El hospital de Montilla justifica que los porcentajes señalados se deben a que no se encuentra integrado en la estación clínica del SAS, lo que supone que los facultativos no pueden inscribir de forma telemática en la AGD.

   Se ha detectado que en un mismo servicio de especialidad el porcentaje de las inscripciones no realizadas por los facultativos para la intervención de los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta es mayor respecto a los procedimientos con garantía. Destacan las especialidades de Cirugía General y Aparato Digestivo y Oftalmología del hospital de Puerto Real de Cirugía Oral y Maxilofacial del hospital Universitario Virgen Macarena, que presentan una horquilla de 12 y

[8] Clasificación de enfermedades y procedimientos utilizada para la codificación de la información clínica del paciente.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 14 de 68

31 puntos porcentuales de diferencia, respectivamente. En este hospital solo la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología (Dermatología M.Q.V), presenta un 100% de las inscripciones no realizadas por los facultativos.

3. La incidencia señalada en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019) se concreta, tal y como se describe en el **Anexo 2**, en los casos detectados en varios hospitales que consideraban al paciente fallecido como ilocalizable, optando por registrarlo en situación TNP por reevaluación clínica o que constaban pacientes registrados en situación TNP por reevaluación clínica sin causa clínica o se registraba al paciente en esta situación desde la fecha de su inscripción en el RDQ.

   Actualmente, en los hospitales y el SAS se realiza un seguimiento continuado de los pacientes registrados en situación de TNP por reevaluación clínica, al disponer de información actualizada a través de Infoweb, que es una plataforma que permite la difusión de los resultados obtenidos de la explotación de los distintos sistemas de información que afectan a la LEQ, como puede ser la exportación de los datos sobre los fallecimientos de la Base de Datos de Usuarios[9]. Además, con esta plataforma se puede controlar la causa clínica que justifica el registro del paciente en esta situación registraba al paciente en esta situación desde la fecha de su inscripción en el RDQ.

   Pero esta medida de seguimiento de estos registros no subsana el hecho de que existan registros de pacientes en esta situación desde la fecha de su inscripción en el RDQ, debido principalmente a la falta de coordinación entre los especialistas que prescriben tratamiento y la intervención o por la incorrecta obtención de la información que se incluye en las historias digitales.

4. Los criterios para homogeneizar las derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados no se pueden delimitar mediante las directrices, protocolos o instrucciones, ya que dependen de la cuota de pacientes a derivar y de los procedimientos quirúrgicos que las cláusulas de cada concierto determinan.

5. El procedimiento delimita la pérdida de garantía de respuesta a dos supuestos:

   - Que el paciente una vez requerido para la intervención, de forma fehaciente, se negara o no hiciese acto de presencia a la citación correspondiente o voluntariamente demorara la intervención, siempre que tales circunstancias resulten injustificadas.
   - Que el paciente manifieste su voluntad de ser intervenido en el mismo hospital de origen, rechazando por ello la oferta de ser atendido en otro centro.

   En el caso de que se produzca alguno de los citados supuestos se puede consultar si hay evidencia documental de los requerimientos que, mediante comunicaciones fehacientes, se hayan realizado a cada paciente, pero no existe evidencia documental con la voluntad del paciente.

27 *Los precios máximos de los procedimientos quirúrgicos con garantía fijados en el Decreto 209/2001, se mantienen vigentes, aun cuando su Disposición Final Primera prevé la actualización de las*

[9] Esta base asigna a cada ciudadano un número único de historia de salud, al que se vincula toda su información administrativa y sanitaria.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 15 de 68

cuantías. Esto supone un desfase con el coste real de las intervenciones realizadas en los centros privados concertados, que debe asumir el paciente. **(conclusión nº 43)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS ha tomado en consideración la conclusión. Reconoce su pertinencia, pero no justifica el motivo por el que no se ha implantado algún mecanismo para solventar la incidencia ni manifiesta si lo hará en el futuro.

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

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS valora que esta incidencia ha sido subsanada, pero en 2023 no constan cambios relacionados con los trámites de gestión del RDQ que necesitan los documentos acreditativos de la voluntad conformada del paciente, como son la confirmación para la cita de la intervención quirúrgica y el registro de solicitud del paciente para suspender transitoriamente la programación de la intervención (TNP a petición propia).

Además, el SAS mantiene que, en la actualidad, no hay posibilidad de asociar los registros de los eventos en la AGD con los documentos.

29 *Hay deficiencias detectadas que constatan que la cumplimentación de la AGD no es completa, fiable y exhaustiva en todos sus campos.*

Por otro, lado, el hecho de que la funcionalidad de la AGD permita modificar determinados registros o realizar operaciones, afecta a la integridad de la información generada sobre el número de pacientes en LEQ y la demora real. **(conclusión nº 45)**

Valoración CCA: Corregida

Fundamento: El aplicativo permite limitar el acceso de un operador a un hospital, unidad y especialidad y el nivel del perfil garantiza que determinadas acciones sobre una inscripción estén limitadas a perfiles de mayor responsabilidad.

Aunque, determinados campos de la AGD están predeterminados, es el usuario el responsable de adecuarlos a los datos asistenciales y clínicos, y corresponde a cada hospital velar por la formación de sus operadores y controlar la veracidad de la información generada.

30 *La incorrecta selección del origen de la indicación y la prioridad asistencial en la AGD puede derivar en una inadecuada priorización del paciente para la programación quirúrgica*. **(conclusión nº 46)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: Aunque la AGD predetermina los campos correspondientes al origen de la indicación

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 16 de 68

(consulta externa) y a la prioridad asistencial (normal), y es el facultativo el responsable de seleccionar el campo correcto para adecuarlo a los datos asistenciales y clínicos incluidos en la solicitud de inscripción, no constan medidas que potencien la adecuada cumplimentación por los usuarios y el seguimiento y control de la información por los hospitales.

31 *Constan 7.102 inscripciones anteriores a 2018 que no registran movimiento desde su alta en la aplicación, lo cual provoca una acumulación de demanda que afecta al promedio del tiempo de demora y se cuestiona la pertinencia de la intervención indicada.* **(conclusión nº 47)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS valora que la conclusión no ha sido subsanada y la ha tomado en consideración, al matizar que la pertinencia de la intervención indicada corresponde al facultativo que prescribe la intervención y los hospitales son los responsables de valorar y/o corregir en su caso la incidencia ya que, periódicamente, a través de Infoweb pueden realizar un seguimiento de los protocolos de la indicación quirúrgica (evolución del paciente o la presentación de unas circunstancias que modifiquen el juicio clínico e impidan o desaconsejen la intervención).

En 2023 hay 1.227 pacientes registrados en el RDQ que no registran movimiento desde su alta, tal y como se refleja en el **cuadro nº 2**, situación que el SAS, como responsable la dirección y coordinación de la gestión realizada por los centros hospitalarios, debe corregir a fin de evitar una acumulación de demanda que afecta al promedio del tiempo de demora y no cuestionar la pertinencia de la intervención indicada**.**

COMPARATIVO DEL N.º DE PACIENTES REGISTRADOS EN EL RDQ DE 2023 SIN EVENTOS DESDE SU ALTA

PROVINCIAS	Nº de pacientes en 2023						Nº Pacientes en OE03/2019
	2021	2020	2019	2018	Anterior a 2018	TOTAL en 2023	2018 a 15/09/2019
ALMERÍA	107	1	0	0	0	108	499
CÁDIZ	64	36	11	3	7	121	817
CÓRDOBA	31	7	9	2	14	63	1.553
GRANADA	38	2	2	0	0	42	1.076
HUELVA	32	0	0	0	0	32	59
JAÉN	165	0	0	0	0	165	265
MÁLAGA	126	55	59	62	159	461	1.131
SEVILLA	173	49	13	0	0	235	1.702
TOTAL ANDALUCÍA	**736**	**150**	**94**	**67**	**180**	**1.227**	**7.102**

Fuente: AGD. Elaboración propia **Cuadro nº 2**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 17 de 68

32 *Solo para los TNP por reevaluación clínica, la AGD permite grabar el evento sin indicar el tiempo de suspensión previsto, lo cual conlleva el riesgo de permanencia larga en esta situación tras desaparecer la causa que motivó la suspensión*. **(conclusión nº 48)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS no comparte el contenido de esta conclusión, justificando que en los casos en el que el registro de esta situación se inicie a instancias del servicio de anestesiología está justificado, ya que se registra para realizar pruebas complementarias o consultar con otro especialista o, porque el procedimiento quirúrgico está incluido en un proceso asistencial integrado que depende de prescripciones de otros servicios, como los servicios de oncología.

Pero al objeto de evitar la falta de coordinación entre los especialistas que prescriben tratamiento y la intervención o la incorrecta obtención de la información que se incluye en las historias digitales, el procedimiento previsto exige que el registro de esta situación o evento y posterior restablecimiento como programable se documente con el motivo, plazo previsto de suspensión y la conformidad expresa del facultativo y que se comunique al paciente.

En la revisión de la justificación de los movimientos registrales se ha constatado, mediante una muestra de un 2,3% de las inscripciones del RDQ de los hospitales Universitarios Virgen Macarena (Sevilla), Puerto Real (Cádiz) y los hospitales comarcales de San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), de Montilla (Córdoba) y de Riotinto (Huelva)[10], que ninguno de los documentos revisados hay constancia del plazo previsto o aproximado de la suspensión temporal.

33 *Constan 188 inscripciones que incumplen el plazo máximo para el registro de las solicitudes presentadas, previsto en el art. 23.1 de la Orden de 2002.* **(conclusión nº 50)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS valora que esta incidencia ha sido subsanada parcialmente, pero no justifica el motivo de su valoración, ni que en 2023 consten un total de 289 inscripciones que incumplen el plazo de treinta días previsto para el registro en RDQ, lo cual supone un 54% de incremento con respecto a los datos del informe objeto de seguimiento (OE 03/2019).

El **cuadro nº 3** muestra un comparativo del número de inscripciones que han superado el plazo máximo regulado, así como, las que han superado los cien días:

[10] Centros seleccionados en el informe objeto de seguimiento para verificar el procedimiento aplicado en la gestión del RDQ. Inicialmente eran nueve los centros seleccionados, pero los trabajos de campo se vieron limitados por el estado de alarma decretado derivado del Covid-19, obligando a interrumpir la solicitud de información y las visitas a cuatro de los centros hospitalarios seleccionados.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 18 de 68

Nº DE INSCRIPCIONES QUE SUPERAN EL PLAZO MÁXIMO PREVISTO PARA EL REGISTRO EN RDQ

	Periodo: 2023				Periodo: 2018 - septiembre de 2019			
HOSPITALES	Con Garantía		Sin Garantía		Con Garantía		Sin Garantía	
	>30 días	>100 días	>30 días	>100 días	>30 días	>100 días	>30 días	>100 días
H. LA INMACULADA	32	14	10	4	17	10	5	1
H.U. TORRECÁRDENAS	2		1					
H. LA LÍNEA DE LA CONCEPC. (1)	0		1		5	2	3	6
H.U. DE JEREZ DE LA FRA	2		1		1	2	6	
H.U. PUERTA DEL MAR	0		2	**1**				
H. VALLE DE LOS PEDROCHES	0		**1**		1	0		
H.U. REINA SOFÍA	1	1	1					
H. DE BAZA	1	1						
H. SANTA ANA	0		1		1	1		
H.U. SAN CECILIO	3		1		4	2	2	
H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES	4	3	8	6	3	2	2	1
H. DE RIOTINTO	1	1				0		
H.U. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	1	1			19	3	6	1
H. COSTA DEL SOL	1							
H.U. REGIONAL DE MÁLAGA	0		1				1	
H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA	92	34	22	15	28	9	10	13
H.U. VIRGEN DE VALME	3		2	2	4	4	6	3
H.U. VIRGEN DEL ROCÍO	2	1	3	1	1			
H.U. VIRGEN MACARENA	2	1	1		1		1	1
Total general	**147**	**57**	**56**	**29**	**85**	**35**	**42**	**26**

Fuente: AGD. Elaboración propia **Cuadro nº 3**

34 *Las intervenciones quirúrgicas asociadas a procesos cancerosos corresponden a intervenciones derivadas de procesos asistenciales integrales. Estas se incluyen en el RDQ, cuando el art. 7.1 del Decreto 96/2004 prevé la creación de su propio registro*. **(conclusión nº 51)**

Valoración CCA: Corregida

Fundamento: Las intervenciones quirúrgicas asociadas a procesos cancerosos (neoplasias o tumores), es una de las actuaciones incluidas en un proceso asistencial integral. Los procesos asistenciales integrales se crean como un sistema de organización para el conjunto de las actuaciones normalizadas que han de realizarse para garantizar la accesibilidad a los diferentes niveles de la atención especializada de los procesos oncológicos.

El SAS no comparte el contenido de la conclusión ya que justifica que la creación de un nuevo registro hubiera supuesto tiempo, recursos económicos y segregación de información de ámbitos similares. Por ello, se ha adoptado la siguiente medida acorde con el procedimiento de inscripción

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 19 de 68

de estos procedimientos: las intervenciones quirúrgicas de procedimientos relacionados con neoplasias o tumores se incluyan en el RDQ, ya que el procedimiento previsto y aplicado determina que cualquier paciente con una indicación para una intervención quirúrgica programada ha de estar inscrito en el RDQ, a los efectos planificar agenda y obtener un quirófano.

Con esta medida se consigue, por un lado, corregir la deficiencia de no crear un registro específico y, por el otro lado, distinguir en la AGD estos procedimientos para que no se incluyan en el cálculo de la demora media de la LEQ, ya que son intervenciones que se atienden con la máxima diligencia posible y podría distorsionar la integridad del indicador.

35 *Inexistencia de evidencia documental de las comunicaciones con el paciente, necesarias para registrar las bajas en el RDQ por reevaluación clínica y el cambio de situación del paciente a TNP*. **(conclusión nº 52)**

Valoración CCA: Corregida parcialmente

Fundamento: Aunque el SAS no comparte el contenido de la conclusión, se ha considerado corregida parcialmente, ya que con relación a la evidencia documental para tramitar las bajas del RDQ por reevaluación clínica (cuando el facultativo decide que la intervención es improcedente de modo definitivo), se ha constatado la formalización de un documento con la conformidad del paciente.

En contraposición, atendiendo a los fundamentos de la conclusión nº 44 (§ 28), no consta evidencia documental de la solicitud del paciente para registrar la suspensión transitoria de la programación de su intervención (TNP a petición propia).

36 *Se incluyen en el RDQ las urgencias diferidas, procedimientos excluidos en el art. 15 de la Orden de 2002.* **(conclusión nº 53)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: Las intervenciones realizadas por "urgencias diferidas", corresponden a situaciones en las que el paciente accede por urgencias y, en unos casos, por la falta de quirófano disponible asignado expresamente para este uso y, en otros, por la necesidad de estabilizar al paciente (anticoagulados) antes de la cirugía y programar la intervención dentro de las 72 horas siguientes.
El SAS confirma este incumplimiento, motivado por una inadecuada gestión de las urgencias ya que han de estar identificadas y realizarse en un parte quirúrgico de urgencias, si no es así pasan a ser intervenciones programadas que requieren su inclusión en el RDQ y registro en la AGD.

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

Valoración CCA: No corregida

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 20 de 68

Fundamento: El SAS no ha realizado una valoración de su estado, por lo que se asume que no ha sido corregida.

38 *Las ofertas y derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados se registran fuera de los plazos establecidos, sin que conste justificación al respecto*. **(conclusión nº 55)**

Valoración CCA: Sin validez en el marco actual

Fundamento: No se ha podido comprobar la información actualizada ya que en 2023 finalizaron los conciertos ordinarios y, a la fecha de los trabajos de esta actuación, no se había adjudicado los nuevos conciertos.

39 *En la página web del SAS, el paciente no dispone de una referencia real sobre el tiempo de espera que deberá soportar y, únicamente, incluye las inscripciones de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado.* **(conclusión nº 56)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS ha tomado en consideración la conclusión, pero no justifica el hecho de que el paciente sólo puede consultar su inscripción si corresponde a un procedimiento garantizado y a la fecha de redacción de este informe, la página web no presenta cambios en esta materia.

5.2 Fundamentos del estado de subsanación de las conclusiones sobre los instrumentos de planificación y las medidas de mejora y de actuación en la lista de espera quirúrgica.

40 *Los Contratos Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica no recogen toda la información necesaria para una adecuada planificación, seguimiento y para la toma de decisiones en relación con la gestión de la LEQ.* **(Conclusión nº 57**)

Valoración CCA: No corregida[11]

Fundamento: El Contrato Programa (CP) del ejercicio 2023 recoge los objetivos básicos relacionados con la LEQ: garantizar que ningún paciente pendiente con garantía de respuesta quirúrgica supere el plazo establecido y que ningún paciente pendiente sin garantía de respuesta quirúrgica o que la haya perdido supere el plazo de 365 días.

Aunque, el SAS valora que esta incidencia ha sido subsanada parcialmente, pero en 2023 no constan objetivos de mejora en la gestión de la LEQ relacionados con la capacidad de respuesta en la actividad quirúrgica, ni objetivos vinculados con la organización de los recursos. Sobre este aspecto, el SAS aclara que los objetivos económicos están definidos globalmente y no sería operativo disponer de partidas presupuestarias específicas en cada uno de los capítulos presupuestarios para cada uno de los objetivos del CP.

[11] Como hecho posterior, durante la fase procedimental de alegaciones, se ha verificado que el Contrato programa de 2025 incluye objetivos de mejora relacionados con la capacidad de respuesta en la actividad quirúrgica.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 21 de 68

En cuanto a los acuerdos de gestión clínica, en 2023 no se han producido cambios, ya que está en proceso de negociación la fijación de objetivos más acordes con las líneas de trabajo de cada Unidad de Gestión Clínica.

41 *Se incumplen los plazos de los procedimientos quirúrgicos con garantía de plazo de respuesta y consecuentemente uno de los objetivos propuestos por los CP: "inexistencia de pacientes pendientes de un procedimiento incluido en el Anexo 1 del Decreto 209/2001 y en las Ordenes de desarrollo, fuera de los plazos garantizados".* **(Conclusión nº 59)**

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS ha tomado en consideración la conclusión. Expone como causas del incumplimiento de los plazos de respuesta quirúrgica:

- El cese de la actividad o menor programación durante la pandemia por Covid-19.
- La falta de concertación externa ordinaria.
- Dificultades de cubrir todas las jubilaciones de los facultativos por la escasez de candidatos disponibles.

No obstante, comparando con los datos presentados en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019), ha habido un incremento en el porcentaje de las inscripciones con demora de la red hospitalaria del SAS: de un 26% en los procedimientos con garantía de respuesta de 90 días pasa a un 37% (59 días de promedio demora), de un 19% en los de 120 días pasa a un 51% (71 días de promedio demora) y de un 10% en los de 180 días pasa a un 25% (109 días de promedio demora).

En los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta el incremento es de siete puntos porcentuales, de un 3% pasa al 10% (150 días de promedio demora).

El **Anexo 6** refleja el resultado de las demoras en intervenir a los pacientes registrados en el RDQ durante el año 2023, clasificado por provincias y atendiendo a los procedimientos sujetos a los plazos de respuesta previstos en la normativa (90, 120 y 180 días) y a los procedimientos sin garantía de respuesta.

Además, en 2023 no consta la aprobación de medidas de carácter coyuntural dirigidas a incrementar el rendimiento de profesionales en la actividad quirúrgica (redistribución de las modalidades económicas de actividad quirúrgica[12], planes de choque, medidas referidas a los sistemas de incentivación económica a los profesionales en función de la consecución de los objetivos fijados y la contratación de nuevos profesionales en régimen de continuidad asistencia) y resolver los tiempos de demora.

[12] Ordinaria (laborables de 8 a 15h), de continuidad asistencial (de 15 a 20h en días laborables), extraordinaria35 o (festivos y fines de semana).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 22 de 68

42 *La información sobre el indicador anterior por especialidades de los cinco hospitales seleccionados:*

- *En relación con los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 120 días, es la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital de San Juan de la Cruz con 115 días de demora, la que presenta los retrasos más significativos.*
- *En relación con los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 180 días, la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital de Poniente presenta el mayor retraso, con 120 días, respectivamente.* **(Conclusión nº 60**)

Valoración CCA: No corregida

Fundamento: El SAS ha tomado en consideración la conclusión, justificando las mismas causas expuestas en el punto anterior.

En 2023, de los cinco hospitales seleccionados, son los hospitales de Riotinto y San Juan de la Cruz los que presentan los retrasos más significativos, con un promedio de demora de 35 y 36 días, respectivamente, para los procedimientos con plazo de garantía de 120 días y un promedio de demora de 52 y 48 días, para los procedimientos con plazo de garantía de 180 días.

A nivel de especialidades, son las de Cirugía Ortopédica y Traumatología del H. de San Juan de la Cruz y la de Urología en el H. de Riotinto las que concentran el mayor porcentaje de demora.

43 *La actividad quirúrgica de los procedimientos con garantía de respuesta de algunos hospitales supera a la de los procedimientos no garantizados en significativos puntos porcentuales. Estas diferencias indican que los hospitales, al objeto de cumplir con la normativa reguladora de la garantía en el plazo de respuesta quirúrgica, no garantizan la equidad en el acceso de los pacientes pendientes de una intervención no sujeta a plazo de respuesta.* **(Conclusión nº 61**)

Valoración CCA: Corregida[13]

Fundamento: En la atención sanitaria en Andalucía, se reconoce el derecho del ciudadano a ser intervenido en un tiempo máximo (90, 120 o 180 días) de procedimientos quirúrgicos determinados en función a su trascendencia clínica (cirugía cardíaca), criterios de necesidad sanitaria y/o especiales (reconstrucción mamaria postmastectomía diferida debido a un cáncer de mama), o porque representan las intervenciones quirúrgicas más comunes y frecuentes (cataratas, prótesis de rodilla o de caderas, etc).

Por ello, los procedimientos con garantía de plazo suponen un mayor volumen de inscripciones que las de sin garantía, ya que estos abordan patologías con menor prioridad clínica que los garantizados. En Andalucía, en el año 2023, el porcentaje de inscripciones para los procedimientos con tiempo de respuesta garantizado alcanza 73% frente al 27% para los procedimientos sin garantía

[13] Valoración y fundamento modificados por la alegación presentada

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 23 de 68

de respuesta y las bajas por intervención de procedimientos con plazo de garantía suponen un 76% frente al 24% de las bajas por intervención de procedimientos sin garantía (**Anexo 7**).

44 *Como desarrollo de los objetivos básicos, el CP prevé el indicador que establece que no debe superarse el 5% de los pacientes en TNP para cada una de las especialidades.*

Durante el periodo que se fiscaliza, salvo el hospital Virgen de la Victoria, el resto superan el 5% de pacientes en situación TNP para los procedimientos en la garantía de plazo respuesta.

En cambio, en los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta, ninguno supera el límite en los porcentajes, pero presentan diferencias significativas entre los porcentajes de los pacientes en situación de TNP de los procedimientos con garantía de plazo de respuesta y los de procedimientos sin garantía, que hace suponer que, en algunos casos y con el fin de evitar el incumplimiento del plazo de respuesta, se haga un uso inadecuado de esta situación. **(Conclusión nº 62)**

Valoración CCA: Corregida parcialmente

Fundamento: El CP de 2023 establece la siguiente medida: los centros que superen el 5% de los registros en esta situación sobre el número de los pacientes pendientes que hayan sobrepasado el plazo garantizado de respuesta quirúrgica, serán incluidos en el plan de auditorías de inspección.

El SAS valora que esta incidencia ha sido subsanada. No obstante, en 2023 siguen existiendo diferencias de puntos porcentuales en los porcentajes de los pacientes en situación de TNP de los procedimientos con garantía de plazo de respuesta respecto a los procedimientos sin garantía, tal y como se refleja en el **Anexo 8.**

Destacan los hospitales de la Serranía, de la Axarquía y el H.U. Reina Sofía junto al H.C. San Rafael, que presentan unas diferencias en puntos porcentuales de 8,80, 8,50 y 7,30, respectivamente.

45 *Los CP contienen objetivos que determinan algunas medidas de mejoras en la gestión de la accesibilidad en la LEQ. El diseño de algunos de los indicadores presenta determinadas lagunas para una adecuada medición en los resultados de los objetivos que definen:*

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

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

- *En la comparación de los datos relativos al número de indicaciones (prescripciones) quirúrgicas por facultativo y porcentajes sobre su servicio/especialidad, hay que considerar los factores*

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 24 de 68

que influyen en un grado alto del indicador, como son volumen y la frecuencia de determinados procedimientos (cataratas, prótesis de rodilla, etc.) y el número de facultativos asignados a esa unidad, dato que no se contempla en el indicador propuesto. **(Conclusión nº 63)**

Valoración CCA: Corregida Parcialmente

Fundamento: Se han desarrollado herramientas disponibles en Infoweb, que permiten a los centros conocer y realizar un seguimiento continuado e identificar posibles áreas de mejora en la gestión en los indicadores de gestión de colas y de rendimiento de indicadores.

- *Gestión de colas.* Este indicador mide el cumplimiento de la priorización de las intervenciones pendientes y fuera del plazo estipulado objetivo del CP 2023. Supone una herramienta que da soporte a los profesionales para adecuar la programación del quirófano a las necesidades reales y por estricto orden de antigüedad. Para su cálculo no se incluyen los preferentes, ya que, por su propia definición han de ser abordados a la mayor celeridad, ni tampoco un paciente en situación TNP, ya no estaría disponible para una intervención.

- *Rendimiento de quirófanos:* Ofrece información de la gestión de quirófanos: tiempo por intervención y rendimiento del uso de los quirófanos: tiempo de entrada y de fin y tiempos de recambio.

  En algunos hospitales se han implantado un sistema de registros de estos tiempos a través de una aplicación informática y pulsera. Estos registros se realizan de forma automática, evitando errores de registro y dando información real y trazabilidad del paciente en cada momento durante su estancia en el bloque quirúrgico.

- *Número de indicaciones (prescripciones) quirúrgicas por facultativo y porcentajes sobre su servicio/especialidad.* Este no se ha incluido en el CP de 2023, debido a la necesidad de depurar y perfeccionar el mismo.

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

Valoración CCA: Corregida

Fundamento: Actualmente, todos los indicadores se recogen, según su periodicidad, en una aplicación informática y posteriormente se van cargando en la aplicación Infoweb, donde cada centro puede consultar el informe de seguimiento de su CP.

47 *Se establece que todo diagnóstico de un proceso que requiera de un procedimiento de cirugía menor ambulatoria (cma) debe ser atendido en el ámbito de Atención Primaria, salvo que concurra alguno*

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 25 de 68

de los criterios establecidos para que se lleven a cabo en Atención Hospitalaria[14]*. Los hospitales, salvo contraindicaciones o patología del paciente, por criterios de eficacia (reducir la demanda quirúrgica) deben limitar en su ámbito las intervenciones de cma.* **(Conclusión nº 66)**

Valoración CCA: Corregida parcialmente

Fundamento: El programa de cirugía menor ambulatoria (cma) está implantado en los centros de atención primaria.

No obstante, algunos procedimientos cma se siguen realizando en los hospitales, debido a las siguientes causas no justificadas que requieren un mayor control:

- Deficiencias en el registro de la inscripción por el facultativo, ya que, si no indica la modalidad, por defecto se inscribe "hospitalización" y la codificación del procedimiento cma[15]
- Complicaciones que pudieran surgir y no registrarse.
- Dificultades en la realización del procedimiento por la no disponibilidad de profesionales habilitados para cma.

5.3 Fundamentos del estado de aplicación de las recomendaciones propuestas en el informe objeto de seguimiento (OE 03/2019)

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

Valoración CCA: No aplicada

Fundamento: La recomendación se sustenta de la conclusión nº 47 (§ 31)**,** por lo que se remite a la valoración y al contenido de los fundamentos correspondientes.

49 *Ha de potenciarse y/o incentivar, la realización de las inscripciones por los facultativos. Esta acción otorga integridad y veracidad a la información de la demanda existente, simplifica los trámites burocráticos, disminuye incorrecciones en el proceso de inscripción y posibilita al paciente la obtención de información sobre el procedimiento indicado (inscripción cierta, y tiempo en el registro), además de evitar desplazamientos para la presentación de solicitud o la pérdida del documento, que demorarían el inicio del procedimiento y conllevaría un coste adicional.* **(recomendación nº 69)**

---

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

[15] El sistema de codificación de los procedimientos quirúrgicos -CIE-9- no permite diferenciar patología de "atención primaria" o "hospitalaria" y supone englobar patología de diferente índole y gravedad bajo un mismo código (por ejemplo: procedimientos realizados en el Hospital de Día Quirúrgico, ya que corresponde patología maligna y de localización no abordable en atención primaria).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 26 de 68

Valoración CCA: Aplicada parcialmente.

Fundamento: La recomendación procede de la conclusión nº 42.2 (§ 26)**,** por lo que se remite a la valoración y al contenido de los fundamentos correspondientes.

50 *Trabajar juntamente con los servicios de documentación, la codificación de procedimientos por especialidad que asegure la calidad de los datos incluidos en el registro y facilite la identificación de los mismos.* **(recomendación nº 70)**

Valoración CCA: Aplicada parcialmente

Fundamento: La recomendación procede de la conclusión nº 42.1 (§ 26)**,** por lo que se remite a la valoración y al contenido de los fundamentos correspondientes.

51 *Modificar el procedimiento de confirmación de cita a pacientes. La adecuada comunicación con el paciente redunda en el conocimiento de renuncias o aplazamientos y permite realizar las pertinentes reprogramaciones de las intervenciones suspendidas.* **(recomendación nº 71)**

Valoración CCA: No aplicada

Fundamento: La recomendación procede de la conclusión nº 44 (§ 28)**,** por lo que se remite a la valoración y al contenido de los fundamentos correspondientes.

52 *Es necesario obtener evidencia documental y expresa de la voluntad del paciente y/o del facultativo, en determinados trámites. Como medidas de eficacia (para evitar trámites burocráticos) y eficiencia (no dimensionar la carga de trabajo), la solicitud de inscripción debiera incluir, con un límite de plazo, que la demora voluntaria o la no presentación del paciente en alguno de los momentos de la programación quirúrgica sin existir una causa que lo justifique, se considerarán motivos de baja en RDQ, siempre que conste comunicación fehaciente de esas circunstancias.* **(recomendación nº 72)**

Valoración CCA: No aplicada

Fundamento: El SAS ha tomado en consideración la conclusión. Reconoce su pertinencia en ambas recomendaciones, aunque, con relación a que la solicitud de inscripción incluya como motivos de baja en el RDQ los descritos en la recomendación, matiza que no es posible su aplicación ya que, implicaría modificar la normativa que establece que esta situación supone, únicamente, la pérdida de la garantía del plazo de respuesta quirúrgica, en el supuesto de que el procedimiento estuviera sujeto a la misma.

53 *Han de establecerse medidas para la interconexión de la información o registro de fallecimientos, en orden a mejorar la integridad y validez de los datos del RDQ y la eficacia en la gestión.* **(recomendación nº 73)**

Valoración CCA: Aplicada parcialmente.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 27 de 68

Fundamento: La recomendación procede de la conclusión nº 42.3 (§ 26)**,** por lo que se remite a la valoración y al contenido de los fundamentos correspondientes.

54 *Con el fin de no presentar una información distorsionada, con más pacientes, pero con menos demora, los procedimientos excluidos, expresamente, según la norma de aplicación, debieran excluirse del RDQ.* **(recomendación nº 74)**

Valoración CCA: Aplicada parcialmente

Fundamento: En relación con la información de los procedimientos con diagnóstico oncológico (neoplasias o tumores), se ha implementado una medida a fin de evitar la situación expuesta, tal y como refiere el contenido de los fundamentos de la conclusión nº 51 (§ 34)**.**

En contraposición, no consta implementada una medida que subsane la incidencia relacionada con las urgentes diferidas, tal y como se expone en los fundamentos de la conclusión nº 53 (§ 36)**.**

55 *Para una adecuada planificación, es necesario supeditar la asignación de los recursos para la actividad quirúrgica programada a la determinación de los objetivos definidos en los CP.*

Se recomienda arbitrar las medidas para recuperar el Cuadro de Mando. **(recomendación nº 75)**

Valoración CCA: Aplicada parcialmente

Fundamento: La recomendación relacionada con la falta de objetivos vinculados con la organización de los recursos no ha sido aplicada, tal y como refiere el contenido de los fundamentos de la conclusión nº 57 (§ 40).

Para la evaluación y seguimiento de la ejecución del CP, el SAS ha subsanado la recomendación, tal y como refiere el contenido de los fundamentos de la conclusión nº 64 (§ 46).

56 *Se recomienda revisar factores y variables que puedan influir en el cumplimiento de objetivos relacionados con la programación quirúrgica.* **(recomendación nº 76)**

Valoración CCA: Aplicada

Fundamento: La recomendación esta referida a los indicadores de gestión de cola y de rendimiento de quirófanos, materia tratada en la conclusión nº 63 (§ 45)**,** por lo que se remite a la valoración y al contenido de los fundamentos correspondientes.

57 *Implantar el programa de cirugía menor ambulatoria (cma), por igual, en todos los centros de Atención Primaria y la adopción de medidas para que quede debidamente justificada la realización de este proceso quirúrgico en el ámbito hospitalario.* **(recomendación nº 77)**

Valoración CCA: Aplicada parcialmente

Fundamento: La recomendación procede de la conclusión nº 66 (§ 47)**,** por lo que se remite a la

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 28 de 68

valoración y al contenido de los fundamentos correspondientes.

58 *Para el seguimiento y control de la modalidad económica de la actividad realizada se deben cumplimentar y detallar, de forma exhaustiva, el parte de quirófano y la hoja quirúrgica en la Historia Clínica Electrónica.* **(recomendación nº 78)**

Valoración CCA: Aplicada

Fundamento: Mediante Infoweb se puede llevar a cabo un control y seguimiento de la hoja quirúrgica, aunque la responsabilidad de la adecuada cumplimentación corresponde al facultativo. Para el control de la actividad económica extraordinaria, la medida implementada consiste en no validar las facturas hasta que el hospital no cumplimente toda la información con relación a la intervención quirúrgica que se está procediendo a facturar, incluida la hoja quirúrgica.

59 *Revisar los siguientes riesgos y deficiencias señalados en el informe técnico sobre el "Análisis de la situación y propuestas de mejora de las listas de espera de 2017", elaborado por una Comisión Profesional[16]:*

1. *El Decreto 128/1997, que regula la libre elección de médico especialista y de hospital no desarrolla los criterios que delimiten el acceso a uno u otro hospital ofertados, provocando una penalización en el incremento de la demanda para los centros con mayor atracción.*
2. *Déficit de quirófanos disponibles y de facultativos.*
3. *Alta movilidad de profesionales en el desarrollo de la actividad del centro, lo que dificulta el conocimiento exacto del coste correspondiente a cada prestación asistencial.*
4. *No hay implantación de los sistemas de información propios del SSPA en los centros privados concertados, ocasionando frecuentes duplicidades e ineficiencias ni herramientas para analizar y evaluar la actividad sanitaria concertada.*
5. *Los cuadros de mandos actuales no cubren todas las necesidades para la toma de decisiones.* ***(recomendación nº 79)***

Valoración CCA: Aplicada parcialmente[17]

Fundamento: El SAS considera que el mencionado informe técnico se encuentra desactualizado o descontextualizado a la situación actual de la gestión de la LEQ. Pero los argumentos esgrimidos, que se relacionan a continuación, no justifican ni resuelven el motivo de no cumplir con las propuestas formuladas, necesarias para la mejora de la gestión de la LEQ:

Apartado 1. Aunque el SAS confirma que la normativa para la libre elección de hospital no contempla límites para acceder a un centro u otro, la solución que propone que es la de revisar o analizar el mal uso de dicho derecho, no constituye medida de actuación.

Apartado 2. En los últimos años se ha avanzado en la actualización de la estructura de quirófanos y

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

[17] Valoración y fundamento modificados por la alegación presentada

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 29 de 68

en la apertura de nuevos centros, como es el caso del H. Muñoz Cariñanos en Sevilla.

Con respecto a las dificultades para contratación de determinados profesionales en algunas áreas u hospitales, el SAS alude que es un problema nacional, aunque también es cierto que con los últimos procesos de estabilización extraordinaria de plantilla se han corregido deficiencias.

Apartado 3. No se justifica el riesgo que supone la alta movilidad de profesionales en el desarrollo de la actividad de cada centro, ya que dificulta el conocimiento exacto del coste correspondiente a cada prestación asistencial.

6. RECOMENDACIONES

60 La Cámara de Cuentas de Andalucía recomienda la adopción de las medidas expuestas en este epígrafe que van orientadas a propuestas de mejora para la organización. La implementación de estas recomendaciones podrá ser objeto de alcance en futuros informes de fiscalización que tengan como objetivo el seguimiento específico de este informe, las recomendaciones por materias o cualquier otro asunto relacionado con el mismo.

61 En observancia de la "Guía práctica para la elaboración de recomendaciones", elaborada por la Cámara de Cuentas de Andalucía, se ha consignado a las recomendaciones, que se relacionan a continuación, una **prioridad alta** teniendo en cuenta que son reiterativas y redundan en deficiencias significativas, por lo que se requiere una atención urgente de la dirección para implantar controles y, en su caso, procedimientos que mitiguen los riesgos identificados en forma de conclusiones.

Las recomendaciones van dirigidas a la Consejería de Salud y Consumo, la Dirección Gerencia del SAS y los hospitales responsables de la gestión del RDQ.

62 Proponer la adaptación de la normativa reguladora conforme a las modificaciones que ha ido desarrollando las diversas funcionalidades que ofrece la AGD en el procedimiento previsto para la gestión del RDQ. (§ 24**,** § 25, § 27 y § 34)

63 Promover la modificación del decreto de garantía de plazos de respuesta quirúrgica al objeto de incluir como motivo de baja en el RDQ la demora voluntaria o la no presentación del paciente en alguno de los momentos de la programación quirúrgica sin existir una causa que lo justifique, así como, el decreto que regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el SSPA, al objeto de delimitar el acceso a uno u otro hospital y evitar la concentración de la demanda en algunos hospitales. (§ 52 y § 59)

64 Establecer medidas que garanticen la transparencia de la información que recibe la ciudadanía con relación a la LEQ y a su situación en RDQ. (§ 39)

65 Potenciar a los facultativos a:

- Generar el alta en RDQ de los pacientes en la AGD, como la forma más simple que garantiza la integridad de la demanda quirúrgica existente y evita la existencia de incorrecciones en el proceso de grabación que pudieran derivar en un sobrecoste de duplicar pruebas diagnósticas

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 30 de 68

adicionales y en los gastos derivados de las consultas del especialista. (§ 26.1 y 2 y § 49)
- Cumplimentar adecuadamente determinados ítems obligatorios para la inscripción en el RDQ. (§ 30 y § 32)

66 Impulsar la implementación de una nueva funcionalidad la AGD para agilizar la gestión del soporte documental que se genera en el aplicativo cuando se realizan las acciones (eventos) sobre una inscripción. (§ 28, § 35 y § 52)

67 [18]

68 Aprobar medidas urgentes a fin de cumplir con los plazos de los procedimientos con garantía en la respuesta quirúrgica y con los objetivos establecidos en los CP de 2023 y de reducir el colapso existente en la LEQ de la CAA (§ 41, § 42, § 43)

69 Realizar, por cada hospital, una revisión de los motivos que originan el registro del paciente en TNP por reevaluación clínica, al objeto de depurar los registros sin la adecuada motivación que origina tal situación. (§ 26.3 y § 44)

7. ANEXOS

[18] Punto eliminado por la alegación presentada

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 31 de 68

ESTADO DE SUBSANACIÓN DE LAS CONCLUSIONES SOBRE EL PROCEDIMIENTO PREVISTO Y APLICADO PARA LA GESTIÓN DEL RDQ EN 2023. **Anexo 1.1**

Nº Conclusión	CONTENIDO	Valoración CCA	Valoración SAS
40	La normativa reguladora no contempla que el facultativo inscriba al paciente en el RDQ a través de la AGD, lo cual impide verificar que todas las indicaciones quirúrgicas propuestas por los facultativos se corresponden con la demanda efectiva e inscrita y ocasiona las siguientes incidencias en el procedimiento que se aplica: • Provoca una elevada carga de trabajo y la existencia de incorrecciones en el proceso de grabación. • Deriva en un sobrecoste de duplicar pruebas diagnósticas adicionales, trámites y los gastos derivados de las consultas del especialista, en el caso de que el facultativo prescriba el procedimiento, pero no facilite al paciente el documento de solicitud de inscripción para su firma o que el paciente, por olvido o pérdida, no presente el documento de solicitud para su registro. • Que el paciente no disponga del documento de inscripción de la intervención quirúrgica prescrita. En los hospitales de Montilla, Virgen Macarena y los centros periféricos del hospital de Puerto Real, el paciente solo recibe copia de la solicitud sellada. • Posibilita dilatar el trámite de la inscripción	**No corregida**	**Corregida Parcialmente**
41	No hay determinado un plazo máximo para la presentación de la solicitud de inscripción conformada por el paciente. Constan 429 inscripciones, en las que se superan los 100 días de diferencia entre la indicación y la solicitud de inscripción en el RDQ, lo que supone el riesgo de dilatar el trámite de la inscripción y de registrar una prescripción sin corroborar posibles cambios producidos en el paciente que afectarían a la indicación inicial.	**No corregida**	**No corregida (Tomada en consideración)**
42	No constan directrices, protocolos, instrucciones internas o medidas aprobadas por el SAS, que desarrollen aspectos relevantes del procedimiento de gestión. Este hecho ha originado, tal y como se expone a continuación, interpretaciones erróneas, riesgos y heterogeneidad en la forma de actuar de los hospitales: **1** Escasa estandarización a la hora controlar los códigos de los procedimientos quirúrgicos consignados en las indicaciones de los facultativos. **2** Inexistencia de medidas que impulsen el conocimiento, por los usuarios de la AGD, de las capacidades del sistema de RDQ. Durante el periodo de fiscalización, del total de inscripciones existentes en los centros del SSPA, solo un 21% de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado y un 19% de los procedimientos sin garantía han sido registrados por el facultativo. **3** La situación del paciente como Transitoriamente No Programables (TNP) por reevaluación clínica se utiliza sin criterio ni control: - En los hospitales de Puerto Real y San Juan de la Cruz se han detectados casos en los que se ha considerado al paciente fallecido como ilocalizable, optando por registrarlo en situación TNP por reevaluación clínica. - En los hospitales de Riotinto, San Juan de la Cruz y Virgen Macarena constan pacientes registrados en situación TNP por reevaluación clínica sin causa clínica. En el hospital de Montilla los casos de TNP solicitados por el paciente se registran como TNP por reevaluación clínica. - Constan pacientes en TNP, desde la fecha en que se inscriben en el RDQ. Los motivos pueden deberse, bien a la falta de coordinación entre los especialistas que prescriben tratamiento y los de otros servicios, bien por la inadecuada extracción de información de las historias digitales o bien, no exista motivo que justifique esta circunstancia. **4** Falta de criterios y homogeneidad en las derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados. Además, los envíos de los pacientes a los conciertos se registran fuera de los plazos establecidos, sin que conste justificación al respecto. **5** Se han detectado inscripciones sin garantía correspondientes a procedimientos con plazo de respuesta quirúrgica inicial sin que consten el registro de los eventos que justifiquen la pérdida de ese derecho.	**Corregida Parcialmente**	**Corregida Parcialmente**
43	Los precios máximos de los procedimientos quirúrgicos con garantía fijados en el Decreto 209/2001, se mantienen vigentes, aun cuando su Disposición Final Primera prevé la actualización de las cuantías. Esto supone un desfase con el coste real de las intervenciones realizadas en los centros privados concertados, que debe asumir el paciente.	**No corregida**	**No corregida (Tomada en consideración)**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 32 de 68

ESTADO DE SUBSANACIÓN DE LAS CONCLUSIONES SOBRE EL PROCEDIMIENTO PREVISTO Y APLICADO PARA LA GESTIÓN DEL RDQ EN 2023 **Anexo 1.1 (Cont.)**

PUNTO Nº	CONTENIDO DE LAS CONCLUSIONES DEL INFORME OBJETO DE SEGUIMIENTO (OE 03/2019)	Valoración CCA	Valoración SAS
44	El procedimiento de confirmación de cita a pacientes y de otros aspectos administrativos relacionados con su situación en LEQ, es deficiente ya que en la mayoría de los casos no consta información de su realización efectiva.	**No corregida**	**Corregida**
45	Las deficiencias detectadas constatan que la cumplimentación de la AGD no es completa, fiable y exhaustiva en todos sus campos y eventos ni que el SAS haya realizado el suficiente control y seguimiento.	**Corregida**	**Corregida**
46	La incorrecta selección del origen de la indicación y la prioridad asistencial en la AGD puede derivar en una inadecuada priorización del paciente para la programación quirúrgica, además de que impide diferenciar las intervenciones programadas de las urgencias diferidas. En los cinco hospitales visitados constan 10.295 intervenciones, un 18% sobre el total, realizadas en los 9 primeros días tras la inscripción del paciente, con origen de indicación consultas externas y preferencia asistencial normal.	**No corregida**	**No corregida (Tomada en consideración)**
47	Constan 7.102 inscripciones anteriores a 2018 y 11.443 registradas durante el 2018, que no registran movimiento desde su alta en la aplicación, lo cual provoca una acumulación de demanda que afecta al promedio del tiempo de demora y se cuestiona la pertinencia de la intervención indicada.	**No corregida**	**No corregida (Tomada en consideración)**
48	Solo para los TNP por reevaluación clínica, la AGD permite grabar el evento sin indicar el tiempo de suspensión previsto, lo cual conlleva el riesgo de permanencia larga en esta situación tras desaparecer la causa que motivo la suspensión.	**No corregida**	**No corregida (No compartida)**
50	Constan 188 inscripciones que incumplen el plazo máximo para el registro de las solicitudes presentadas, previsto en el art. 23.1 de la Orden de 2002. El hospital Virgen de la Victoria refleja el volumen más significativo, con 48 inscripciones, seguido de los hospitales de Juan Ramón Jiménez y La Inmaculada, con 37 y 32, respectivamente.	**No corregida**	**Corregida Parcialmente**
51	Las intervenciones quirúrgicas asociadas a procesos cancerosos corresponden a intervenciones derivadas de procesos asistenciales integrales. Estas se incluyen en el RDQ, cuando el art. 7.1 del Decreto 96/2004 prevé la creación de su propio registro.	**Corregida**	**No corregida (No compartida)**
52	Inexistencia de evidencia documental de las comunicaciones con el paciente, necesarias para registrar las bajas en el RDQ y el cambio de situación del paciente a TNP.	**Corregida Parcialmente**	**No corregida (No compartida)**
53	Se incluyen en el RDQ las urgencias diferidas, procedimientos excluidos en el art. 15 de la Orden de 2002. Salvo en los hospitales de Poniente, Riotinto y San Juan de la Cruz, el resto de los hospitales seleccionados registran 4.491 intervenciones quirúrgicas cuyo origen de indicación es urgencias, de las que 170 se inscribieron sin la correcta prioridad asistencial.	**No corregida**	**No corregida (No compartida)**
54	Ninguno de los hospitales visitados exige la justificación de la causa alegada por el paciente para la suspensión del plazo de garantía, además de que se admiten otros motivos y sin límite de tiempo no determinados, incumpliendo el procedimiento previsto en el art. 7.2 de la Orden de 25 de septiembre de 2002.	**No corregida**	**No corregida (No contestada)**
55	Las ofertas y derivaciones de los pacientes a los centros privados concertados se registran fuera de los plazos establecidos, sin que conste justificación al respecto.	**Sin validez en el marco actual**	**Sin validez en el marco actual**
56	Se constata la insuficiente utilidad de la información facilitada en la página web del SAS. El paciente no dispone de una referencia real sobre el tiempo de espera que deberá soportar y, únicamente, incluye las inscripciones de los procedimientos con plazo de respuesta garantizado.	**No corregida**	**No corregida (Tomada en consideración)**
57	Los Contratos Programa (CP) y los Acuerdos de Gestión Clínica correspondientes a los ejercicios 2018 y 2019, no recogen toda la información necesaria para una adecuada planificación, seguimiento y para la toma de decisiones en relación con la gestión de la LEQ, debido a: • No contemplan medidas planteadas desde la organización de los servicios, como el desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en el ámbito de la Atención primaria, que supone una herramienta de mejora en la eficiencia. • Los objetivos planteados en los Acuerdos de Gestión Clínica no complementan los de los CP ni consideran las circunstancias particulares de cada una de las especialidades asignadas al centro.	**No corregida**	**Corregida Parcialmente**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 33 de 68

	Para el ejercicio 2019, los CP no aprueban objetivos de mejora en la gestión de la LEQ, lo que impide conocer las estrategias de actuación y la capacidad de respuesta en la actividad quirúrgica, llevadas a cabo durante ese periodo.		

ESTADO DE SUBSANACIÓN DE LAS CONCLUSIONES SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN DE LA LEQ EN 2023. **Anexo 1.2**

PUNTO Nº	CONTENIDO DE LAS CONCLUSIONES DEL INFORME OBJETO DE SEGUIMIENTO (OE 03/2019)	Valoración CCA	Valoración SAS
59	Se incumple la normativa que regula los procedimientos con garantía en el tiempo de respuesta y, consecuentemente uno de los objetivos propuestos por los CP. El porcentaje de inscripciones con demora, del total de los hospitales del SSPA, alcanza un 26% en los procedimientos con garantía de respuesta de 90 días, un 19% en los de 120 días y un 10% en los de 180 días. Los promedios de demora en días alcanzan los 26, 40, 45, respectivamente.	**No corregida**	**No corregida (Tomada en consideración)**
60	<u>En relación con los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 120 días:</u> - Los hospitales del SSPA que presentan un mayor grado de incumplimiento son: el HAR de Loja, con un 59% de inscripciones demoradas y una media de 40 días y los hospitales de: La Axarquía, San Cecilio y La Inmaculada con un 48%, 45%, 41% y una demora media 25, 72 y 151 días, respectivamente. - De los nueve hospitales seleccionados, la especialidad de Urología del hospital de Baza con 140 días de demora sobre el plazo garantizado y la Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del hospital de San Juan de la Cruz con 115 días de demora, son las que presentan los retrasos más significativos, del total especialidades de los nueve hospitales seleccionados. <u>En relación con los procedimientos con garantía en el plazo de respuesta de 180 días:</u> - Los hospitales del SSPA que presentan un mayor grado de incumplimiento son el hospital San Cecilio con un 23% de inscripciones demoradas y una media de 81 días y el hospital de Jaén, con un 20% y una media de 67 días. - De los nueve hospitales seleccionados, la COT de los hospitales de Baza y Poniente, presenta el mayor retraso, con 120 días, respectivamente. Respecto a los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta, el límite del plazo de respuesta establecido en los CP y Acuerdos de Gestión Clínica es de 365 días. El resultado en los hospitales del SSPA, no muestra un número elevado de pacientes intervenidos con demora, siendo el hospital de Antequera con un 17% de inscripciones intervenidas y 439 días, el que presenta el dato más relevante sobre la demora media.	**No corregida**	**No corregida (Tomada en consideración)**
61	En los resultados de los objetivos básicos, influye la actividad quirúrgica desarrollada. La actividad quirúrgica de los procedimientos con garantía de respuesta de los hospitales de la Serranía, Puerto Real, Lebrija y Valle del Guadiato, supera a la de los procedimientos no garantizados en 16, 12, 12 y 10 puntos porcentuales, respectivamente. Aunque el establecimiento de garantizar plazos máximos de respuesta para determinados procedimientos, mejora parcialmente y a corto plazo los resultados de la LEQ, las diferencias señaladas indican que los hospitales, al objeto de cumplir con la normativa, no garantizan la equidad en el acceso de los pacientes pendientes de una intervención no sujeta a plazo de respuesta. A nivel de las especialidades, incluidas en las carteras de servicios de los nueve hospitales seleccionados, los porcentajes más bajos de actividad desarrollada se producen en las especialidades de COT, con un 66%, OTR y Urología, ambas con un 70%, cuando las especialidades que representan el volumen más significativo de inscripciones son Oftalmología (OFT), Cirugía General y Aparato Digestivo (en adelante, Cirugía Gral y A.D) y COT.	**Corregida (1)**	**Corregida Parcialmente**
62	Como desarrollo de los objetivos básicos, los CP prevén el indicador que establece que no debe superarse el 10%, en el año 2018 y el 5%, en el año 2019, de los pacientes en TNP para cada una de las especialidades. Durante el periodo que se fiscaliza, de los nueve hospitales seleccionados, salvo el hospital Virgen de la Victoria, el resto superan el 5% de pacientes en situación TNP para los procedimientos en la garantía de plazo respuesta durante el periodo fiscalizado. En cambio, en los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta, ninguno supera el límite en los porcentajes. Excepto el hospital Virgen de la Victoria, el resto de los hospitales presentan unas diferencias, que van desde los 5 puntos porcentuales que reflejan los hospitales Baza y Virgen del Rocío, hasta los 10 del hospital de San Juan de la Cruz y los 12 del hospital de Montilla, en los porcentajes de los pacientes en situación de TNP de los procedimientos con garantía de plazo de respuesta respecto a los procedimientos sin garantía. Estas diferencias reflejan qué, con el fin de evitar el incumplimiento del plazo de respuesta, se registra al paciente en TNP sin que quede debidamente acreditada la causa o justificación que origina este cambio en la situación del paciente.	**Corregida Parcialmente**	**Corregida**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 34 de 68

ESTADO DE SUBSANACIÓN DE LAS CONCLUSIONES SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN DE LA LEQ EN 2023. Anexo 1.2 (Cont.)

PUNTO Nº	CONTENIDO DE LAS CONCLUSIONES DEL INFORME OBJETO DE SEGUIMIENTO (OE 03/2019)	Valoración CCA	Valoración SAS
63	Como herramienta de eficiencia, los CP del año 2018 contiene objetivos que determinan algunas medidas de mejoras en la gestión de la accesibilidad en la LEQ. El diseño de los indicadores presenta determinadas lagunas que constatan que, su contenido no incluye todos los elementos necesarios para una adecuada medición en los resultados de los objetivos que definen: En la programación de la actividad, para el criterio de la antigüedad que constituye el indicador del objetivo gestión de cola de la LEQ, no se considera como variables a los pacientes registrados en situación TNP con un elevado tiempo medio de espera ni excluye a los pacientes con prioridad asistencial preferente y/o las urgencias diferidas, cuando estos han de disponer de los mismos quirófanos que los pacientes programables. No se puede concluir sobre el nivel de eficiencia alcanzado en el indicador de ocupación de los quirófanos, sin contemplar datos relacionados con la proporción y las causas de las intervenciones programadas suspendidas, así como considerar aspectos que influyen en la programación y en la asignación de las sesiones quirúrgicas (en una misma sesión se mezclan procesos de alta complejidad que requieren más recursos que los de menor complejidad). En la comparación de los datos relativos al número de indicaciones (prescripciones) quirúrgicas por facultativo y porcentajes sobre su servicio/especialidad, hay que considerar los factores que influyen en un grado alto del indicador, como son volumen y la frecuencia de determinados procedimientos (cataratas, prótesis de rodilla, etc.) y el número de facultativos asignados a esa unidad, dato que no se contempla en el indicador propuesto.	**Corregida Parcialmente**	**Corregida Parcialmente**
64	El cuadro de mandos no incluye todos los objetivos previstos en el CP de 2018, lo cual impide el seguimiento de los indicadores de gestión y una evaluación íntegra del grado de consecución de los objetivos propuestos. A los efectos de la evaluación, si el hospital no presenta en los periodos establecidos los datos necesarios para la valoración de los objetivos, el SAS lo considera como un incumplimiento de estos. Es por ello por lo que la información aportada sobre la evaluación de los objetivos básicos de los CP de 2018, no consten los resultados efectivos.	**Corregida**	**Corregida**
66	Se establece que todo diagnóstico de un proceso que requiera de un procedimiento de cirugía menor ambulatoria (cma) debe ser atendido en el ámbito de Atención Primaria, salvo que concurra alguno de los criterios establecidos para que se lleven a cabo en Atención Hospitalaria. En los nueve hospitales seleccionados, se han realizado 17.503 intervenciones correspondientes a procedimientos codificados como cma, de las cuales 4.606 se han llevado a cabo mediante cirugía mayor ambulatoria (CMA) y 10.766 con hospitalización. Respecto a estas son difícil de distinguir con las que corresponden a procesos asociados a una intervención en el mismo momento quirúrgico, excluidas del Registro de Demanda quirúrgica. Los hospitales, salvo contraindicaciones o patología del paciente, por criterios de eficacia (reducir la demanda quirúrgica) deben limitar en su ámbito las intervenciones de cma. En el caso de realizarse en los hospitales, por criterio de eficiencia, han de potenciar la práctica de la cma a través de los servicios de enfermería, sin que ello suponga el registro de esas intervenciones como CMA u hospitalización, ya que desvirtúan su naturaleza, imposibilitan el seguimiento y control económico de los recursos utilizados por cada procedimiento.	**Corregida Parcialmente**	**Corregida Parcialmente**
68	*La LEQ ha de incluir los procesos con indicación quirúrgica cierta, establecida por un médico especialista, tras haber sopesado riesgos y beneficios. Como medida de eficacia, no deberían registrarse en el Registro de Demanda Quirúrgica, los procesos que no están en situación de intervenir, aunque previsiblemente puedan estarlo en un futuro.*	**No aplicada**	**No aplicada (Tomada en consideración)**
69	*Ha de potenciarse y/o incentivar, mediante objetivos, la realización de las inscripciones por los facultativos. Esta acción otorga integridad y veracidad a la información de la demanda existente, simplifica los trámites burocráticos, disminuye incorrecciones en el proceso de inscripción y posibilita al paciente la obtención de información sobre el procedimiento indicado (inscripción cierta, y tiempo en el registro), además de evitar desplazamientos para la presentación de solicitud o la pérdida del documento, que demorarían el inicio del procedimiento y conlleva un coste adicional.*	**Aplicada parcialmente**	**Aplicada parcialmente**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 35 de 68

ESTADO DE APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN 2023. **Anexo 1.3**

PUNTO Nº	CONTENIDO DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME OBJETO DE SEGUIMIENTO (OE 03/2019)	Valoración CCA	Valoración SAS
70	*Trabajar juntamente con los servicios de documentación la codificación de procedimientos por especialidad que asegure la calidad de los datos incluidos en el registro y facilite la identificación de estos.*	**Aplicada parcialmente**	**Aplicada**
71	*Se recomienda modificar el procedimiento de confirmación de cita a pacientes. La adecuada comunicación con el paciente redunda en el conocimiento de renuncias o aplazamientos y permite realizar las pertinentes reprogramaciones de las intervenciones suspendidas, a fin de evitar una ineficiente gestión de los recursos.*	**No aplicada**	**Aplicada parcialmente**
72	*Es necesario realizar el mismo tratamiento exhaustivo para el alta como para la baja y el registro de la situación de TNP en el Registro de Demanda Quirúrgica, es decir obtener evidencia documental y expresa de la voluntad del paciente y/o del facultativo. Además, como medidas de eficacia (para evitar trámites burocráticos) y eficiencia (no dimensionar la carga de trabajo), la solicitud de inscripción debiera incluir, con un límite de plazo, que la demora voluntaria o la no presentación del paciente en alguno de los momentos de la programación quirúrgica sin existir una causa que lo justifique, se considerarán motivos de baja en Registro de Demanda Quirúrgica, siempre que conste comunicación fehaciente de esas circunstancias.*	**No aplicada**	**No aplicada (Tomada en consideración)**
73	*Han de establecerse medidas para la interconexión de la información o registro de fallecimientos, en orden a mejorar la integridad y validez de los datos del Registro de Demanda Quirúrgica y la eficacia en la gestión.*	**Aplicada parcialmente**	**Aplicada**
74	*Con el fin de no presentar una información distorsionada, con más pacientes, pero con menos demora, los procedimientos excluidos, expresamente, según la norma de aplicación, debieran excluirse del Registro de Demanda Quirúrgica.*	**Aplicada parcialmente**	**No aplicada (Tomada en consideración)**
75	*Para una adecuada planificación, es necesario supeditar la asignación de los recursos para la actividad quirúrgica programada a la determinación de los objetivos de actuación, definidos en los CP y en los Acuerdos de Gestión Clínica.* *La ejecución de los CP debe ir seguida de una evaluación de resultados junto con el establecimiento de medidas comunes para la financiación de su aplicación. Se recomienda arbitrar las medidas para recuperar el Cuadro de Mando, que supone la herramienta de control que permite al SAS realizar el seguimiento de los indicadores de gestión y una evaluación general del grado de consecución de los objetivos de todos los hospitales.*	**Aplicada parcialmente**	**Aplicada**
76	*Se recomienda revisar factores y variables que puedan influir en el cumplimiento de objetivos relacionados con la programación quirúrgica (gestión de cola de los procesos quirúrgicos con y sin garantía en el plazo de respuesta, rendimiento de mínimo de actividad en los quirófanos, etc), teniendo en cuenta parámetros de complejidad y disponibilidad de recursos y fomentar mayor participación de los profesionales de las UGCs o Servicios de especialidades en el diseño de los objetivos de gestión de la demanda quirúrgica y los tiempos de demora.*	**Aplicada**	**Aplicada**
77	*Como medida de eficiencia, se recomienda la implantación del programa de cma, por igual, en todos los centros de Atención Primaria y la adopción de medidas para que quede debidamente justificada la realización de este proceso quirúrgico en el ámbito hospitalario y no afecte a la programación de agendas y al uso de salas quirúrgicas para estos procedimientos.*	**Aplicada parcialmente**	**Aplicada**
78	*Para el seguimiento y control de la modalidad económica de la actividad realizada se deben cumplimentar y detallar, de forma exhaustiva, el parte de quirófano y la hoja quirúrgica en la Historia Clínica Electrónica.*	**Aplicada**	**Aplicada**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 36 de 68

ESTADO DE APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN 2023. **Anexo 1.3 (Cont.)**

PUNTO Nº	CONTENIDO DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME OBJETO DE SEGUIMIENTO (OE 03/2019)	Valoración CCA	Valoración SAS
79	*Se ha constatado que se mantienen como riesgos potenciales las siguientes deficiencias señaladas en el informe sobre el "Análisis de la situación y propuestas de mejora de las listas de espera de 2017", elaborado por una Comisión Profesional:* • *- El Decreto 128/1997, que regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el SSPA no desarrolla los criterios que delimiten el acceso a uno u otro hospital ofertados, provocando una penalización en el incremento de la demanda para los centros con mayor atracción.* • *- Déficit de quirófanos disponibles y de facultativos. En particular, hay dificultades en cubrir puestos vacantes en determinadas especialidades (anestesiología, traumatología, cirugía general, cardiovascular), siendo alguna de estas situaciones motivo de suspensión y reprogramación de intervenciones. La falta de disponibilidad de quirófanos recursos origina su uso alternativo para la cirugía programada con las urgencias, sin posibilidad de establecer una distinción válida.* • *- Alta movilidad de profesionales en el desarrollo de la actividad del centro, lo que dificulta el conocimiento exacto del coste correspondiente a cada prestación asistencial.* • *- No hay implantación de los sistemas de información propios del SSPA en los centros privados concertados, ocasionando frecuentes duplicidades e ineficiencias ni herramientas administrativas y/o clínicas para analizar y evaluar la actividad sanitaria concertada.* • *-Los cuadros de mandos actuales no cubren todas las necesidades para la toma de decisiones. Además, el acceso a la información, de forma desagregada, está limitada a cargos intermedios y, en ciertos casos, al personal administrativo, con escasa difusión desde estos hacia el resto de los profesionales de las UGCs.*	**Aplicada Parcialmente (1)**	**Aplicada Parcialmente**

(1) Valoraciones modificadas por las alegaciones presentadas

Nota: No se incluyen las conclusiones nº 49 y 65 porque corresponden a puntos eliminados por la alegación presentada ni la nº 58, cuyo contenido corresponde a una descripción.

Nota: Se ha añadido a la valoración del SAS la información que distingue las conclusiones/recomendaciones no corregidas, atendiendo a la diferente casuística que se produce. El punto 10 expone la definición de las subcategorías.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 37 de 68

Anexo 2

RESUMEN POR MATERIAS DEL GRADO DE SUBSANACIÓN Y APLICACIÓN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. 2023

CORREGIDAS/APLICADAS

Cuestión objeto de seguimiento	Punto del informe
Medidas implantadas que garantizan la integridad de la información generada en la AGD	29
Medida adoptada para incluir las intervenciones quirúrgicas asociadas a procesos cancerosos en el RDQ	34,54
Consta evidencia documental en la tramitación de la baja del RDQ por reevaluación clínica	35
No constan diferencias significativas entre el rendimiento de la actividad quirúrgica de los procedimientos con garantía de respuesta respecto al de los procedimientos no garantizados.	43 Anexo 7
Desarrollo de herramientas que permiten a los hospitales realizar un seguimiento continuado e identificar posibles áreas de mejora sobre los indicadores de gestión y la evaluación del grado de consecución de los objetivos propuestos.	45, 46, 55 y 56
Implantación de medidas para el seguimiento y control de la modalidad económica de la actividad desarrollada	58

CORREGIDAS/APLICADAS PARCIALMENTE

Cuestión objeto de seguimiento	Punto del informe
Establecimiento de medidas provisionales para el control de: los códigos de los procedimientos quirúrgicos consignados en las indicaciones de los facultativos, los registros de la situación del paciente como transitoriamente no programable (TNP) por reevaluación clínica y de las inscripciones con pérdida de la garantía inicial, así como para potenciar el conocimiento de las capacidades de la AGD por todos los usuarios del sistema,	26, 49, 50 y 53
Decremento de los pacientes registrados en el RDQ en situación TNP. Se establece que los hospitales que superen el 5% de los registros en situación TNP sobre el número de los pacientes pendientes que hayan sobrepasado el plazo garantizado de respuesta quirúrgica, serán incluidos en el plan de auditorías de inspección.	44 Anexo 8
Implantación del programa de cirugía menor ambulatoria (cma) en los centros de atención primaria. Delimitación de las causas no justificativas de realizar procedimientos de cma en los hospitales.	47, 57
Existencia de algunas medidas para corregir los riesgos y deficiencias señalados en el informe técnico sobre el "Análisis de la situación y propuestas de mejora de las listas de espera de 2017", elaborado por una Comisión Profesional	59

NO CORREGIDAS/APLICADAS

Cuestión objeto de seguimiento	Punto del informe
Ausencia de actualización y adaptación de la normativa reguladora a las funcionalidades que ofrece la AGD en el procedimiento previsto para la gestión del RDQ	24,25, 27
Inexistencia de una acreditación documental que justifique la voluntad conformada del paciente en la solicitud del paciente para suspender transitoriamente la programación de la intervención -TNP a petición propia, en la confirmación para la cita de la intervención quirúrgica y en el rechazo de la oferta de derivación a un centro concertado.	28, 35, 51 y 52
Ausencia de medidas que impulsen la adecuada cumplimentación de los datos registrados en la AGD y el control y seguimiento de los hospitales a la información generada por el aplicativo.	30, 31,48
Falta de adopción de medidas que controlen el tiempo y justificación del registro de un paciente en situación TNP por reevaluación clínica	32
Incumplimientos de la normativa reguladora con relación: al plazo para la inscripción en RDQ, a la inclusión de las urgencias diferidas en el RDQ, a la evidencia documental de la causa alegada por el paciente para la suspensión del plazo de garantía	33, 36,37 y 54
No constan medidas establecidas para el acceso a la información personalizada de los ciudadanos sobre su situación en el registro	39
Los Contratos Programa de 2023 no incluyen objetivos de mejora en la gestión de la LEQ relacionados con la capacidad de respuesta en la actividad quirúrgica ni objetivos vinculados con la organización de los recursos.	40, 55
Incremento relevante en el número y días de las inscripciones con demora de la red hospitalaria del SAS e incumplimiento de los plazos de garantía de respuesta quirúrgica.	41,42 Anexo 6
Diferencias significativas en los porcentajes de los pacientes en situación de TNP de los procedimientos con garantía de plazo de respuesta respecto a los procedimientos sin garantía.	44 Anexo 8
No consta depurado el indicador del número de indicaciones (prescripciones) quirúrgicas por facultativo	45

SIN VALIDEZ EN EL MARCO ACTUAL

Cuestión objeto de seguimiento	Punto del informe
Las incidencias relacionadas con los conciertos sanitarios no son aplicables, al finalizar estos en 2023	38

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 38 de 68

Anexo 3

RED HOSPITALARIA DEL SAS. 2023

Denominación hospital	Nivel	Centros	Tipo de centro	Municipio
H. UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS	1	Hospital Torrecárdenas Hospital de La Cruz Roja Hospital Materno Infantil HAR El Toyo **(1)**	Hospital Regional Hospital Hospital Hospital de Alta Resolución	Almería
H. DE PONIENTE **(1)**	3	Hospital de Poniente	Hospital Comarcal	El Ejido
H. LA INMACULADA	4	Hospital La Inmaculada	Hospital Comarcal	Huércal-Overa
H. UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR	1	Hospital Puerta del Mar Hospital San Carlos- San Fernando	Hospital Regional Hospital	Cádiz
UNIVERSITARIO JEREZ DE LA FRONTERA	2	Hospital General Hospital Materno Infantil	Hospital de Especialidades Hospital de Especialidades	Jerez de la Ftra
H. UNIVERSITARIO PUERTO REAL	2	Hospital de Puerto Real Antiguo Hospital de Puerto Real HAR La Janda **(3)**	Hospital de Especialidades Hospital Hospital de Alta Resolución	Puerto Real
H. PUNTA EUROPA **(2)**	3	Hospital Punta de Europa	Hospital Comarcal	Algeciras
H. LA LÍNEA DE CONCEPCIÓN **(2)**	4	Hospital de La Línea de Concepción	Hospital Comarcal	La Línea de Concepción.
H.C. SAN RAFAEL **(3)**	4	San Rafael-Privado	Hospital Comarcal Concertado	Cádiz
H.C. STA. MARÍA DEL PUERTO	4	Sta. María Del Puerto-Privado	Hospital Comarcal Concertado	Puerto de Sta. María
H.C. VIRGEN DE LAS MONTAÑAS	4	Virgen de las Montañas-Privado	Hospital Comarcal Concertado	Villamartín
H.C. VIRGEN DEL CAMINO	4	Virgen del Camino-Privado	Hospital Comarcal Concertado	Sanlúcar de Barrameda
H. UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	1	Hospital General Hospital Provincial Hospital Los Morales Hospital Materno-Infantil HAR Palma del Río **(3)**	Hospital Regional Hospital Anexo hospitalario Hospital Regional Hospital de Alta Resolución	Córdoba
H. INFANTA MARGARITA	3	Hospital Infanta Margarita HAR de Puente Genil Hospital de Montilla	Hospital Comarcal Hospital de Alta Resolución Hospital Comarcal	Cabra Puente Genil Montilla
H. VALLE DE LOS PEDROCHES	4	Hospital Valle de los Pedroches HAR Valle del Guadiato	Hospital Comarcal Hospital de Alta Resolución	Pozoblanco Peñarroya-Pueblonuev.
H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES	1	Hospital General Hospital de Neurotrauma/ Rehabilitación Hospital Materno-Infantil Unidad de Cirugía de Alta Resolución Hospital Provincial San Juan de Dios HAR de Alcalá la Real **(1)** HAR de Guadix	Hospital Regional Hospital Regional Hospital Regional Hospital Anexo hospitalario Hospital de Alta Resolución Hospital de Alta Resolución	Granada Alcalá la Real Guadix
H. UNIVERSITARIO SAN CECILIO	2	Hospital San Cecilio HAR de Loja	Hospital de Especialidades Hospital de Alta Resolución	Granada
H. BAZA	4	Hospital de Baza	Hospital Comarcal	Baza
H. SANTA ANA	4	Hospital Santa Ana	Hospital Comarcal	Motril
H. UNIVERSITARIO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	1	Hospital Juan Ramón Jiménez Hospital Vázquez Díaz	Hospital Regional Hospital	Huelva
H. INFANTA ELENA	3	Hospital Infanta Elena	Hospital Comarcal	Huelva
H. RIOTINTO	4	Hospital de Riotinto	Hospital Comarcal	Minas de Riotinto
H.C. VIRGEN DE LA BELLA **(3)**	4	Virgen de la Bella-Privado	Hospital Comarcal-Concertado	Lepe

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 39 de 68

Anexo 3 Cont.

Denominación hospital	Nivel	Centros	Tipo de centro	Municipio
H. UNIVERSITARIO DE JAÉN	1	Hospital General	Hospital Regional	Jaén
		Hospital Neurotraumatológico	Hospital Regional	
		Hospital Materno-Infantil	Hospital Regional	
		Hospital Doctor Sagaz	Hospital	
		HAR de Alcaudete **(1)**	Hospital de Alta Resolución	Alcaudete
H. SAN AGUSTÍN	3	Hospital San Agustín	Hospital Comarcal	Linares
H. SAN JUAN DE LA CRUZ	3	Hospital San Juan de la Cruz	Hospital Comarcal	Úbeda
		HAR Sierra de Cazorla **(3)**	Hospital de Alta Resolución	Cazorla
		HAR Sierra de Segura **(1)**	Hospital de Alta Resolución	La Puerta de Segura
H. ALTO GUADALQUIVIR **(1)**	4	Hospital Alto Guadalquivir	Hospital Comarcal	Andújar
H. UNIVERSITARIO REGIONAL DE MÁLAGA	1	Hospital General	Hospital Regional	Málaga
		Hospital Materno-Infantil	Hospital Regional	
		Hospital Civil	Hospital	
H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA	2	Hospital Virgen de la Victoria	Hospital de Especialidades	Málaga
		Hospital Marítimo de Torremolinos	Hospital	Torremolinos
		Hospital Valle del Guadalhorce	Hospital de Alta Resolución	Cártama
		HAR de Benalmádena **(1)**	Hospital de Alta Resolución	Benalmádena
H. COSTA DEL SOL **(1)**	2	Hospital Costa del Sol	Hospital de Especialidades	Marbella
		HAR Estepona **(3)**	Hospital de Alta Resolución	Estepona
H. ANTEQUERA	4	Hospital de Antequera	Hospital Comarcal	Antequera
H. DE LA SERRANÍA	4	Hospital la Serranía	Hospital Comarcal	Ronda
H. DE LA AXARQUÍA	4	Hospital La Axarquía	Hospital Comarcal	Vélez-Málaga
H. UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO	1	Hospital General	Hospital Regional	Sevilla
		Hospital Duques del Infantado	Anexo hospitalario	
		Hospital de Reh. y Traumatología	Hospital Regional	
		Hospital de la Mujer	Hospital Regional	
		Hospital Infantil	Hospital Regional	
		Hospital Doctor Muñoz Cariñanos	Hospital	
H. UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA	1	Hospital Virgen Macarena	Hospital Regional	Sevilla
		Hospital San Lázaro	Hospital	
		Hospital Macarena Cartuja	Anexo hospitalario	
		Hospital Victoria Eugenia	Centro ajeno-Concertado	
		Clínica Santa Isabel	Centro ajeno-Concertado	
		HAR Sierra Norte **(1)**	Hospital de Alta Resolución	Constantina
H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME	2	Hospital Virgen de Valme	Hospital	Sevilla
		Hospital El Tomillar	Hospital	Alcalá de Guadaira
		HAR de Lebrija **(1)**	Hospital de Alta Resolución	Lebrija
		HAR de Utrera **(1)**	Hospital de Alta Resolución	Utrera
		HAR de Morón **(1)**	Hospital de Alta Resolución	Morón
H. LA MERCED	4	Hospital La Merced	Hospital Comarcal	Osuna
		Hospital de Écija **(1)**	Hospital de Alta Resolución	Écija
H. SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	4	Hospital San Juan de Dios	Hospital Comarcal- Consorcio	Bormujos

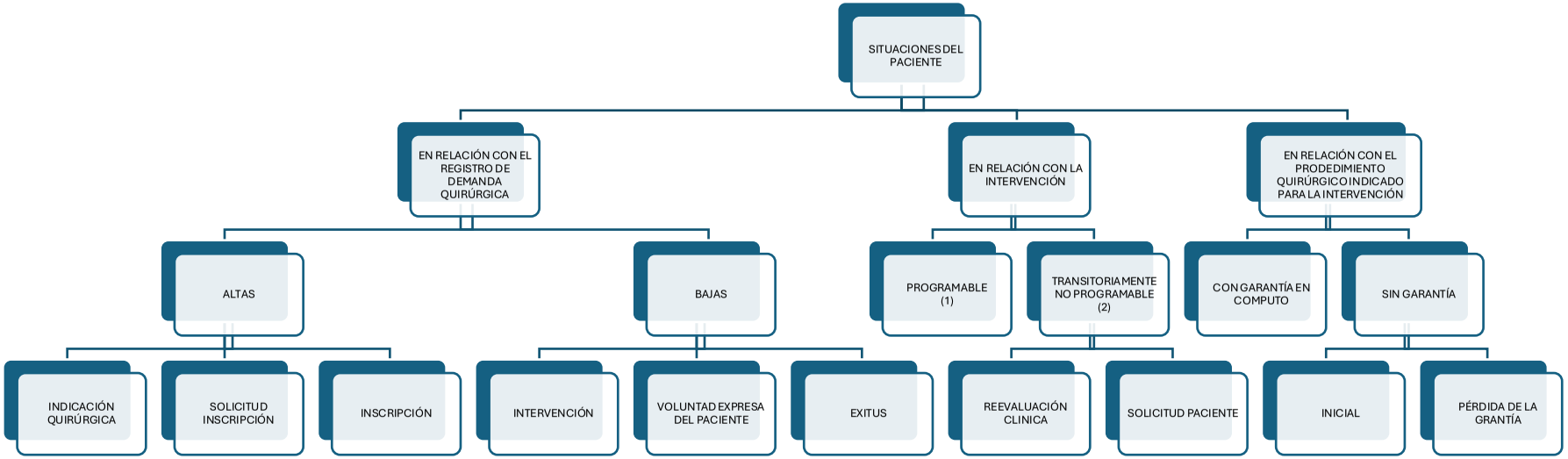
Fuente: Información aportada por el SAS. Elaboración propia

(1) El RDQ era gestionado por la Agencia Pública Empresarial Sanitaria a la que estaba adscrito
(2) El RDQ era gestionado por el área de gestión sanitaria "Campo de Gibraltar"
(3) Nueva creación

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 40 de 68

Anexo 4

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA QUIRÚRGICA (AGD)



Fuente: Manual del procedimiento administrativo de gestión del RDQ en la AGD

(1) *Pacientes en situación de programable.* Pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, con o sin garantía en el plazo de respuesta en situación de ser operados, incluidos los derivados a concierto y los que han perdido la garantía de plazo de respuesta garantizado. Con esta información se ofrece el promedio en días del tiempo de espera hasta la fecha de corte (demora media).
(2) *Pacientes transitoriamente no programables (TNP).* Pacientes que transitoriamente no pueden ser intervenidos, bien porque el facultativo considera oportuno suspender la intervención quirúrgica prevista debido a circunstancias derivadas de su proceso asistencial o sobreañadidas al mismo (*reevaluación clínica*), o bien porque el paciente demora. voluntariamente la intervención o no se presenta en alguno de los momentos de la programación quirúrgica, existiendo una causa que lo justificara (*a petición propia*). Esta situación del paciente interrumpe temporalmente el cómputo del tiempo de garantía en su caso y el tiempo de antigüedad en el RDQ

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 41 de 68

Anexo 5

DATOS DE INSCRIPCIONES NO REALIZADAS POR FACULTATIVOS

Centro Hospitalario con Unidad Responsable RDQ	Inscripciones Totales	Procedimientos CON garantía. Inscripciones NO realizadas por facultativos (%)			Procedimientos SIN garantía. Inscripciones NO realizadas por facultativos (%)		
		Enero 2018/Sept 2019	2023	Decremento	Enero 2018/Sept 2019	2023	Decremento
H. DE PONIENTE	15.294	100	100	0	100	100	0
H. LA INMACULADA	6.481	73	41	32	70	32	38
H.U. TORRECÁRDENAS	25.919	99	96	3	98	73	25
TOTAL ALMERÍA	**47.694**	**95**	**89**	**6**	**95**	**76**	**19**
H. DE LA LÍNEA DE LA CONCEPC.	5.519	54	3	51*	57*	1	56
H. PUNTA DE EUROPA	4.601	54	4	51*	57*	4	53
H.U. DE JEREZ DE LA FRONTERA	9.300	53	0	53	55	1	54
H.U. DE PUERTO REAL	2.924	100	15	85	100	22	78
H.U. PUERTA DEL MAR	4.044	85	4	81	88	3	85
H.C. STA. MARÍA DEL PUERTO	21.086	100	100	0	100	100	0
H.C. VIRGEN DE LAS MONTAÑAS	17.046	100	100	0	100	100	0
H.C. VIRGEN DEL CAMINO	26.997	100	100	0	100	100	0
H.C. SAN RAFAEL	1.658	-	96	-	-	97	-
TOTAL CÁDIZ	**93.175**	**79**	**20**	**59**	**77**	**17**	**60**
H. INFANTA MARGARITA	11.313	100	84*	16	100	84	16
H. VALLE DE LOS PEDROCHES	5.572	100	100	0	100	100	0
H.U. REINA SOFÍA	46.491	100	31	69	100	38	62
TOTAL CÓRDOBA	**63.376**	**100**	**49**	**51**	**100**	**47**	**53**
H. DE BAZA	5.131	98	91	7	96	80	16
H. SANTA ANA	7.168	6	6	0	9	4	5
H.U. SAN CECILIO	26.025	11	10	1	21	9	12
H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES	41.912	11	12	-1	24	10	14
TOTAL GRANADA	**80.236**	**23**	**17**	**6**	**30**	**11**	**19**
H. DE RIOTINTO	4.577	100	96	4	100	92	8
H. INFANTA ELENA	7.582	75	43	31	86	36	50
H.U. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	2.356	72	12	60	79	10	69
H.C. VIRGEN DE LA BELLA	20.693	-	100	-	-	100	-
TOTAL HUELVA	**35.208**	**76**	**35**	**41**	**83**	**33**	**50**
H. ALTO GUADALQUIVIR	3.628	100	98	2	100	98	2
H. SAN AGUSTÍN	7.002	79	2	77	66	3	63
H. SAN JUAN DE LA CRUZ	7.674	95	5	90	96	3	93
H.U. DE JAÉN	26.694	80	5	75	88	9	79
TOTAL JAÉN	**44.998**	**85**	**13**	**72**	**89**	**13**	**76**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 42 de 68

Anexo 5 Cont.

Centro Hospitalario con Unidad Responsable RDQ	Inscripciones Totales	Procedimientos CON garantía. Inscripciones NO realizadas por facultativos (%)			Procedimientos SIN garantía. Inscripciones NO realizadas por facultativos (%)		
		Enero 2018/Sept 2019	2023	Decremento	Enero 2018/Sept 2019	2023	Decremento
H. DE ANTEQUERA	8.753	5	3	2	18	1	19
H. COSTA DEL SOL	17.699	100	99	1	100	100	0
H. DE LA AXARQUÍA	8.307	100	12	88	100	16	84
H. DE LA SERRANÍA	4.840	4	1	3	9	0	9
H.U. REGIONAL DE MÁLAGA	39.898	99	90	9	99	58	41
H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA	32.857	94	7	87	95	24	71
TOTAL MÁLAGA	**112.354**	**84**	**50**	**34**	**92**	**46**	**46**
H. LA MERCED	10.090	100	62	38	100	65	35
H. S. JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	13.433	100	100	0	100	100	0
H.U. VIRGEN DE VALME	31.679	60	49	11	76	47	29
H.U. VIRGEN DEL ROCÍO	55.037	98	17	81	96	24	72
H.U. VIRGEN MACARENA	42.677	80	27	53	80	22	58
TOTAL SEVILLA	**152.916**	**88**	**38**	**50**	**88**	**34**	**54**
TOTAL ANDALUCÍA	**629.957**	**79**	**38**	**41**	**92**	**34**	**58**

FUENTE: Aplicación informática para la gestión de la demanda quirúrgica. Elaboración propia

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 43 de 68

Anexo 6

DEMORA EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN 2023

PROVINCIA	INTERV. CON GARANTIA 90 DIAS				INTERV CON GARANTIA 120 DIAS				INTERV CON GARANTIA 180 DIAS				INTERV SIN GARANTIA					
	TOTAL	CON DEMORA	% CON DEMORA	Promedio DEMORA DIAS (1)	TOTAL	CON DEMORA	% CON DEMORA	Promedio DEMORA DIAS (1)	TOTAL	CON DEMORA	% CON DEMORA	Promedio DEMORA DIAS (1)	TOTAL	CON DEMORA	% CON DEMORA	Promedio DEMORA DIAS (1)	TOTAL GENERAL	Total CON DEMORA
ALMERÍA	0	0	0	0	8.328	5.894	71	103	10.069	2.768	27	166	6.495	1.042	16	212	**24.892**	9.704
CÁDIZ	225	93	41	102	18.477	8.456	46	94	20.070	4.907	24	99	12.168	942	8	106	**50.940**	14.398
CÓRDOBA	258	140	54	57	12.211	5.197	43	40	13.627	2.523	19	68	8.964	888	10	95	**35.060**	8.748
GRANADA	383	127	33	50	15.996	7.486	47	65	17.406	3.852	22	116	12.946	1.111	9	250	**46.731**	12.576
HUELVA	0	0	0	0	6.313	4.769	76	145	6.463	1.877	29	156	3.989	587	15	147	**16.765**	7.233
JAÉN	0	0	0	0	9.496	4.920	52	79	9.320	2.482	27	199	5.508	418	8	206	**24.324**	7.820
MÁLAGA	541	147	27	76	23.548	9.706	41	45	27.089	6.033	22	85	15.148	1.271	8	124	**66.326**	17.157
SEVILLA	634	239	38	38	29.534	16.871	57	52	34.843	10.930	31	92	21.172	2.437	12	120	**86.183**	30.477
TOTAL ANDALUCÍA	**2.041**	**746**	**37**	**59**	**123.903**	**63.299**	**51**	**71**	**138.887**	**35.372**	**25**	**109**	**86.390**	**8.696**	**10**	**150**	**351.221**	**108.113**
DEMORA EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN 2018 -SEPTIEMBRE/2019 (INFORME OE 03/2019)																		
TOTAL ANDALUCÍA	**3.560**	**925**	**26**	**26**	**170.137**	**32.280**	**19**	**40**	**179.297**	**17.542**	**10**	**45**	**172.031**	**4.577**	**3**	**363**	**525.025**	**55.324**

Nota: No se incluyen las intervenciones de procedimientos con pérdida de garantía en el plazo de respuesta quirúrgica

(1) Número de días que exceden de los plazos establecidos, para los procedimientos con garantía de plazo de respuesta quirúrgica y de 365 días, para los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta quirúrgica

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 44 de 68

Anexo 7

INDICADOR DE RENDIMIENTO DE ACTIVIDAD. ÁMBITO TEMPORAL: 2018-SEPTIEMBRE 2029 Y 2023

PROVINCIAS	2018 -septiembre/2019						2023					
	ALTAS EN RDQ: INSCRIPCIONES			BAJAS DEL RDQ POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			ALTAS EN RDQ: INSCRIPCIONES			BAJAS DEL RDQ POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
	TOTAL	% Inscripciones con plazo de garantía	% Inscripciones sin plazo de garantía	TOTAL	% Bajas por intervención procedimientos con plazo de garantía	% Bajas por intervención procedimientos sin plazo de garantía	TOTAL	% Inscripc. con plazo de garantía	% Inscripc. sin plazo de garantía	TOTAL	% Bajas por intervención procedimientos con plazo de garantía	% Bajas por intervención procedimientos sin plazo de garantía
ALMERÍA	64.276	54	46	45.033	53	47	47.694	71	29	25.022	74	26
CÁDIZ	141.170	53	47	106.552	53	47	93.175	73	27	7.198	81	19
CÓRDOBA	100.043	43	57	76.292	45	55	63.376	72	28	3.296	84	16
GRANADA	114.067	51	49	85.801	51	49	80.236	71	29	49.331	73	27
HUELVA	48.635	49	51	35.215	48	52	35.208	76	24	17.102	77	23
JAÉN	63.567	59	41	47.478	58	42	44.998	76	24	24.523	78	22
MÁLAGA	156.138	49	51	117.681	51	49	112.354	75	25	70.146	78	22
SEVILLA	234.173	53	47	174.192	53	47	152.916	72	28	86.557	76	24
ANDALUCÍA	**922.069**	**51**	**49**	**688.244**	**52**	**48**	**629.957**	**73**	**27**	**360.774**	**76**	**24**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 45 de 68

Anexo 8

PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES (TNP) EN EL RDQ. 2023

CENTRO HOSPITALARIO CON UNIDAD RESPONSABLE RDQ	TOTAL INSCRIPCIÓN	TNP INSCRIPCIÓN CON GARANTÍA	%S/TOTAL INSCRIPCIÓN CENTRO	TNP INSCRIPCIÓN SIN GARANTÍA	%S/TOTAL INSCRIPCIÓN CENTRO	TOTAL TNP	%S/TOTAL INSCRIPCIÓN CENTRO
H. DE PONIENTE	15.294	1.006	6,6	157	1,0	1.163	7,6
H. LA INMACULADA	6.481	351	5,4	88	1,4	439	6,8
H.U. TORRECÁRDENAS	25.919	1.080	4,2	345	1,3	1.425	5,5
ALMERÍA	**47.694**	**2.437**	**5,1**	**590**	**1,2**	**3.027**	**6,3**
H. LA LÍNEA DE LA CONCEP.	5.519	202	3,7	44	0,8	246	4,5
H. GRAL STA. MARÍA DEL PTO	4.601	81	1,8		0,0	81	1,8
H. PUNTA DE EUROPA	9.300	266	2,9	95	1,0	361	3,9
H. VIRGEN DE LAS MONTAÑAS	2.924	56	1,9	4	0,1	60	2,1
H. VIRGEN DEL CAMINO	4.044	195	4,8	18	0,4	213	5,3
H.C. SAN RAFAEL	1.658	133	8,0	11	0,7	144	8,7
H.U. DE JEREZ DE LA FRA	21.086	672	3,2	138	0,7	810	3,8
H.U. DE PUERTO REAL	17.046	615	3,6	116	0,7	731	4,3
H.U. PUERTA DEL MAR	26.997	1.968	7,3	628	2,3	2.596	9,6
CÁDIZ	**93.175**	**4.188**	**4,5**	**1.054**	**1,1**	**5.242**	**5,6**
H. INFANTA MARGARITA	11.313	344	3,0	58	0,5	402	3,6
H. VALLE DE LOS PEDROCHES	5.572	219	3,9	22	0,4	241	4,3
H.U. REINA SOFÍA	46.491	4.178	9,0	768	1,7	4.946	10,6
CÓRDOBA	**63.376**	**4.741**	**7,5**	**848**	**1,3**	**5.589**	**8,8**
H. DE BAZA	5.131	223	4,3	34	0,7	257	5,0
H. SANTA ANA	7.168	599	8,4	117	1,6	716	10,0
H.U. SAN CECILIO	26.025	1.254	4,8	316	1,2	1.570	6,0
H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES	41.912	1.092	2,6	228	0,5	1.320	3,1
GRANADA	**80.236**	**3.168**	**3,9**	**695**	**0,9**	**3.863**	**4,8**
H. DE RIOTINTO	4.577	191	4,2	42	0,9	233	5,1
H. INFANTA ELENA	7.582	412	5,4	118	1,6	530	7,0
H.C. VIRGEN DE LA BELLA	2.356	25	1,1		0,0	25	1,1
H.U. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	20.693	402	1,9	83	0,4	485	2,3
HUELVA	**35.208**	**1.030**	**2,9**	**243**	**0,7**	**1.273**	**3,6**
H. ALTO GUADALQUIVIR	3.628	179	4,9	36	1,0	215	5,9
H. SAN AGUSTÍN	7.002	148	2,1	12	0,2	160	2,3
H. SAN JUAN DE LA CRUZ	7.674	176	2,3	19	0,2	195	2,5
H.U. DE JAÉN	26.694	831	3,1	195	0,7	1.026	3,8
JAÉN	**44.998**	**1.334**	**3,0**	**262**	**0,6**	**1.596**	**3,5**
H. COSTA DEL SOL	17.699	570	3,2	85	0,5	655	3,7
H. DE ANTEQUERA	8.753	410	4,7	47	0,5	457	5,2
H. DE LA AXARQUÍA	8.307	803	9,7	97	1,2	900	10,8
H. DE LA SERRANÍA	4.840	538	11,1	113	2,3	651	13,5
H.U. REGIONAL DE MÁLAGA	39.898	1.516	3,8	318	0,8	1.834	4,6
H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA	32.857	1.444	4,4	355	1,1	1.799	5,5
MÁLAGA	**112.354**	**5.281**	**4,7**	**1.015**	**0,9**	**6.296**	**5,6**
H. LA MERCED	10.090	395	3,9	35	0,3	430	4,3
H. S. JUAN DE DIOS DEL ALJ.	13.433	444	3,3	99	0,7	543	4,0
H.U. VIRGEN DE VALME	31.679	1.256	4,0	218	0,7	1.474	4,7
H.U. VIRGEN DEL ROCÍO	55.037	2.559	4,6	663	1,2	3.222	5,9
H.U. VIRGEN MACARENA	42.677	1.619	3,8	397	0,9	2.016	4,7
SEVILLA	**152.916**	**6.273**	**4,1**	**1.412**	**0,9**	**7.685**	**5,0**
TOTAL ANDALUCÍA	**629.957**	**28.452**	**4,5**	**6.119**	**1,0**	**34.571**	**5,5**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 46 de 68

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

CUADRO ESTADÍSTICO DE ALEGACIONES

ALEGACIONES		ADMITIDAS		NO ADMITIDAS		
Alegación	**Punto alegado**	Admitida	Admitida Parcialmente	Justificación	Evidencia, falta documentación, etc.	Aceptación del hecho /Adopción de medidas
Nº 1	**24**					X
Nº 2	**25**				X	
Nº 3	**26**				X	
Nº 4	**27**					X
Nº 5	**28**				X	
Nº 6	**30**				X	
Nº 7	**31**				X	
Nº 8	**32**				X	
Nº 9	**33**				X	
Nº 10	**35**				X	
Nº 11	**36**				X	
Nº 12	**37**				X	
Nº 13	**39**					X
Nº 14	**40**		X			
Nº 15	**41**					X
Nº 16	**42**					X
Nº 17	**43**	X				
Nº 18	**44**			X		
Nº 19	**45**					X
Nº 20	**47**					X
Nº 21	**48**				X	
Nº 22	**49**				X	
Nº 23	**50**				X	
Nº 24	**51**				X	
Nº 25	**52**				X	
Nº 26	**53**				X	
Nº 27	**54**				X	
Nº 28	**55**					X
Nº 29	**57**					X
Nº 30	**59**		X			
Nº 31	**62**					X
Nº 32	**63**					X
Nº 33	**64**					X
Nº 34	**65**				X	
Nº 35	**66**				X	
Nº 36	**67**	X				
Nº 37	**68**					X
Nº 38	**69**				X	
TOTAL		**2**	**2**	**1**	**20**	**13**

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 47 de 68

ALEGACIÓN Nº1, PUNTO 24 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se hace necesaria una revisión de la normativa reguladora, como es el caso del marco legal vigente (Decreto 209/2001 y Orden de 2002) con el objetivo de adecuarlo a las funcionalidades y necesidades actuales de la herramienta AGD. Desde el Servicio Andaluz de Salud, tenemos presente esta tarea a futuro y también el reto que supone ya que requiere de una revisión y actualización de toda la normativa conforme a las nuevas necesidades de nuestros ciudadanos y las novedades de los aplicativos. Puntualizar además que, desde el Ministerio de Sanidad, se está trabajando para revisar y actualizar el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, por lo que parece prudente esperar a estos cambios antes de modificar el Decreto Andaluz.

TRATAMIENTO

La alegación presentada admite la cuestión observada en el punto del informe, al señalar que se hace necesaria una revisión de la normativa reguladora, como es el caso del marco legal vigente (Decreto 209/2001 y Orden de 2002) con el objetivo de adecuarlo a las funcionalidades y necesidades actuales de la herramienta AGD.

El SAS puntualiza que, debido a que se está revisando el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud para su actualización, parece prudente esperar a estos cambios antes de modificar el Decreto Andaluz.

Esta apreciación no es coherente con el hecho de que la Comunidad Autónoma de Andalucía no ha cumplido con el mandato que recoge la disposición transitoria del citado Real Decreto, que estipula que "las comunidades autónomas dispondrán de un plazo de seis meses para adaptar sus normativas a lo previsto en este real decreto". La entrada en vigor se produce el 30 de agosto de 2011 y, tal y como confirma el contenido de la alegación presentada, desde el año 2002 no ha habido una modificación que actualice la normativa reguladora.

ALEGACIÓN Nº2, PUNTO 25 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 1 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 48 de 68

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº3, PUNTO 26 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver puntos 1, 2 y 4 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

Se incluye como Anexo 2 las instrucciones remitidas a los centros en el año 2024 con motivo de los nuevos conciertos para actividad quirúrgica titulado "Procedimiento Para La Derivación De Pacientes Mediante El Contrato Negociado Sin Publicidad (PNSP) Por Imperiosa Urgencia". Dichas instrucciones tenían como objetivo, entre otros, establecer criterios de Homogeneidad en las derivaciones de pacientes a los centros privados.

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que:

- Se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Además, en el citado Plan no constan directivas o instrucciones internas que justifiquen la falta de subsanación de la incidencia[19] señalada en el apartado 5 de la conclusión objeto de seguimiento, ni la inexistencia de medidas que potencien y/o exija la adecuada cumplimentación en las inscripciones realizadas por los facultativos y el seguimiento y control de la información por los hospitales, a fin de evitar que determinados centros hospitalarios presenten porcentajes superiores al 60% de inscripciones no realizadas por los facultativos ni que algunos hospitales, como el de Montilla, no se encuentran integrados en la estación clínica del SAS, que le impide inscribir de forma telemática en la AGD, tal y como se expone el apartado 2 del punto que se alega.

- Los conciertos formalizados con los centros hospitalarios privados en el año 2024 incluyen los criterios de homogeneidad en las derivaciones de los pacientes. No obstante, en la fase procedimental de las alegaciones no se ha obtenido información sobre el control y seguimiento de

[19] Relacionada con la justificación de los registros de inscripciones sin garantía correspondientes a procedimientos con plazo de respuesta quirúrgica inicial

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 49 de 68

la aplicación del procedimiento que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el apartado 4 de la conclusión objeto de seguimiento.

ALEGACIÓN Nº4, PUNTO 27 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Desde el Servicio Andaluz de Salud se reconoce su pertinencia y es una conclusión que se tendrá en cuenta cuando se actualice la normativa reguladora relacionada con la lista de espera quirúrgica.

TRATAMIENTO

La alegación presentada admite la cuestión observada en el punto del informe al señalar que, se reconoce su pertinencia y se tendrá en cuenta cuando se actualice la normativa reguladora relacionada con la lista de espera quirúrgica.

ALEGACIÓN Nº5, PUNTO 28 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Actualmente ya se está informando a los ciudadanos suscritos a Avisas de las citas (de consultas externas y pruebas diagnósticas funcionales) relacionadas o no con su inscripción quirúrgica.
Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver puntos 1, 3 y 8 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y la Dirección General de Sistemas de Información y Comunicaciones se está trabajando en incluir nuevos casos de uso en 3 la aplicación AviSAS relacionados con su situación en LEQ. En concreto se tienen previsto abordar los siguientes:

- *Inclusión de fecha máxima de reevaluación clínica en la RDQ.*
- *Posibilidad de anexar documentos a la RDQ.*
- *Emisión de información ante cambio de eventos en AGD.*

La implementación de estos casos de uso, mejorarán la comunicación con el paciente en los procedimientos administrativos relacionados con LEQ.

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que:

- Se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 50 de 68

- Se está informando a los ciudadanos suscritos a AviSAS de las citas de consultas externas y pruebas diagnósticas funcionales relacionadas o no con su inscripción quirúrgica. El contenido de la alegación no responde a la cuestión observada en el punto que se alega, ya que el sistema de citas no se aplica a las citas para las intervenciones quirúrgicas.

ALEGACIÓN Nº6, PUNTO 30 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver apartado "Responsabilidad de la implementación" y punto 1 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº7, PUNTO 31 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 6 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud se ha adoptado este enfoque de depuración, remitiendo a los centros los listados de registros inscritos antes de diciembre de 2023 que no han presentado movimientos posteriores en AGD. Se ha solicitado a los centros que contactaran telefónicamente y/o revisaran clínicamente a cada uno de los pacientes incluidos, y que procedieran a dar de baja en la Lista de Espera a aquellos que ya no presentan indicación quirúrgica, dejando constancia del motivo en AGD. Para aquellos pacientes en los que se ha mantenido la indicación quirúrgica, se les ha pedido que registren en AGD las gestiones realizadas. Los resultados de este proceso se recogen en el Anexo 3, donde se aprecia una reducción con respecto a los datos del informe OE15/2024. Continuaremos insistiendo en este aspecto con los centros, ya que nos parece de gran interés.

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que:

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 51 de 68

- Se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

  No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

- Se ha realizado en los centros hospitalarios una depuración de los registros que, en diciembre de 2023, no hayan presentado movimientos en la AGD. Aunque, el resultado de la depuración a 31/05/2025, aportado en la fase procedimental de alegaciones presenta una disminución en el número de pacientes registrados en el RDQ sin eventos desde su alta, siguen existiendo, sobre todo en la provincia de Málaga y Sevilla un número representativo de registros con esta incidencia.

ALEGACIÓN Nº8, PUNTO 32 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 4 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Además, hay que señalar que el citado Plan no recoge una medida para el cumplimiento de uno de los requisitos que el procedimiento aprobado exige para registrar al paciente en situación TNP y para su posterior restablecimiento como programable: ha de documentarse el plazo previsto de suspensión.

ALEGACIÓN Nº9, PUNTO 33 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 1 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 52 de 68

Se han actualizado los datos incluidos en el cuadro 3 del informe OE 15/2024 con datos de 2024 donde se puede apreciar que en 2024 los registros que han superado el plazo máximo previsto para el registro del RDQ se ha reducido a 50 (Anexo 4).

TRATMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Además, se aporta como justificación la actualización a 2024 del cuadro nº 3 del informe "Número de Inscripciones que superan el plazo máximo previsto para el registro en RDQ", cuando esta información no recoge los datos de todos los centros hospitalarios, solo incluyen 10 centros.

ALEGACIÓN Nº10, PUNTO 35 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 3 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Además, hay que señalar que el citado Plan no recoge una medida no recoge una medida que, tal y como se expone en el punto que se alega, posibilite incluir en el RDQ, los documentos acreditativos de la voluntad conformada del paciente para el registro del paciente en situación transitoriamente no programable para la intervención quirúrgica (TNP a petición propia o por reevaluación clínica).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 53 de 68

ALEGACIÓN Nº11, PUNTO 36 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 7 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

Actualmente ya se procede así en la mayoría de las ocasiones. No obstante, existen en nuestros registros 50 cirugías procedentes de urgencias pendientes codificadas como procedimientos LEQ a 20 de junio de 2025. Para aclararlo a los centros, se recoge instrucción al respecto en el punto 7 del Plan.

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº12, PUNTO 37 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver puntos 3 y 4 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Además, por una lado las medidas del citado Plan que señala específicamente la alegación, nº 3 y nº 4, no están referidas a la necesidad de justificar la causa alegada por el paciente para la suspensión temporal de la programación quirúrgica y del plazo de garantía (TNP a petición propia) y, por el otro lado, en el contenido de la alegación no consta referencia al incumplimiento del art.7.2 de la Orden

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 54 de 68

de 25 de septiembre de 2002, que delimita los motivos para registrar al paciente en situación TNP con un límite de tiempo determinado.

ALEGACIÓN Nº13, PUNTO 39 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Actualmente, está habilitado el acceso a la consulta de inscripciones correspondientes a procedimientos garantizados, es decir, aquellos recogidos en el Decreto 209/2001. Esta funcionalidad permite al ciudadano conocer el tiempo de espera y, en su caso, optar por la intervención en un centro alternativo con posibilidad de solicitar el reembolso económico.

Tal como se recoge en el punto 6 del Anexo 1, se está trabajando en la depuración de los RDQ con tiempos de espera excesivos y sin movimientos recientes, dando de baja procedimientos no indicados, revisando codificaciones incorrectas (como inscripciones marcadas como LEQ cuando deberían ser NO-LEQ), o situaciones de TNP prolongadas, siendo en su mayoría correspondientes a procedimientos no garantizados.

Una vez que la lista de espera para estos procedimientos refleje datos más precisos y actualizados, se valorará también la posibilidad de permitir su consulta en la web. Hasta entonces, se ha considerado que la información disponible no sería representativa de la situación real y, por tanto, no adecuada para su difusión pública.

TRATAMIENTO

La alegación presentada admite la cuestión observada en el punto del informe al señalar que, actualmente, está habilitado el acceso público a la consulta de las inscripciones correspondientes solo a los procedimientos garantizados y que, una vez que la LEQ refleje datos más precisos y actualizados, se valorará la posibilidad de permitir consultar en la web su situación real.

ALEGACIÓN Nº14, PUNTO 40 ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

En particular, en dicho Contrato Programa se encuentran objetivos de mejora en la gestión de la LEQ relacionados con la capacidad de respuesta en la actividad quirúrgica y con la organización de los recursos, en particular con el recurso quirófano.
Ver en Anexo 5 los indicadores 1.2.1, 1.2.2., 1.2.3, 1.2.4. y 1.2.5.

TRATAMIENTO

El Contrato programa de 2025 incluye objetivos de mejora relacionados con la capacidad de respuesta en la actividad quirúrgica, pero no constan objetivos vinculados con la organización de los recursos.

El contenido de la alegación no hace referencia a los acuerdos de gestión clínica cuando, en 2023, el SAS confirmó que estaban en proceso de negociación la fijación de objetivos más acordes con las líneas de trabajo de cada Unidad de Gestión Clínica.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 55 de 68

ALEGACIÓN Nº15, PUNTO 41 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Desde el Servicio Andaluz de Salud se trabaja diariamente con los centros para alcanzar el objetivo de cero pacientes pendientes de una cirugía garantizada fuera de plazo. Para alcanzarlo, además de revisar las indicaciones quirúrgicas de los profesionales, para que verdaderamente se incluya en lista de espera quirúrgica aquellos pacientes que según la mejor evidencia científica disponible Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de 7 Consejería de Salud y Consumo Servicio Andaluz de Salud se van a beneficiar de los resultados de la cirugía, se les insiste en que aprovechen al máximo las sesiones ordinarias de quirófano y las continuidades asistenciales. Además, aquellos hospitales que a pesar de cumplir lo anterior, según los modelos de previsión de cierre a futuro implementados en Infoweb, van a llegar al siguiente corte trimestral con un volumen destacado de pacientes garantizados fuera de plazo se les ofrece la posibilidad de hacer actividad extraordinaria, en modelo de Autoconcierto "pago por acto", fuera de su jornada habitual.

Paralelamente se ha trabajado y se han puesto en marcha (en el verano de 2024) nuevos contratos de concertación externa de procedimientos garantizados. Estos contratos dan apoyo a los centros, en cada una de las provincias, en formato PNSP (Procedimiento de Negociado Sin Publicidad). Se trata de una medida de transición, hasta que se pueda dar paso a las contrataciones basadas de los Acuerdos Marco de Procedimientos quirúrgicos, que se esperan para el verano de 2025.

Se actualizan datos del Anexo 6 con información sobre las demoras en las salidas de los procedimientos LEQ según plazo de garantía del procedimiento quirúrgico durante el año 2024.

La demora media en las salidas por intervención fue en todos casos inferior al tiempo que marca la garantía salvo en el caso de los RDQ 120 días (Ver Anexo 6).

TRATAMIENTO

La alegación presentada admite la cuestión observada en el punto del informe al señalar que, se trabaja diariamente con los centros para alcanzar el objetivo de cero pacientes pendientes de una cirugía garantizada fuera de plazo, objetivo básico que sobre la accesibilidad quirúrgica recoge el Contrato Programa de 2023.

El contenido de la alegación no hace referencia al otro objetivo básico, recogido en el Contrato Programa de 2023, referido a la lista de espera de los procedimientos quirúrgicos sin garantía en el plazo de respuesta.

De los datos actualizados a 2024 aportados por el SAS en esta fase procedimental (Anexo 6), excepto para las intervenciones de procedimientos sujetos a garantía de plazo de 90 días, consta un incremento con respecto a 2023, en el porcentaje de las inscripciones con demora de la red hospitalaria del SAS: en los procedimientos sujetos a garantía de 120 días, de un 51% (71 días de demora media) en 2023 pasa a un 52% (147 días de demora media) en 2024 y de un 25% (109 días de demora media) en los de 180 días pasa a un 32% (145 días de demora media).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 56 de 68

En los procedimientos sin garantía en el plazo de respuesta el incremento en 2024 es de seis puntos porcentuales, de un 10% (150 días de demora media) pasa al 16% (175 días de demora media).

ALEGACIÓN Nº16, PUNTO 42 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Ver respuesta a la cuestión observada número 41.

TRATAMIENTO

La alegación se remite a la cuestión observada en la alegación nº 15 (punto41), por lo que se da el mismo tratamiento.

ALEGACIÓN Nº17, PUNTO 43 ALEGACIÓN ADMITIDA

ALEGACIÓN Nº18, PUNTO 44 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Puntualizar en esta cuestión que actualmente se contabilizan los pacientes pendientes en lista de espera, ya estén en situación de programables o en TNP. Es decir que, si un paciente que estaba fuera de plazo pasa a situación de TNP, sigue estando fuera de plazo con el tiempo en registro que llevara antes del cambio. Añadir que, en la información recogida en el Anexo 8 del Informe OE 15/2024 se han contabilizado todas las inscripciones realizadas en el periodo de un año y valorado cuántas de ellas han tenido el evento TNP en su registro durante el año. El SAS contempla en sus informes y el objetivo de CP los % de TNP en relación con el dato de pendientes de un día determinado y no de un periodo de un año.

En cualquier caso, se adjunta en Anexo 8 información relativa a este asunto en cuestión (que es la actualización del Anexo 8 del informe de seguimiento de la Cámara de Cuentas de Andalucía OE15/2024) con datos de inscripciones LEQ del periodo año 2024. A lo largo del año 2024, el 4,1% de las inscripciones para un procedimiento garantizado y el 1,9% de los procedimientos no garantizados estuvieron en TNP. En este periodo, fueron 10 los centros que han presentado un porcentaje superior al 5% para los procedimientos garantizados.

TRATAMIENTO

El SAS no aporta documentación que constate la afirmación de la alegación sobre que, actualmente se contabilizan los pacientes pendientes en lista de espera, ya estén en situación de programables o en TNP.

De hecho, se ha verificado que existen diferencias en la información remitida durante la fase de alegaciones relacionada con datos actualizados en 2024, tal y como muestra el cuadro adjunto, y, además, el SAS no justifica porqué en 2024 se presentan los mismos datos señalados en el informe: los hospitales de la Serranía, de la Axarquía y el H.U. Reina Sofía junto al H.C. San Rafael, que presentan unas diferencias en puntos porcentuales de 8,80, 8,50 y 7,30, respectivamente:

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 57 de 68

	Anexo 7	Anexo 8	Anexo 9
Inscripc. con plazo de garantía	340.549	340.962	340.549
Inscripc. Sin plazo de garantía	116. 757	116.648	116.750
TOTAL	457.306	457.610	457.299

En relación con la puntualización que recoge la alegación sobre la contabilización de todas las inscripciones que registran eventos TNP durante el año, se exponen a continuación las siguientes matizaciones:

- El informe incluye los datos relativos a los pacientes que han tenido evento TNP tanto de los pacientes pendientes de 30/12/2022 como de las indicaciones de 2023, aportados por el SAS durante los trabajos. Estos datos incluyen los siguientes campos. Afectan a la cuestión observada: nº de inscripciones TNP, tiempo que lleva en suspensión en el momento de poner al paciente en transitoriamente no programable, causa TNP que describe la causa en caso de haberla solicitado el paciente (TNP a petición propia), fecha último evento (fecha del registro en situación TNP) y numero de secuencia (por si tiene más de un registro en situación TNP).

- La cuestión observada en el punto que se alega no entra a valorar los centros que han presentado un porcentaje superior al 5% para los procedimientos garantizados, sino que señala que en 2023 siguen existiendo diferencias de puntos porcentuales en los porcentajes de los pacientes en situación de TNP de los procedimientos con garantía de plazo de respuesta respecto a los procedimientos sin garantía.

  De hecho, el SAS no justifica porque el 2024 presenta los mismos datos señalados en el informe: los hospitales de la Serranía, de la Axarquía y el H.U. Reina Sofía junto al H.C. San Rafael, que presentan unas diferencias en puntos porcentuales de 8,80, 8,50 y 7,30, respectivamente.

ALEGACIÓN Nº19, PUNTO 45 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se adjunta en Anexo 5 el nuevo contrato Programa, en vigor para el año 2025.
- Sobre el primer aspecto, el indicador del objetivo gestión de la LEQ de CP, actualmente es el 1.2.3. "% Pacientes intervenidos procedentes de la lista mensual de pacientes quirúrgicos priorizados". El listado de pacientes corresponde a los pacientes garantizados y no garantizados fuera de plazo o mayor de 365 días, respectivamente, en el día del corte y los pacientes garantizados y no garantizados que van a estar fuera de plazo en el periodo. En dicho listado se incluyen los pacientes que han perdido la garantía y que están fuera de su plazo de garantía original (180, 120, 90) así como los que han perdido la garantía y van a estar fuera de su plazo de garantía original en el periodo de estudio.
PACIENTES PRIORIZADOS: Número de salidas por intervención de pacientes priorizados.
PREFERENTES (sin neoplasias): Número de salidas por intervención de pacientes preferentes sin contar los pacientes priorizados ni los pacientes con diagnóstico de neoplasia.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 58 de 68

PREFERENTES & NEOPLASIAS: Número de salidas por intervención de pacientes preferentes con diagnóstico de neoplasia.
NEOPLASIAS (sin preferentes): (Descargar Tabla Diagnósticos Neoplasias) Número de salidas por intervención de pacientes con diagnóstico de neoplasia sin tener en cuenta los pacientes preferentes ni los pacientes priorizados.
OTROS GARANTIZADOS INTERVENIDOS EN CONCIERTO: Número de salidas de pacientes garantizados devueltos del concierto por intervención, que estaban enviados al concierto en el momento de corte del listado de priorizados estando fuera de plazo o que iban a estar fuera de plazo en el periodo considerado. Este campo se muestra a partir del 20/05/2024, anterior a esta fecha, estos pacientes estarían incluidos en el campo
OTROS GARANTIZADOS'. Se ha incluido este campo, para que la subida de pacientes intervenidos en el concierto no perjudique al CÁLCULO del OBJETIVO.
OTROS GARANTIZADOS: Número de salidas por intervención de pacientes garantizados sin contar los incluidos en los puntos anteriores.
OTROS NO GARANTIZADOS: Número de salidas por intervención de pacientes no garantizados sin contar los incluidos en los puntos anteriores.
RESTO SALIDAS: Número de salidas que no se han realizado por intervención.
CALCULO DEL OBJETIVO C.P. 1.2.3:
*Si (Salidas por Intervención - Salidas garantizadas intervenidas en concierto) < NºPacientes Priorizados -> (Nº de salidas por intervención realizadas sobre PRIORIZADOS + Nº de salidas de preferentes + Nº de salidas de preferentes&neoplasias + Nº de salidas de neoplasias) / (Salidas por Intervención - Salidas garantizadas intervenidas en concierto)) * 100).*
*Si (Salidas por Intervención - Salidas garantizadas intervenidas en concierto) >= Nº Pacientes Priorizados -> (Nº de salidas por intervención realizadas sobre PRIORIZADOS + Nº de salidas de preferentes + Nº de salidas de preferentes&neoplasias + Nº de salidas de neoplasias) / (Nº Pacientes priorizados + Nº de salidas de preferentes + Nº de salidas de preferentes&neoplasias + Nº de salidas de neoplasias) * 100).*
TOTAL de las especialidades que aparecen en la tabla, solo las que tienen pacientes priorizados.

- Con respecto al segundo aspecto, informar que ese indicador, se ha eliminado en el nuevo contrato programa por las debilidades observadas por la Cámara de Cuentas que eran compartidas por los grupos de trabajo que han participado en el diseño del nuevo CP. Se han incluido dos, que miden el rendimiento quirúrgico (1.2.4. y 1.2.5)

- Con respecto al tercer aspecto de esta cuestión, se informa que el subindicador que estaba relacionado con las indicaciones, se ha modificado también en el nuevo Contrato Programa, como se puede apreciar en los indicadores 1 del 1.2.1. y 1.2.2., teniéndose en cuenta las indicaciones en función de las salidas. Como son los mismos Facultativos los que realizan las indicaciones o entradas y las salidas, entendemos que este factor está controlado.

TRATAMIENTO

En el informe se ha considerado que, en 2023, constan herramientas que permiten a los centros realizar un seguimiento continuado e identificar posibles áreas de mejora en la medición o cálculo los indicadores de gestión de colas y el rendimiento de los quirófanos.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 59 de 68

La alegación presentada admite la cuestión observada en el punto del informe, al exponer que en el Contrato Programa de 2025 incluye como objetivos y en la medición de los resultados de los objetivos las medidas relacionadas en el punto alegado.

ALEGACIÓN Nº20, PUNTO 47 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Como puede observarse en la evolución de actividad de cirugía menor ambulatoria en los centros de atención primaria del SAS, existe un incremento anual progresivo en los últimos años que evidencia la progresiva mejoría en la actividad de la cma realizada en Atención Primaria y Comunitaria. Los casos realizados en centros hospitalarios efectivamente pueden ser debidos a la previsión de complicaciones por parte del paciente que han de quedar registradas en su historiade salud digital que, en el ámbito de Atención Primaria, es en Diraya, y, en el ámbito de Atención Hospitalaria, en Estación Clínica.

El crecimiento del año 2024 con respecto al año 2021 supone un +137% y, con respecto al 2022, con menor impacto por la pandemia COVID-19, de +26%.

INDICADOR	2021	2022	2023	2024	FUENTE
Intervenciones de Cirugía Menor en AP	84.003	158.157	187.243	199.176	Módulo Citación (INFOWEB)

TRATAMIENTO

La alegación presentada admite la cuestión observada en el punto del informe, al señalar que existe un incremento que evidencia la progresiva actividad de la cirugía menor ambulatoria (cma) realizada en Atención Primaria y que los casos realizados en centros hospitalarios efectivamente pueden ser debidos a complicaciones del paciente previstas que hace que no esté indicada la realización del procedimiento cma en Atención Primaria.

Pero en el contenido de la alegación no constan argumentos sobre las siguientes causas, señaladas en el informe, que pueden originar el hecho de que algunos procedimientos cma se realicen en los hospitales:

- Deficiencias en el registro de la inscripción por el facultativo, ya que, si no indica la modalidad, por defecto se inscribe “hospitalización” y la codificación del procedimiento cma.
- Dificultades en la realización del procedimiento por la no disponibilidad de profesionales habilitados para cma.

ALEGACIÓN Nº21, PUNTO 48 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 1 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 60 de 68

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº22, PUNTO 49 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 1 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

Se incluyen en el Anexo 9 los datos actualizados del Anexo 5 del informe de la CCA, donde se muestran los datos de inscripciones LEQ no realizadas por FEA para el año 2024. Se sigue apreciando una reducción de esta práctica, siendo para dicho año un 33% las inscripciones no realizadas por FEA para procedimientos Garantizados y un 26% para los no Garantizados.

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Además, de los datos de inscripciones no realizadas por facultativos actualizados a 2024, hay que señalar:

- Se ha constatado que existen diferencias en el total de las altas o inscripciones actualizadas a 2024, incluidas en los anexos 7, 8 y 9 aportados que el SAS en esta fase procedimental.

- No se reflejan cambios en los porcentajes de inscripciones no realizadas por los facultativos de los centros hospitalarios señalados en el informe (punto 26.2), mientras que en los centros hospitalarios de la Línea de la Concepción, Alto Guadalquivir y Costa del Sol se ha producido un incremento en los porcentajes de inscripciones no realizadas por los facultativos: en 2023 presentaban un 3%, 98% y 99%, y en 2024, un 27% la Línea de La Concepción y un 100% los otros dos centros hospitalarios.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 61 de 68

ALEGACIÓN Nº23, PUNTO 50 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver puntos 1 y 2 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº24, PUNTO 51 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Actualmente ya se está informando a los ciudadanos suscritos a Avisas de las citas (de consultas externas y pruebas diagnósticas funcionales) relacionadas o no con su inscripción quirúrgica. Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 8 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Además, el citado Plan no incluye medidas para acreditar la voluntad conformada del paciente en los registros del RDQ, tanto para la cita de la intervención quirúrgica como para registrar al paciente en el RDQ en situación de suspensión transitoria de la programación de la intervención (TNP a petición propia).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 62 de 68

ALEGACIÓN Nº25, PUNTO 52 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 3 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº26, PUNTO 53 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 5 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº27, PUNTO 54 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 7 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).
Con el objetivo de garantizar la veracidad de los datos recogidos en la historia clínica en Andalucía, evitando errores en lo referente al registro de fallecimientos, se realiza actualización de los datos mediante integración de la base de datos de usuarios (BDU) de Diraya con el Registro Civil. Una vez

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 63 de 68

que se realiza el paso a pasivo por fallecimiento de un usuario en BDU se emite desde esta aplicación la actualización a diferentes aplicaciones de soporte de la historia clínica, siendo una de ellas AGD.

Se han producido recientemente algunas incidencias en la actualización de los datos de pasivo por fallecimiento en AGD por lo que se realizó un análisis del circuito con detección de un error en la recepción de los mensajes. Para evitar esta situación, está en fase de validación el cambio realizado que evita el error en la recepción del mensaje en AGD lo que supondrá la actualización de la situación de pasivo por fallecimiento del usuario en la aplicación y la baja por fallecimiento en el RDQ.

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Los párrafos 2º y 3º de la alegación presentada no corresponden a la cuestión observada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº28, PUNTO 55 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Infoweb permite el seguimiento mensual, por hospital y especialidades de cada uno de los indicadores incluidos en contrato programa.

Se incluye en Anexo 10 detalles de la información que proporciona Infoweb al respecto.

TRATAMIENTO

El contenido de la alegación no incluye referencia a la cuestión observada sobre la necesidad de supeditar la asignación de los recursos para la actividad quirúrgica programada a la determinación de los objetivos definidos en los CP.

En relación con la cuestión observada sobre la necesidad de arbitrar las medidas para recuperar el cuadro de mando, el texto de la alegación no aporta información distinta a la recogida en el informe (punto 46).

ALEGACIÓN Nº29, PUNTO 57 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Los 1.514 centros de atención primaria se clasifican en centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares, los cuales se agrupan en zonas básicas de salud y se gestionan mediante las Unidades de Gestión Clínica (UGC). No es posible disponer de una sala de cirugía menor en los 1.514 centros de atención primaria por ello, se garantiza que en todas las UGC al menos hay un centro de

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 64 de 68

atención primaria que dispone de sala de cirugía menor para que, mediante un circuito de valoración y derivaciones, todos los usuarios/as que lo necesiten de todos los centros que pertenecen a una UGC, pueda realizarse un procedimiento de cma, lo cual está garantizado.

Los casos de cma que se realizan en centros hospitalarios son casos complejos o cuyas complicaciones previstas hace que no esté indicada la realización del procedimiento cma en Atención Primaria.

TRATAMIENTO

La alegación presentada admite la cuestión observada en el punto del informe al señalar que los casos realizados en centros hospitalarios efectivamente pueden ser debidos a casos complejos o cuyas complicaciones previstas hace que no esté indicada la realización del procedimiento cma en Atención Primaria.

Pero en el contenido de la alegación no constan argumentos sobre las siguientes causas, señaladas en el informe, que pueden originar el hecho de que algunos procedimientos cma se realicen en los hospitales:

- Deficiencias en el registro de la inscripción por el facultativo, ya que, si no indica la modalidad, por defecto se inscribe "hospitalización" y la codificación del procedimiento cma.
- Dificultades en la realización del procedimiento por la no disponibilidad de profesionales habilitados para cma.

ALEGACIÓN Nº30, PUNTO 59 ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Se revisan los puntos mencionados en la cuestión 59:
1. Actualmente, Salud Responde ya informa al paciente, cuando así lo solicita, sobre la lista de espera o la demora media de la especialidad en el hospital elegido mediante libre elección. Próximamente, se dará instrucción a Salud Responde para que incorpore esta información de forma sistemática en su protocolo de atención telefónica en los casos de solicitud de Libre Elección. Con ello, se espera que los centros con mayor nivel de saturación resulten menos demandados, favoreciendo así una distribución más equilibrada de la demanda asistencial
2. En este aspecto se informa que, desde la Dirección General de Personal y de la Dirección Económica del SAS, se ha seguido avanzando en los últimos años para crecer dentro del margen de los presupuestos y de la disponibilidad de persona en contratación de personal facultativo y en inversiones de infraestructura.
3. Para obtener información de costes por prestación asistencial se puede consultar COAN. El sistema COAN es un sistema integral en el que se miden las actividades asistenciales realizadas a la población andaluza y se registra el detalle pormenorizado del consumo de recursos humanos y materiales empleados. Mediante este sistema se puede conocer el coste de los procesos asistenciales tanto desde un punto de vista estructural como funcional. El tipo de información es muy diversa y podemos encontrar tanta información de costes, como de número de profesionales o de actividad sanitaria realizada, además de información diagnóstica o explicativa del coste.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 65 de 68

TRATAMIENTO

El tratamiento de la alegación se realiza de forma individualizada por cada apartado que conforma el punto alegado:

1. La alegación expone como medida que, próximamente, se dará instrucción a Salud Responde para que incorpore en su protocolo de atención telefónica en los casos de solicitud de Libre Elección, información sobre la lista de espera o la demora media de la especialidad en el hospital elegido, lo cual a la fecha del tratamiento de las alegaciones no se ha obtenido la evidencia de auditoría que proporcione una base suficiente y adecuada para valorar el grado de implantación de la citada medida.

2. Del texto de la alegación no se obtiene la evidencia de auditoría que proporcione una base suficiente y adecuada para valorar lo manifestado en la misma.

3. El texto de la alegación señala que para obtener información de costes por prestación asistencial se puede consultar COAN que es un sistema integral en el que se registra el detalle del consumo de recursos humanos y materiales empleados. No obstante, en la fase procedimental de alegaciones no se ha obtenido información que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia.

4. Se admite la medida implantada: el SAS exige como criterio de adjudicación para la contratación del servicio de asistencia sanitaria quirúrgica en centros concertados, que el centro concertado disponga de un archivo de historias clínicas en soporte digital en el que se recogerán todos los datos y los registros clínicos de las distintas atenciones que se realicen sobre un mismo paciente y que, adapte sus sistemas de información al objeto de permitir la compatibilidad con los sistemas de información corporativos del SAS, implicados directamente con la actividad asistencial desarrollada por los mismos (Clausula 9 del Pliego de prescripciones técnicas).

5. Este apartado es una recomendación relacionada con el cuadro de mandos del Contrato Programa, se sustenta en la valoración corregida y el contenido de los fundamentos del punto 46.

ALEGACIÓN Nº31, PUNTO 62. ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Ver alegación a la cuestión planteada número 24.

TRATAMIENTO

La alegación se remite a la cuestión observada en el punto 24 (Alegación nº 1), por lo que se propone el mismo tratamiento asignado.

ALEGACIÓN Nº32, PUNTO 63. ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Ver alegación a la cuestión planteada número 24 y 59 punto 1.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 66 de 68

TRATAMIENTO

La alegación se remite a la cuestión observada en los puntos 24 (Alegación nº 1) y 59.1 (Alegación nº 30.1), por lo que se propone el mismo tratamiento asignado.

ALEGACIÓN Nº33, PUNTO 64 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Ver alegación a la cuestión planteada número 39.

TRATAMIENTO

La alegación se remite a la cuestión observada en el punto 39 (Alegación nº 13), por lo que se por lo que se propone el mismo tratamiento asignado.

ALEGACIÓN Nº34, PUNTO 65. ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 1 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº35, PUNTO 66 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 3 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 67 de 68

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

ALEGACIÓN Nº36, PUNTO 67 ALEGACIÓN ADMITIDA

ALEGACIÓN Nº37, PUNTO 68 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Ver alegación a la cuestión planteada número 41.

TRATAMIENTO

La alegación se remite a la cuestión observada en el punto 41 (Alegación nº 15), por lo que se por lo que se propone el mismo tratamiento asignado.

ALEGACIÓN Nº38, PUNTO 69 ALEGACIÓN NO ADMITIDA

Se ha elaborado Plan de Mejora de Gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar este y otros aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA.
Ver punto 4 de dicho Plan de Mejora de Gestión del RDQ (Anexo 1).

TRATAMIENTO

La alegación presentada señala que se ha elaborado en junio de 2025, un Plan para la mejora en la gestión del RDQ donde se recogen directrices o instrucciones internas para mejorar los aspectos señalados por la Cámara de Cuentas de Andalucía en el informe de fiscalización de la gestión de las listas de espera quirúrgicas en el SSPA (OE 03/2019).

No obstante, el Plan aportado en la fase procedimental de las alegaciones, no ofrece resultados del seguimiento y control de la implantación de las medidas propuestas que garantizaría la evidencia de auditoría para valorar el grado de subsanación de la incidencia señalada en el punto que se alega.

Cód. Validación: 3ZQQEE4JKHWSTC35HT3QCK3MM
Verificación: https://ccuentas.sedelectronica.es/
Documento firmado electrónicamente desde la plataforma esPublico Gestiona | Página 68 de 68