

INSTRUCCIÓN Nº3 / 2000

**NORK : OSAKIDETZAKO ZUZENDARI NAGUSIAK
DE: DIRECTOR GENERAL DE OSAKIDETZA / SERVICIO VASCO DE SALUD**

NORI:

**OSPITALEETAKO ETA LEHEN MAILAKO ATENZIOKO ESKUALDEETAKO
ZUZENDARI
GERENTEAK
OSPITALEETAKO ETA LEHEN MAILAKO ATENTZIOKO ESKUALDEETAKO

ZUZENDARI MEDIKOAK
KUDEAKETA SANITARIOKO UNITATEAK ETA BEZEROAK ATENDITZEKO
EREMUAK**

A:

**DIRECTORES GERENTES DE HOSPITALES Y COMARCAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA
DIRECTORES MEDICOS DE HOSPITALES Y COMARCAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA
UNIDADES DE GESTION SANITARIA Y AREAS DE ATENCIÓN AL
CLIENTE**

GAIA:

ATENTZIO ESPEZIALIZATUTAKO KANPO KONTSULTA

ASUNTO:

CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Las Consultas Externas constituyen el contacto más frecuente de los ciudadanos con la Sanidad Pública Vasca en la asistencia especializada.

Osakidetza tiene como misión proveer los servicios públicos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población, bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y calidad, que presiden el sistema sanitario vasco, tal y como propugna Osasuna Zainduz.

En los cinco objetivos estratégicos del Plan Estratégico de Osakidetza 1998 – 2002, se explicita la necesidad de proporcionar a los ciudadanos una sanidad orientada al servicio y a la calidad, a través de la implicación de las personas en dichos objetivos, y de orientar las organizaciones hacia el desarrollo permanente de la gestión empresarial y de la tecnología.

El primero de los objetivos estratégicos hace referencia al servicio al cliente, proporcionándole un servicio de asistencia integrado, de calidad, personalizado y ágil, que responda a sus necesidades de salud, proponiendo planes de actuación que entre otros contemple una mejora de la accesibilidad para el cliente.

En consonancia con estos objetivos, las líneas de trabajo deben ir dirigidas tanto a la actividad realizada y a la demanda no asistida (lista de espera / demoras), como a la mejora de los sistemas de información y de los aspectos organizativos.

Sobre la base de ello, se establecen como **objetivos**:

1º. - Que la accesibilidad sea satisfecha en tiempos que no solo no afecten a la salud, sino que la población asuma como razonables.

Así se establece que la demora de las primeras consultas no debe superar los:

- . **30 días para las primeras consultas ordinarias.**
- . **1 semana para las primeras consultas preferentes.**
- . **1 día para las consultas urgentes.**

2º. - Que exista un equilibrio entre la demanda y las necesidades de la Atención Primaria, y la oferta y prestaciones de la Atención Especializada, mediante pactos de cuotas de citación y consenso de protocolos de derivación.

Con la finalidad de homogeneizar todos los conceptos con relación a las **consultas de atención especializada** se establecen las siguientes

INSTRUCCIONES:

1. - DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

1.1. PRIMERA CONSULTA

Es la consulta en la que una/un paciente recibe por primera vez asistencia en régimen ambulatorio, en una especialidad o subespecialidad y por una entidad patológica determinada.

Serán consideradas como primeras consultas las citas provenientes de:

A.- Atención Primaria.

B.- Atención Especializada:

B.1.- Las procedentes de otras organizaciones de servicios de atención especializada (Hospitales ó Ambulatorios).

B.2.- Las procedentes de consultas de otra especialidad.

B.3.- Las procedentes de especialidades y que se piden para una subespecialidad definida, aunque procedan de la misma especialidad.

C.- El Servicio de Urgencias Hospitalarias, después de su alta.

D.- Un ingreso de hospitalización (paciente que ha estado ingresado, bien en una planta tradicional o bien en el Hospital de Día Quirúrgico) y que se solicitan para otra especialidad o subespecialidad diferente a la responsable del ingreso.

E.- Un episodio de hospitalización en el Hospital de Día Médico, y que se solicitan para otra especialidad o subespecialidad diferente a la responsable del episodio.

F.- Una segunda opinión, procedentes del Servicio o Unidad de Atención al Cliente en los hospitales, y de las Areas de Atención al Cliente en los ambulatorios.

G.- Otras entidades aseguradoras o mutuas diferentes a Osakidetza.

No serán consideradas como primeras consultas:

- A.- Las citadas tras un episodio o ingreso de hospitalización en la misma especialidad o subespecialidad del alta.
- B.- Las interconsultas hospitalarias de pacientes ingresados, aunque estas tengan lugar en los locales de consultas externas, ya que deben ser consideradas como interconsultas de hospitalización y no como primeras consultas.
- C.- Las urgencias hospitalarias atendidas en los locales de consultas externas.

GRADO DE PRIORIDAD ASISTENCIAL

En función del grado de prioridad asistencial se distinguirán 3 tipos de primeras consultas:

A.- Urgente: Aquella cuyo médico remitente considera que dadas las características del proceso, debe ser atendida **en el mismo día, o transcurrido un tiempo que no sobrepase las 24 horas.**

B.- Preferente: Aquella cuyo médico remitente considera que dadas las características del proceso, es demorable relativamente, y debe ser atendida con una demora máxima de **1 semana.**

C.- Ordinaria: Aquella cuyo médico remitente considera que es demorable y puede ser atendida en el plazo establecido en **los objetivos.**

1.2. PRIMERA CONSULTA SIMULTANEA

Se define como aquella primera consulta que se da a una/un paciente que ya tiene un episodio abierto en esa especialidad o subespecialidad, pero se le cita por otra patología distinta.

La condición necesaria para generar y contabilizar una primera consulta simultánea es que se le atienda por 2 diagnósticos diferentes, no pudiendo citarse un facultativo otra primera consulta porque en una primera el haya visto 2 patologías con 2 diagnósticos diferentes.

1.3. CONSULTA SUCESIVA

Es aquella en la que una/un paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por una misma entidad patológica en la misma especialidad o subespecialidad, y que no queda incluida en el concepto de primera consulta.

Existirán las siguientes:

Sucesiva de Resultados: Es una consulta sucesiva en la que se valoran las pruebas ó exploraciones complementarias solicitadas en la primera consulta.

Sucesiva Ordinaria / Revisión: Es la consulta sucesiva que no queda incluida en la definición anterior.

1.4. CONSULTA DE ENFERMERIA

Es aquella realizada exclusivamente por personal de enfermería, tras haber sido derivada por un facultativo y que ha sido programada previamente.

En aquellas especialidades donde la actividad de enfermería es relevante (curas, yesos, educación diabetológica, etc.), se mantendrán dichas consultas, creándose nuevas donde se considere oportuno, y en ambos casos, debe registrarse la actividad de forma obligatoria en soporte informático.

Esta actividad se registrará de la siguiente forma:

A.- Se considerarán como **otro consultor aparte** en el cual se engloba la actividad de enfermería.

B.- Se considerarán como **consultas sucesivas**, siendo los facultativos, de acuerdo con el personal de enfermería, quienes determinen los procesos a atender.

C.- Se registrará como **actividad de enfermería** y se imputará a la especialidad o subespecialidad correspondiente, pero solo al consultor de enfermería y no a otro consultor.

1.5. LISTA DE ESPERA

Es el registro de los pacientes que están en espera para ser vistos en una consulta en cada uno de los centros de la red de Osakidetza. Incluye los pacientes de los servicios jerarquizados y de los cupos adscritos al hospital.

Se considerará Lista de Espera no atribuible a la organización del sistema sanitario aquella que la generan voluntariamente los pacientes, es decir, cuando ellos prefieren esperar, bien a un facultativo en concreto, o por otros motivos aunque sea con una demora superior, y aunque Osakidetza les ofrezca una cita en una fecha con menor demora.

2.- INDICADORES DE LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS

En la actualidad, la aplicación informática existente contempla 3 fechas:

Fecha de registro: Es la fecha en la cual se pide la consulta.

Fecha solicitada: Es la fecha a partir de la cual se desea la cita.

En el caso de las primeras suele ser a petición del paciente, y en el de las sucesivas a propuesta del médico.

Si no existe fecha solicitada, por defecto automáticamente el Programa registra la fecha de registro.

Fecha de cita: Es la fecha para la cual el paciente es citado realmente.

Los indicadores básicos que se van a utilizar serán:

2.1. DEMORA MÍNIMA: *Es el nº mínimo de días que espera una/un paciente, desde que desea una cita, hasta que se asigna una cita para una/un facultativo de atención especializada.*

Se refiere al primer día en que hay cita disponible para cualquiera de las/os facultativos de una especialidad o subespecialidad.

Informaticamente, corresponde a LA FECHA DE CITA MÁS CERCANA a la fecha en la cual se pide la consulta, y que el ordenador ofrece cita de forma automática, sobre la base de una programación ordinaria de la agenda de cualquiera de los médicos de una especialidad ó subespecialidad determinada, **excluyendo los huecos generados por programación extraordinaria, descitaciones y forzado de agendas, que pueden artefactar la demora real.**

2.2. DEMORA MEDIA: *Es el nº de días que por término medio esperan el conjunto de los pacientes desde la fecha solicitada, hasta la fecha de cita.*

Para el cálculo informático de la Demora Media se tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha de cita y la fecha solicitada, de todos los pacientes que se encuentran en lista de espera el día del corte.

Será la suma total de esos días de demora, de todas las citas procesadas, dividido entre el nº total de citas.

Si la fecha de cita ofertada no es aceptada por la/el paciente, y prefiere esperar, bien por esperar a un médico determinado, o por otros motivos, se introducirá como fecha solicitada la fecha de cita con el consultor elegido.

2.3. DEMORA MÁXIMA: *Se refiere a la primera cita disponible más lejana de los médicos de una especialidad o subespecialidad.*

Informáticamente es la fecha de cita más lejana que el ordenador ofrece de forma manual sobre la base de una programación ordinaria de la agenda de cualquiera de los médicos de una especialidad o subespecialidad, expresamente solicitado.

Hace referencia a cuando el paciente u otro facultativo remitente prefieren libremente esperar al facultativo para el que se desea la cita, aunque sea con una demora superior a la que se le puede ofrecer en esa especialidad ó subespecialidad.

En resumen, y para los tres indicadores de demora:

La **demora mínima** se refiere a la cita más cercana en una especialidad o subespecialidad, desde que se desea la cita, hasta que se puede asignar una cita.

La **demora media** se refiere a la media de todas las diferencias entre la fecha de cita y la fecha solicitada.

La **demora máxima** se refiere al primer hueco disponible más lejano existente dentro de una determinada especialidad o subespecialidad.

Estos indicadores de demoras serán aplicables a las Primeras Consultas (ordinarias y preferentes), y a las Consultas Sucesivas.

2.4. TIEMPO DE ABSORCIÓN: *Se refiere al tiempo que tardaría en absorberse la Lista de espera al ritmo de trabajo de un periodo anterior definido.*

Para evitar artefactar la realidad no debe tenerse en cuenta la actividad del mes anterior, por las épocas vacacionales y la estacionalidad, sino la TAM (Tasa Anual Media), que hace referencia a la actividad anual media acumulada, tomando como referencia los 12 últimos meses de actividad.

2.5. Nº de PACIENTES EN LISTA DE ESPERA POR GRUPOS DE DEMORA: *Se refiere al nº de pacientes citados desde la fecha "del corte", - que es una fecha determinada -, en adelante, hasta la fecha de cita.*

Se distribuirán en los siguientes grupos:

- **< 1 mes**
- **De 1 a 3 meses**
- **> de 3 meses**

2.6. % DE CANCELACIONES: *Se refiere al nº de consultas canceladas con relación al total del nº de consultas citadas.*

Se calcula dividiendo el nº de consultas canceladas entre el total del nº de consultas citadas y se multiplica por 100.

Se contabilizarán tanto las primeras consultas como las sucesivas.

2.7. % DE INASISTENCIAS: *Se refiere al nº de consultas a las que no asiste el paciente con relación al total del nº de consultas citadas.*

Se calcula dividiendo el nº de inasistencias entre el total del nº de consultas citadas y se multiplica por 100.

Se contabilizarán tanto las primeras consultas como las sucesivas.

3.- GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS

3.1. - RESPONSABLE: Se establece que todas las organizaciones de servicios de atención especializada deben nombrar **un Responsable para Consultas Externas Intra y Extrahospitalarias, y para Pruebas o Exploraciones Complementarias**, con dependencia funcional del Director Médico, y en permanente contacto con las Unidades de Gestión Sanitaria.

Las funciones del responsable serán las relacionadas con todos aquellos aspectos relativos a la planificación y gestión de las Consultas Externas, y así, entre otras, se encargará de las siguientes:

A.- GESTIÓN DE LAS AGENDAS:

Será el encargado de realizar una idónea programación, con los profesionales existentes en la plantilla, y sobre la base de una adecuada asignación de los tiempos dedicados a Consultas Externas.

B.- ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS:

Respetando la autonomía de gestión, y la idiosincrasia de cada centro, la línea en la que se debe avanzar, o mantener si ya existe, es en la del concepto de "ventanilla única", mejorando la atención al paciente/cliente, y reduciendo los trámites burocráticos.

Así, por parte del Responsable se potenciará que tanto en las consultas intrahospitalarias, como en las extrahospitalarias, **la gestión completa de las consultas** corresponda a las Unidades de Gestión Sanitaria en los Hospitales, o a las Areas de Atención Cliente en los Ambulatorios.

Es deseable avanzar en **la descentralización de las Consultas Sucesivas**, de forma que sea el personal de cada especialidad o subespecialidad, en función de sus posibilidades y de la informatización, quien gestione completamente dichas consultas Sucesivas.

C.- INASISTENCIAS DE LOS PACIENTES:

Con el objetivo de aprovechar los huecos libres que dejan las inasistencias de los pacientes, es recomendable instaurar los mecanismos adecuados para que éstos puedan comunicarlo a los centros, y llenar esos huecos con otras solicitudes de citas.

D.- DEMORA EN LA SALA DE ESPERA:

Se recomienda a cada Responsable que arbitre los mecanismos para la reducción de este tiempo, que representa un evidente aspecto de no-calidad, y se incida en aquellas causas que la producen.

E.- ACTUALIZACIÓN DE FICHEROS DE MEDICOS:

La responsabilidad de la actualización de los nombres, apellidos y números de colegiados de los médicos de atención especializada, será de la Dirección de Recursos Humanos de cada organización, quien debe comunicarlo al Servicio de Informática, para que se proceda a dar altas y bajas a dichos médicos a tiempo real, debiendo el Responsable de Consultas validar periódicamente dichos ficheros.

Asimismo, debe seguirse el mismo procedimiento para la actualización de los médicos de los centros de atención primaria, evitando con ello tener derivaciones no atribuibles a ningún centro de salud, recayendo también la responsabilidad en la Dirección de Recursos Humanos de cada uno de los centros.

3.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

Los sistemas de información son un aspecto clave en la gestión de las consultas externas, con el objetivo último de disponer de una **información útil, fiable y objetiva**.

En la actualidad, los campos básicos existentes en la aplicación informática son:

A.- DATOS BÁSICOS PARA UNA CITA

- . **Datos de filiación del paciente:** 2 apellidos y nombre / TIS o CIP o CIC / nº de hª clínica.
- . **Identificación del médico remitente** (nombre, nº de colegiado ó código de cupo y organización de servicios).
- . **Especialidades o Servicios:**
- . **Subespecialidades:** diversas subespecialidades dentro de una especialidad
- . **Consultores:** Son los médicos que pasan la consulta: un médico consultor puede atender a varias subespecialidades, pero sólo pertenecerá a una especialidad
- . **Tipos de Consulta:** primeras ó sucesivas.

B.- INFORMES

- . **Listados de actividad**
- . **Listados de citas:** por consultor, pendientes de contacto, anuladas por motivo y especialidad, por procedencia, etc.

C.- ESTADÍSTICAS

- . **Jornadas**
- . **Lista de espera**
- . **Actividad del centro**
- . **Prestaciones "In Consulta":** aquellas actividades que se realizan dentro de la consulta, como por ejemplo: infiltraciones, criocoagulaciones, etc.
- . **Otras estadísticas**

3.3. SOLICITUD DE CONSULTAS

La solicitud de una consulta de Atención Especializada deberá realizarse siempre a través del Documento de Interconsulta DI-1, ó del Volante de Derivación, debiendo ser **siempre un médico el responsable de la derivación de los pacientes**, no pudiendo acceder a una consulta de atención especializada los pacientes a petición propia.

En el caso de protocolos específicos de derivación de enfermería (Ej: revisiones puerperales - matronas -, etc.) se seguirá con el criterio existente hasta ahora.

*El **DI-1 ó volante de derivación** debe tener unos criterios mínimos de calidad de cumplimentación:*

A.- ADMINISTRATIVOS

- . 2 Apellidos y nombre del paciente
- . TIS o CIP o CIC / nº de afiliación a la seguridad social
- . Apellidos, nombre y nº de colegiado del médico emisor
- . Centro emisor
- . Especialidad o subespecialidad a la que se deriva

B.- DATOS CLÍNICOS

- . Antecedentes personales y medicación habitual
- . Motivo del envío y/o anamnesis
- . Exploración física
- . Pruebas complementarias
- . Tratamientos previos a la patología actual
- . Impresión diagnóstica

Debe acompañarse de las exploraciones complementarias recientes (Analítica, Rx, etc.), para evitar duplicidades e ineficiencias, y agilizar así la resolución del proceso global de la consulta.

Asimismo debe incluirse siempre el grado de prioridad asistencial, ya que de no cumplimentarse este último se considerará prioridad ordinaria.

El médico de Atención Especializada devolverá al solicitante de la consulta cuando se produzca el alta definitiva, el DI-1 debidamente cumplimentado, o el Informe de Alta específico.

Asimismo, es necesario informar periódicamente al médico de atención primaria, cuando se trate de pacientes que no han sido dados de alta en consultas, y se produzcan cambios en la situación clínica o en la pauta terapéutica del paciente.

Obviamente, el DI-1 o el Informe de Alta debe tener unos criterios mínimos de calidad de cumplimentación:

A.- ADMINISTRATIVOS

- . 2 Apellidos y nombre del paciente
- . TIS o CIP o CIC / nº de afiliación a la seguridad social
- . Apellidos y nombre, nº de colegiado del médico emisor y centro
- . Especialidad o subespecialidad
- . Médico al que se dirige

B.- DATOS CLÍNICOS

- . Datos relevantes de la anamnesis.
- . Exploración física y/o pruebas complementarias realizadas
- . Impresión diagnóstica
- . Tratamiento prescrito
- . Plan de seguimiento

Asimismo, cuando un médico de atención especializada propone al paciente una consulta sucesiva (incluidas **las revisiones anuales**), este paciente debe salir del centro de atención especializada con la cita asignada, **_no debiendo solicitar nunca al médico de Atención Primaria que le haga un nuevo volante de derivación._**

3.4. BAJAS DE LISTA DE ESPERA:

Los pacientes causarán baja de la Lista de Espera cuando:

- Sean vistos en Consultas.
- No acudan a la cita, y no soliciten una nueva cita, antes de registrar los contactos de ese día.

3.5. CIERRE ADMINISTRATIVO DEL EPISODIO:

Cuando un paciente tenga un episodio abierto en consultas, y no haya tenido ningún contacto en **18 meses**, se procederá al cierre del episodio mediante un alta administrativa, haciéndose de forma automática mediante la correspondiente orden informática.

3.6. CANCELACIONES:

Con el objetivo de reducir al máximo las cancelaciones, y dada la importancia del tema, ya que suponen grandes bolsas de ineficiencias a todos los niveles, cada centro dispondrá de un programa para minimizarlas.

Toda cancelación de consultas debe ponerse en conocimiento del Responsable de Consultas Externas, quien en su caso autorizará o no, dichas cancelaciones.

En ausencia de dicho Responsable, quien debe autorizar esas cancelaciones será la Dirección Médica ó persona en quien delegue.

Siempre se tendrá en cuenta que:

1º. - En el caso de cancelar una consulta por causas no urgentes o evitables se le debe ofrecer a las/os pacientes una fecha anterior a la fecha de la cita.

2º. - En el caso de que la cancelación se produzca por una causa urgente y justificada, se procurará dar la fecha el día más próximo al día cancelado, o que en su caso más convenga al paciente/cliente.

3.7. DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA:

Cada centro dispondrá de la información desglosada al nivel que sea necesario para su gestión diaria, debiendo disponer de los indicadores arriba descritos en el punto 2, con una periodicidad al menos mensual, para su envío junto al ESTADIS, a la Organización Central de Osakidetza, y desglosada en el ámbito de especialidad o subespecialidad.

Las Unidades de Gestión Sanitaria enviarán a los profesionales de las especialidades o subespecialidad toda aquella información que les posibilite la planificación y la toma de decisiones, y que contribuyan al acercamiento de las culturas clínicas y de gestión, con una periodicidad al menos mensual.

Se protegerá la confidencialidad de la información a todos los niveles, procurando que tengan acceso a la misma exclusivamente los profesionales a quienes compete dicha información.

3.8. AGENDAS: Se considera una necesidad ineludible realizar y elaborar agendas por facultativo **con una antelación de al menos 12 meses, para todos los facultativos y todos los centros sanitarios.**

A éstos efectos, se arbitrarán los mecanismos oportunos para que el lunes 2 de Octubre del presente año 2000, se abran las agendas hasta el último día laborable de Septiembre del año 2001.

A partir de esa fecha, las agendas deberán estar abiertas de forma permanente, con una antelación mínima de al menos 12 meses.

3.9. CONSULTAS SUCESIVAS DE RESULTADOS:

Para las Consultas Sucesivas de Resultados, el día de la cita la debe indicar el médico de atención especializada de forma individualizada, sobre las bases de las características del proceso patológico del paciente, y no en función de la demora para una prueba o exploración complementaria, debiendo los Servicios Clínicos Centrales organizarse para dar respuesta a las necesidades de las especialidades o subespecialidades.

4.- DERIVACIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA ESPECIALIZADA Y VICEVERSA

El objetivo es crear mecanismos que faciliten la coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada, para lo cual sería deseable, entre otras, establecer las siguientes acciones:

A.- **Realizar reuniones periódicas de coordinación** entre los equipos directivos de los hospitales y las comarcas.

B.- **Mejorar el sistema de acceso a Consultas Externas** mediante la elaboración de una hoja o documento informativo bilingüe que se entregará a los pacientes en el lugar donde se le asigne la primera consulta y que incluiría:

- Día, hora, facultativo y local de consulta donde debe acudir.
- Documentos necesarios: DNI, TIS, Volante de Mutuas para facturar, etc.
- Lugar a donde debe dirigirse (Apertura de episodios), con mapa o croquis incluido sí es posible para orientación de los usuarios.
- Números de teléfono, franja horaria y lugar a los que se debe llamar para comunicar las inasistencias.

C.- **Incrementar el consenso técnico** entre los profesionales de ambos niveles, estableciendo protocolos de actuación de forma consensuada a través de grupos mixtos de trabajo.

D.- Articular **mecanismos que eviten la transmisión de la información clínica con el usuario** como mensajero.

4.1. CUOTAS DE DERIVACIÓN:

Se establece:

A.- Que los equipos directivos de Atención Primaria **pacten** con los de Atención Especializada **cuotas de derivación** adecuadas a la demanda, ordenando el acceso según el grado de prioridad.

B.- Que se **registre el nº de citas derivadas** a cada especialidad por cada médico de Atención Primaria.

C.- Que el paciente sea **citado con equidad**, no debiendo esperar más tiempo porque su médico de cabecera derive con una frecuencia superior a la media.

4.2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

Aunque en la actualidad en algunos territorios y centros se mantengan criterios de sectorización, con cuotas fijas y preestablecidas de derivación de pacientes desde la Atención Primaria, la tendencia en el futuro va a ser la **liberalización de la derivación y de la referencia en cada Territorio Histórico**, de forma que el facultativo de Atención Primaria, derive allá donde le den cita lo más rápidamente posible, existiendo así libertad de elección para el 100% de las especialidades o subespecialidades, tanto para el médico remitente, como para el paciente.

5. - RECOMENDACIONES FINALES

5.1. Es deseable la implantación de **consultas de alta resolución**, que son aquellas en las que se agrupan en una sola mañana o tarde, y de la forma secuencialmente más breve, la primera consulta, las exploraciones complementarias correspondientes, y la consulta sucesiva de resultados, es decir aquellas en las que se realiza una resolución del proceso.

A todos los efectos, se contabilizarán como 2 consultas, una primera consulta más una consulta sucesiva de resultados.

5.2. Se aconseja habilitar mecanismos entre las consultas de Atención Especializada intra y extrahospitalarias, para una adecuada accesibilidad entre el contenido de las historias clínicas de ambas áreas de actuación, para evitar ausencias ó duplicidades en la documentación, y mejorar así la calidad asistencial.

5.3. Si bien deben articularse mecanismos organizativos para evitar cancelaciones de consultas, en caso de que se produzcan, es deseable que las asuman el resto de facultativos de la especialidad o subespecialidad.

5.4. Para el correcto funcionamiento de las consultas externas, se considera adecuado tener presente que:

5.4.1. Se tienda a globalizar el proceso del paciente, protocolizando derivaciones y priorizando la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

5.4.2. Se implante la gestión de procesos como herramienta de gestión que persigue la eficiencia, a través de organizar, coordinar y gestionar adecuadamente las actividades y personas que intervienen en los principales procesos de consultas externas, fomentando equipos de trabajo basados en procesos.

5.4.3. Se rediseñará por cada especialidad o subespecialidad los procesos asistenciales más frecuentes, ordenando la secuencia de actividades y orientándolas al paciente / cliente.

5.4.4. Se simplificarán los trámites burocráticos para el paciente, avanzando hacia el concepto de la "ventanilla única", y se mejorará la información sobre la oferta de servicios de los centros de atención especializada.

5.4.5. Se extenderá el acceso directo desde la atención primaria a la citación de las agendas de la atención especializada.

5.4.6. Se avanzará en la línea de conexiones informáticas directas de agendas e historia clínica entre los niveles de atención primaria y especializada, tendiendo a la existencia de un único sistema de información, idéntico y homogéneo, en todos los centros de toda la red de Osakidetza.

5.4.7. Se establecerán mecanismos que permitan realizar un seguimiento especial del grupo de pacientes con demora superior a un mes en las primeras consultas ordinarias, y a una semana en las primeras consultas preferentes.

5.4.8. Se establecerán mecanismos de filtro ante especialidades con demanda excesiva.

5.4.9. Todos los hospitales articularán mecanismos para que en las consultas se puedan ver las consultas urgentes o preferentes, independientemente de las urgencias hospitalarias.

5.4.10. Se arbitrarán mecanismos para que las consultas sucesivas de resultados, después de la realización de pruebas complementarias que puedan conllevar la resolución del proceso o un diagnóstico de gravedad, no estén gravadas por las demoras del resto de las consultas sucesivas.

5.4.11. Se utilizarán recursos adicionales extraordinarios, solo cuando una eficiente programación de la actividad no permita satisfacer la demanda en los plazos establecidos como objetivos.

5.4.12. Se realizarán validaciones y evaluaciones periódicas de la gestión de las consultas sucesivas, destacando la lista de espera, ya que es un aspecto asistencial importante.

En Vitoria – Gastéiz, a 14 de Julio del Año 2000.

EL DIRECTOR GENERAL DE OSAKIDETZA

Fdo. FRANCISCO VILLAR COLSA