



GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

INSTRUCCIONES DE NOVIEMBRE 2020

Esta guía complementa el PLAN DE ABORDAJE DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA 2020 – 2022
Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	2
1. REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA	2
2. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS COVID-19 DEL AÑO 2020	3
3. INSTRUCCIONES	3
3.1. Comisión de programación quirúrgica	5
3.2. Revisión de pacientes	5
4. GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)	6
4.1. Inclusión en LEQ	6
4.2. Derivación de pacientes a otros centros	8
4.3. Programación quirúrgica	9
4.4. Salida del paciente del Registro de Demanda Quirúrgica	12
4.5. Sistemas de información	12
ANEXO I	13
ANEXO II	17

INTRODUCCIÓN

1. REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA

El Decreto 83/2003 del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón, establece la creación del Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema de Salud de Aragón. Se crea para el control y la gestión de la demanda de intervenciones quirúrgicas programadas, así como para garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos en el Decreto. En el Registro se incluirán todos los pacientes que se encuentren pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente en cualquier Centro del Sistema de Salud de Aragón.

El Registro de Demanda Quirúrgica es único y centralizado, si bien su gestión se lleva de manera descentralizada por cada uno de los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Aragón.

El contenido del Registro se adaptará a los criterios recogidos en el **ANEXO I** de estas instrucciones.

El Gerente de Sector, a través del Servicio de Admisión de cada Centro, es el responsable del correcto funcionamiento del Registro de Demanda Quirúrgica, y debe disponer en todo momento de los datos y documentos actualizados. También coordinará las actuaciones necesarias de otros profesionales y unidades y facilitará la información que le sea solicitada desde el Departamento de Sanidad.

Las anotaciones en el Registro deben realizarse de forma inmediata, y en todo caso, en el plazo máximo de 2 días naturales tras producirse el hecho susceptible de anotación.

La *fecha de entrada* en Registro es única y coincidirá con la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico.

La *fecha de salida* es la fecha en la que el paciente es dado de baja. Deberá especificarse el motivo y estar debidamente documentado.

Los pacientes incluidos en el registro se clasifican en tres grupos, en función del *tipo de espera*:

a) *Pacientes en espera estructural*: son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

b) *Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro público o privado*: son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.

c) *Pacientes transitoriamente no programables*: son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:

1º Pacientes en espera médica por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención.

2º Pacientes en espera, por solicitud de aplazamiento de la intervención (motivos personales/laborales).

La gestión y utilización de los datos recogidos en el Registro tendrán en cuenta los principios de confidencialidad y reserva, de acuerdo con lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en particular lo dispuesto en los artículos 7 y 20.

2. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS COVID-19 DEL AÑO 2020

El total de pacientes inscritos en el REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA DE ARAGÓN (RDQ), no ha sufrido grandes cambios desde el inicio de la pandemia, pues si bien se han realizado un número limitado de intervenciones quirúrgicas programadas, también ha disminuido la inclusión de pacientes en lista de espera. A 31 de enero de 2020 había en RDQ 28.520 pacientes, y a 31 de agosto la cifra es de 27.708 pacientes.

Sin embargo, la demora ha sufrido cambios importantes. En enero de 2020 se había iniciado una tendencia descendente tras llegar en septiembre del año pasado, a la cifra más alta de demora desde el año 2015 (4.400 pacientes).

En febrero de este año el número de pacientes había disminuido a 3.476 (mil menos que en septiembre). A partir de mediados de marzo, debido a la pandemia, el aumento de la demora ha sido constante, llegando a los 10.994 pacientes a 31 de agosto.

Esta situación requiere de un plan de abordaje que permita discriminar y priorizar a los pacientes en función de la patología y el impacto de la demora sobre la enfermedad; así como, asegurar la efectividad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, que son fines en los que se basa el Sistema de Salud de Aragón.

3. INSTRUCCIONES

La dirección médica y cada uno de los jefes de servicio de los hospitales realizarán conjuntamente un análisis de la lista de espera considerando las patologías más

frecuentes, las patologías más graves o invalidantes, la prioridad marcada por el facultativo (alta, preferente o normal) y la demora de estos grupos de pacientes.

Se tomarán acuerdos de planificación quirúrgica y se considerará la posibilidad de realizar autoconcierto, con el fin de disminuir la demora y de incrementar la disponibilidad para realizar intervenciones de mayor duración en jornada ordinaria.

De este análisis se desprenderá un documento (**ANEXO II**) por cada especialidad quirúrgica que será remitido **trimestralmente** por la Dirección Médica del centro, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad, con el siguiente contenido:

- **Número total de pacientes en Registro de Demanda Quirúrgica; número total de pacientes en situación estructural; pacientes con demora estructural superior a 180 días a la fecha de envío de la información.**
- **Previsión trimestral** de sesiones quirúrgicas **programadas.**
- Previsión trimestral de intervenciones quirúrgicas **programadas procedentes de lista de espera.**
- Previsión trimestral de intervenciones quirúrgicas **programadas en pacientes en lista estructural de más de 6 meses.**
- En los tres puntos anteriores se diferenciará entre las intervenciones previstas en jornada ordinaria y autoconcierto
- **Previsión de situación de la lista de espera estructural de más de 6 meses a final del trimestre, teniendo en cuenta el volumen de intervenciones quirúrgicas previstas.**

Fechas de envío de la previsión trimestral:

- 31 de diciembre, con la previsión de enero, febrero y marzo.
- 31 de marzo, con la previsión de abril, mayo y junio.
- 30 de junio, con la previsión de julio, agosto y septiembre.
- 30 de septiembre, con la previsión de octubre, noviembre y diciembre.

Como fecha máxima para la remisión de datos se establece que sea dentro de los cinco primeros días laborables del primer mes.

En los acuerdos de planificación se tendrán en cuenta los criterios de priorización descritos en el punto 4.3 de este documento, sobre el **impacto de la demora en la enfermedad** ([Priorización](#)) y además se recomienda que:

- Al menos el 50% de las intervenciones quirúrgicas programadas procedentes de lista de espera, sea con pacientes cuya demora estructural haya superado los 180 días. RESPETANDO LOS CRITERIOS 4.3
- Al menos el 80% de las intervenciones realizadas en la modalidad de autoconcierto sea con pacientes que hayan superado la demora estructural de 180 días.

Mensualmente desde el Departamento se programarán reuniones con las direcciones de los centros, para realizar el seguimiento de la lista de espera de cada especialidad, contemplando la evolución de la demora, el cumplimiento de los acuerdos de planificación quirúrgica y la estrategia a seguir en función de la evolución de la demora.

3.1. Comisión de programación quirúrgica

Cada centro debe contar con una Comisión de Programación Quirúrgica con la participación de miembros de la Dirección Médica y Dirección de Enfermería, Admisión, Anestesia y jefes quirúrgicos. Deberá revisar la lista de espera, haciendo hincapié en los pacientes con mayor prioridad clínica, siguiendo con los afectados por la garantía de demora y establecer circuitos que limiten los tiempos muertos y los porcentajes inadecuados de utilización de quirófanos.

3.2. Revisión de pacientes

Se establecerá una pauta de revisiones en aquellos casos que lleven esperando más de seis meses para confirmar que la indicación médica sigue vigente, así como, el deseo del paciente de ser intervenido.

El responsable de estas revisiones será el jefe del servicio en el que está incluido el paciente.

Si las condiciones de inclusión en lista de espera han variado, se realizarán los trámites necesarios para su salida de Registro de demanda quirúrgica.

4. GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)

4.1. Inclusión en LEQ

- **Criterios generales**

Se incluyen:

- Todos los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente, para el cual el hospital tiene previsto utilizar quirófano, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia previsto.
- Todos aquellos pacientes cuya intervención no se lleve cabo durante un episodio de hospitalización en el que se establece la indicación, es decir, que el alta hospitalaria se produce con indicación de intervención quirúrgica demorada.

No se incluyen:

- Procedimientos quirúrgicos realizados de forma habitual en una consulta o sala de curas del hospital, por no precisar (con criterios técnicos) de quirófano.
- Pacientes intervenidos de forma programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.
- Urgencias diferidas, que se intervendrán de forma programada cuando la situación clínica del paciente así lo aconseja. (*Ejemplo: Paciente que acude a Urgencias por fractura vertebral, cuya situación clínica aconseja demorar la intervención hasta conocer su evolución*).
- Pacientes que no tengan disponibilidad para ser intervenidos en menos de 6 meses.
- Pacientes derivados de otro hospital del SALUD:
 - En este caso el paciente debe permanecer en la lista del hospital que le incluyó en el Registro y su situación será DERIVADO A OTRO CENTRO, especificando el centro del que se trata.
 - Al derivar al paciente, además de la información clínica, se proporcionará a la unidad de Admisión toda la información administrativa necesaria para gestionar el proceso.

- **Criterios clínicos**

- Se incluirán en LEQ pacientes con indicación quirúrgica cierta, establecida por un médico especialista, de acuerdo a criterios y protocolos establecidos por las Sociedades Científicas.
- En ausencia de protocolos, los servicios quirúrgicos deberán desarrollarlos para, al menos, los procesos de mayor incidencia en su práctica habitual.
- No se incluirán pacientes sin indicación quirúrgica cierta en ese momento, aunque previsiblemente pueda tenerla en el futuro.
- Los segundos tiempos de intervención quirúrgica que precisen un tiempo de espera predeterminado, no deben ser incluidos al finalizar la primera intervención, sino cuando exista de nuevo indicación quirúrgica cierta (ej.: extracción de material, cirugía plástica reparadora, cierre de ostomías, etc.), estableciendo entonces el correspondiente criterio de prioridad para el segundo tiempo.
- Los procesos bilaterales con resolución en un único tiempo se incluirán en LEQ como un único proceso. Se especificará la bilateralidad adecuadamente en la codificación de inclusión en LEQ.
- En procesos bilaterales que van a ser intervenidos en dos tiempos quirúrgicos diferentes, se procederá con cada uno de ellos como procesos independientes y, por tanto, una vez resuelto el primero se reiniciará el procedimiento de inclusión en LEQ para el segundo.
- Cada paciente incluido en LEQ contará con una documentación mínima que sustente la indicación quirúrgica y recoja los datos de interés clínico necesarios.
- La información clínica necesaria de cada paciente estará disponible en la historia clínica digital; accesible desde diversas estructuras del sistema sanitario público.
- La historia clínica digital contará con niveles de acceso que garanticen tanto su utilidad, como la confidencialidad exigida en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para todo paciente que sea incluido en lista de espera será necesario disponer de:

- Una solicitud de inclusión en LEQ correctamente cumplimentada por el médico que sienta la indicación, y que se adaptará al sistema informático utilizado en los hospitales de Aragón para gestionar la lista de espera y la programación quirúrgica
- La conformidad escrita del paciente (o familiar legalmente responsable) a ser incluido en lista de espera para ser intervenido quirúrgicamente.

La solicitud de inclusión recogerá las variables mínimas enumerados en el **ANEXO I**. La fuente de información de datos personales será la *Base de datos de usuarios* (BDU), siempre que se disponga de la información. El médico solicitante, cumplimentará los datos clínicos y aquellos que falten y no se puedan rellenar desde BDU.

Una copia de la conformidad firmada por el paciente, o representante legal, será archivada en la Historia Clínica.

Desde el inicio del proceso de inclusión en LEQ el paciente será informado claramente sobre:

- Su proceso clínico, efectividad, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica.
- Un punto de referencia (persona, cargo, teléfono de contacto) de fácil acceso donde se centre su relación con el hospital durante su permanencia en lista de espera.
- Normativa sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.
 - El impreso de inclusión en lista de espera debe contener toda la información que debe conocer el paciente respecto a su situación en la lista y los cambios que se pueden producir desde la fecha de inclusión hasta la conclusión del proceso
- Deberes del paciente: actualización de datos administrativos, especialmente cambios de domicilio o teléfono, que puedan afectar a su localización. Responder a las solicitudes que le hagan desde el hospital y justificar documentalmente cuando sea preciso.

4.2. Derivación de pacientes a otros centros

La derivación de pacientes a otros centros es utilizada con la finalidad de cumplir los objetivos de tiempo garantizados, siempre que no sea posible hacerlo mediante los recursos ordinarios disponibles.

Para conocer las necesidades de derivación, habrá que estimar la capacidad quirúrgica para cumplir con los objetivos de garantía de plazos en la atención. Se valorará la necesidad no asumible con los recursos ordinarios, tanto por especialidades quirúrgicas, como por tipos concretos de procedimientos.

El proceso se llevará a cabo de manera coordinada entre el Hospital, el Departamento de Sanidad y el Servicio Provincial.

- EL Servicio Provincial será el garante del cumplimiento adecuado de todo el proceso de derivación de pacientes a otros centros. Para ello debe conocer en todo momento la situación de los pacientes incluidos en el proceso de derivación y adoptar las medidas oportunas para disponer de la información necesaria y que se pueda actualizar de manera inmediata el registro de LEQ del hospital de origen, una vez que el paciente haya sido intervenido.

Los centros concertados se adaptarán a la normativa de contratos vigente.

Dentro del Acuerdo Marco para la derivación de pacientes a centros privados, será primordial la colaboración de los jefes de servicio de las especialidades con mayor demora, para seleccionar los pacientes que pueden ser derivados a dichos centros.

Se tendrá especial cuidado para identificar a aquellos pacientes que, por sus características clínicas, sus comorbilidades y tipo de intervención a realizar puedan ser intervenidos con criterios de calidad en los centros concertados; para lo cual será imprescindible que el facultativo, en el momento de inscribir al paciente en el RDQ, cumplimente el campo de ***Situación de derivable, o no derivable***, argumentando adecuadamente el motivo en el caso de no derivable.

Preferentemente se derivarán pacientes con demora estructural superior a 180 días, de los procesos incluidos en el contrato de derivación.

Solamente podrán ser derivados pacientes con demora inferior en los supuestos:

- Si se ha propuesto derivación a todos los pacientes en espera para intervención por un proceso incluido en el contrato de derivación con demora estructural superior a 180 días.
- Si los pacientes con demora estructural mayor de 180 días para esos procesos están en situación de NO derivables.

Aquellos pacientes que no deseen ser derivados a un centro concertado y rechacen la propuesta, pasarán a la situación de ESPERA POR RECHAZO, con lo que la situación de su demora pasará a ser no estructural y si se trata de un proceso incluido en el Decreto 83/2003 sobre garantía de plazo, la garantía quedará suspendida.

4.3. Programación quirúrgica

La gestión de la programación quirúrgica es uno de los aspectos de mayor impacto sobre la LEQ y sobre la demora. Están implicados los servicios quirúrgicos, el servicio de admisión, la dirección del centro, y en su caso, los centros concertados y el servicio provincial. La coordinación entre unos y otros es imprescindible para seleccionar

adecuadamente a los pacientes, programar preoperatorios, programar controles de COVID-19 y establecer circuitos claros y ágiles, que limiten los tiempos muertos y los porcentajes inadecuados de utilización de quirófanos.

Los pacientes incluidos en el Registro de demanda quirúrgica de Aragón podrán ser atendidos en cualquier centro de la red pública sanitaria, en base a programas especiales de aprovechamiento de los recursos públicos.

Se realizarán acuerdos de colaboración entre hospitales para determinadas especialidades o patologías que puedan ser atendidas de manera más ágil o más eficiente en cualquier hospital de la red, aunque no sea el hospital en el que se incluyó al paciente en lista de espera.

Dada la magnitud de la demora quirúrgica alcanzada tras la disminución de actividad por la situación de pandemia, la planificación quirúrgica se realizará atendiendo de manera especial al aprovechamiento de recursos humanos y estructurales disponibles, horas de quirófano por especialidad y tiempos quirúrgicos por proceso.

La Dirección del Hospital requerirá a los servicios quirúrgicos la **programación trimestral** de los quirófanos y será responsable de que esta programación se lleve a cabo.

- **Priorización**

El Decreto 83/2003 del Gobierno de Aragón describe tres prioridades clínicas que establece el médico especialista en función de la enfermedad, limitaciones, secuelas, etc.:

- Prioridad Alta
- Prioridad Preferente
- Prioridad Normal

En este nuevo entorno Covid-19, que ha provocado un importante incremento de las demoras, se hace imprescindible la priorización para garantizar una atención sanitaria de calidad, basada en criterios de equidad. Se contemplarán los siguientes aspectos, de acuerdo con las *“Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19*, publicadas por el Ministerio de Sanidad y consensuadas con la AEC, la SEDAR, la SEIMC, la SEMPSPH y la AEEQ:

1. Relacionados con la patología que motiva la indicación:
 - Se tendrá en cuenta el **impacto de la demora sobre la enfermedad**
 - Se **priorizarán los procesos neoplásicos**

- Se contemplarán los procesos y plazos incluidos en el Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón
- 2. Relacionados con el procedimiento
 - Se tendrán en cuenta los tiempos requeridos para la planificación quirúrgica rentabilizando al máximo el tiempo disponible
- 3. Relacionados con el estado del paciente
 - Se valorará la situación clínica y la comorbilidad del paciente a la hora de estimar los tiempos de intervención y la programación quirúrgica

- **Llamada al paciente**

El servicio de Admisión será el encargado de ponerse en contacto telefónico con el paciente. Las opciones son:

- Ofrecerle ser intervenido en el centro que originó la inclusión en LEQ
 - Si el paciente pospone la intervención con una causa justificada, (documentada si se le requiere) pasará a situación TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLE, con espera no estructural, que cesará una vez que remita el motivo justificado de no poder ser programado y volverá al tipo de espera (estructural o no estructural) que tenía antes de ser TNP.

Se entenderán como causas justificadas de aplazamiento:

- a) *Nacimiento de hijo o nieto, o adopción*
- b) *Matrimonio*
- c) *Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar*
- d) *Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal*
- e) *Fuerza mayor: el tiempo que tarde en desaparecer la causa que impide la comparecencia*

- Si el paciente rechaza ser intervenido sin causa justificada y prefiere ser intervenido más adelante, pasará a ESPERA POR RECHAZO (ER) y será espera NO estructural hasta que salga del Registro.
- Ofrecerle ser intervenido en otro centro (público o privado)
 - Si el paciente rechaza esta opción y voluntariamente decide esperar a ser intervenido en su centro de origen, pasará a situación de ESPERA POR

RECHAZO (no estructural), con lo cual será citado para intervención, en función de los huecos disponibles y las prioridades existentes

Los pacientes que hayan rechazado derivación a otro centro o hayan rechazado ser intervenidos en el centro de origen, se mantendrán en espera no estructural hasta que salgan del RDQ.

Los pacientes que rechacen **dos propuestas de intervención en el centro que originó la inclusión** en LEQ, sin causa justificada, serán dados de baja en el Registro. En el sistema de información del hospital, deberán quedar reflejados los dos rechazos (fecha, hora de llamada y anotaciones pertinentes). Si desean seguir en lista de espera para ser intervenidos, deberán acudir a la consulta del especialista, que valorará la pertinencia de una nueva inclusión en el RDQ.

4.4. Salida del paciente del Registro de Demanda Quirúrgica

Los motivos de salida de lista de espera serán:

- Intervención quirúrgica
 - En centro público
 - Centro concertado
 - Por otros medios
- Revisión de la indicación
- Decisión del paciente
- Paciente ilocalizable
- Paciente que rechace **dos propuestas** de intervención en el centro que originó la inclusión.
- Otros

4.5. Sistemas de información

Los sistemas de información se basarán en los requerimientos del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud y en el Decreto 83/2003 del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.

ANEXO I

Variables mínimas requeridas para la inclusión de pacientes en el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ)

- Nº de Expediente (Lo genera automáticamente la aplicación)
- Nº de Tarjeta Sanitaria
- Número de Historia Clínica
- Datos de identificación personal: Nombre y Apellidos, DNI, Sexo, Fecha de nacimiento
- Datos de contacto: Teléfonos de contacto, Domicilio, Población, Provincia, Código Postal
- CIAS: Identificación del centro y médico de atención primaria
- Fecha de Inscripción en el Registro: será única y coincidirá con la fecha de la indicación facultativa
- Diagnósticos y procedimientos previstos:
 - Literal y código internacional vigente
- Prioridad
- Tipo de cirugía prevista:
 - Con ingreso
 - Cirugía mayor ambulatoria
 - Cirugía ambulatoria
- Identificación del Centro: Nombre y Código
- Identificación del Servicio Responsable: Nombre y Código
- Identificación del Facultativo Responsable: Nombre y Código
- Situación de derivable o no

Situación del paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica:

- Sin cambios desde la inclusión
- En espera
- Derivado a otro centro
- Paciente rechazado en centro de derivación
- Patología intercurrente
- Programada fecha de intervención

- Rechazo a derivación
- Rechazo a intervención en el propio centro *
- Demora voluntaria

* Esta situación es nueva y los sistemas de información se adaptarán para que pueda ser registrada. El tipo de espera pasará a *ESPERA POR RECHAZO*

Modificaciones de la situación del paciente durante su permanencia en RDQ

- Fecha de programación quirúrgica
- Fecha de derivación
- Centro al que se deriva
- Rechazo a la derivación y fecha del rechazo
- Rechazo a intervención en el propio centro y fecha del rechazo

Modificaciones que afectan a la situación de garantía de plazo en la atención quirúrgica contenida en el Decreto 83/2003 del Gobierno de Aragón

- *Suspensión* del plazo de garantía. Podrá suspenderse el plazo máximo de garantía por las siguientes causas, que deberán estar acreditadas por el profesional que indica la suspensión o por el servicio de Admisión en su caso:
 - Variación clínica del proceso que originó la indicación de la intervención
 - Aparición de otro proceso concomitante
 - Otras causas justificadas, a criterio del responsable de Admisión
- Fecha de *Suspensión* del plazo de garantía.
- Fecha de *Reinicio* del plazo de garantía después de la suspensión: una vez desaparecida la causa que motivó la suspensión, se registrará la fecha en la que se reinicia el plazo de garantía, computándose el tiempo transcurrido desde la inscripción hasta la suspensión.
- *Pérdida de garantía*. Quedará sin efecto la garantía si el paciente, una vez requerido de forma fehaciente, y sin causa justificada, a criterio del responsable del Servicio de Admisión:
 - No se presenta a la citación
 - Se niega a presentarse
 - Voluntariamente demora la intervención
 - Rechaza la derivación ofertada

Se entenderá por requerimiento fehaciente el que se efectúe por vía telefónica (3 veces, en 3 días distintos, a ser posible consecutivos y en todos los teléfonos facilitados por el paciente), y en caso de ser imposible su localización por este medio, el que se realice mediante la remisión de una carta (por correo certificado con acuse de recibo y dándole al paciente un plazo de 15 días para que se ponga en contacto con el Servicio de Admisión).

En el supuesto de demora voluntaria de la intervención, o de rechazo a la derivación ofertada, los pacientes quedarán en la situación de pacientes programables en espera de procedimiento, sin garantía de plazo y en espera no estructural.

También quedarán en esta situación de *Pérdida de garantía* los pacientes que manifiesten su voluntad de ser intervenidos en su Centro de origen, rechazando por ello la oferta de ser atendidos en otro centro que se les haya ofrecido.

- Fecha de la Pérdida de garantía: En el momento en el que el Servicio de Admisión tenga constancia del cumplimiento de cualquiera de las circunstancias que dan lugar a la pérdida de garantía, procederá a registrarlo, quedando el paciente en la situación de paciente en espera sin garantía de plazo.
- Situación del paciente: En todo momento se actualizará la situación de la garantía del paciente, como consecuencia de las anteriores modificaciones:
 - Paciente con garantía
 - Cumplimiento de garantía (cuando ha sobrepasado la fecha garantizada)
 - Pérdida de garantía
 - Suspensión de garantía

Tipo de espera

El tipo de espera es un campo condicionado que se modificará de forma automática, en función de los cambios de situación antes descritos. Los tipos de espera que se describen en el Real Decreto 605/2003 son:

- Espera estructural: atribuible a la organización y recursos disponibles
- Espera por rechazo: atribuible a la libre elección del ciudadano
- Transitoriamente no programable: puede ser por motivos clínicos o motivos personales

En estas instrucciones se incluye la modalidad de Rechazo a propuesta de intervención en centro propio (cuando prefieren esperar a otra fecha que la propuesta). En este caso, la espera será por rechazo.

Salida del paciente del Registro

- Fecha de Salida del Registro: será única y coincidirá con aquella en la que se produzcan las causas que la determinan.
 - Motivo de Salida: Se registrará en los siguientes casos:
 - Intervención quirúrgica programada
 - Intervención urgente
 - Intervención por autoconcertación
 - Intervención facultativos propios jornada ordinaria otro centro
 - Intervención facultativos propios jornada extraordinaria otro centro
 - Intervención en hospital de apoyo
 - Intervención quirúrgica en centro concertado
 - Revisión médica de la indicación
 - Intervención por cauces ajenos al SALUD
 - Defunción
 - Duplicado
 - Ilocalizable
 - Renuncia Voluntaria
 - Otros motivos de salida definitiva

Si el motivo de salida del Registro es por intervención quirúrgica, se constatará el centro y la fecha en que ha sido realizada.

Si el motivo de salida del Registro es por revisión médica de la indicación, la baja será tramitada por el profesional que indicó la intervención, comunicándose al Servicio de Admisión.

[illegible]