Proyecto de Real Decreto por el que se regula el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud y se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información.

I

La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Su artículo 149.1.16.ª atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, mientras que la organización, la gestión y la ejecución de la asistencia sanitaria corresponden a las comunidades autónomas en virtud de sus respectivos Estatutos de Autonomía. Sobre este reparto competencial, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, configuró un Sistema Nacional de Salud descentralizado, lo que exige articular los mecanismos que garanticen los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio del Estado.

Para ello, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, estableció las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias con el objetivo común de garantizar la equidad y la calidad del Sistema Nacional de Salud y reconoció entre los derechos de la ciudadanía en el conjunto del sistema, el de recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo, en los términos de las garantías de tiempo que regula su artículo 25. Entre estas acciones, su capítulo V prevé el Sistema de Información Sanitaria, orientado a garantizar la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre dichas Administraciones, con objetivos y contenidos acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y su artículo 55 extiende expresamente este sistema a la elaboración de estadísticas para fines estatales en materia sanitaria, de conformidad con la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública.

En desarrollo de este marco legal, el 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, estableció por primera vez las definiciones, criterios de cómputo e indicadores para la medición de las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas, constituyendo en su momento un avance decisivo para el tratamiento homogéneo de esta información en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Transcurridas más de dos décadas desde su aprobación, la evolución de los modelos asistenciales, la experiencia acumulada en su aplicación, la evolución de los sistemas de información, la necesidad de garantizar la transparencia en la información y la propia evolución de la demanda sanitaria han puesto de manifiesto la necesidad de revisar en profundidad dicho marco normativo. Las demoras asistenciales se han consolidado como uno de los principales motivos de preocupación de la ciudadanía según revelan de forma persistente los sucesivos Barómetros Sanitarios, siendo un indicador clave de la capacidad de respuesta del sistema sanitario público. A ello se añade que problemas de salud especialmente frecuentes, graves o de particular relevancia social y sanitaria, como los procesos oncológicos, la salud mental o la propia atención pediátrica, carecen en la actualidad de un seguimiento específico dentro del sistema, lo que dificulta valorar el impacto real de las demoras sobre el pronóstico y el bienestar de los pacientes.

En el ámbito de la atención primaria, en particular, el incremento sostenido de las demoras para el acceso a la consulta, unido a la ausencia de una regulación equivalente a la existente para la atención hospitalaria, aconseja extender por primera vez a este nivel asistencial el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera.

A tal efecto, el 30 de abril de 2024 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó la creación de un grupo de trabajo para abordar de manera integral la situación de las listas de espera, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, cuyos trabajos constituyen el fundamento técnico de este real decreto.

II

Conforme a este mandato legal, el sistema de información de listas de espera regulado en el presente real decreto se constituye e integra de forma sustantiva como un componente fundamental del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, asegurando la cohesión, la transparencia y la comparabilidad de los datos en todo el territorio nacional.

Este real decreto tiene por finalidad en consecuencia, actualizar y sustituir el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, regulando de forma unificada el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, sin que las limitaciones técnicas o funcionales actuales de los sistemas de información autonómicos puedan operar como factor limitante de estos objetivos.

El real decreto se estructura en once artículos, cuatro disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria, cuatro disposiciones finales y cinco anexos.

El artículo 1 establece como objeto la implantación del propio sistema, los criterios de indicación y prioridad clínica, las garantías de información a la ciudadanía y los criterios de publicación, transparencia y calidad del dato; el artículo 2 delimita el ámbito de aplicación, que se extiende, junto a las consultas externas, las pruebas diagnósticas y terapéuticas y las intervenciones quirúrgicas, por primera vez a las consultas de atención primaria. El artículo 3 regula la estructura del sistema, articulada a partir de los registros de pacientes en lista de espera en las comunidades autónomas y de los indicadores básicos, mínimos y comunes para todo el Sistema Nacional de Salud que permiten homogeneizar su evaluación y mejorar su gestión. El artículo 4, por su parte, fija los criterios de indicación y prioridad clínica, recogidos en el anexo IV.

Sobre esa base se asientan las garantías operativas del registro: el artículo 5 exige que la inclusión de los pacientes no se demore más de cinco días naturales desde la fecha de indicación médica o quirúrgica, con independencia de la disponibilidad de agenda, sin que puedan existir listas, bolsas o registros paralelos, y que toda salida del registro quede documentada y motivada; el artículo 6 regula la remisión de la información por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad mediante microdatos que, una vez cruzados con la base de datos de población protegida y seudonimizados, posibilitan valorar la influencia de determinantes sociales de la salud; y el artículo 7 introduce, sin precedente en la regulación anterior, reglas de validación e indicadores de calidad del dato orientados a garantizar su fiabilidad, comparabilidad y auditabilidad.

La transparencia hacia la ciudadanía se articula en dos planos. De un lado, el artículo 8 regula la publicación de los indicadores en dos modalidades: una dirigida al público general, con herramientas de visualización gráfica y aplicaciones interactivas, y otra en formato de datos abiertos y anonimizados; ambas desagregables por sexo, grupo etario, determinantes sociales, nivel de prioridad clínica, estado de la garantía de tiempo máximo de acceso y demás variables de interés. De otro, los artículos 9 y 10 reconocen el derecho de cada paciente a acceder a

información personalizada sobre el tiempo de espera de su proceso y sobre los indicadores de demora de su centro sanitario, a consultar en línea su situación en el registro, a solicitar a través de los medios disponibles por el servicio de salud la modificación o cancelación de su cita, y a permanecer inscrito en el registro de pacientes en lista de espera desde la fecha de indicación hasta la realización efectiva de la prestación, incluso cuando esta se derive a un centro concertado, así como a acceder a dicho registro cuando sea derivado a un centro sanitario de otra comunidad autónoma. Cierra el articulado el artículo 11, que encomienda a la Comisión de Salud Digital la elaboración de la Guía Técnica del sistema, con las instrucciones y los criterios técnicos y metodológicos necesarios para un tratamiento homogéneo en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Estas obligaciones que el artículo 9 impone a los servicios de salud autonómicos desarrollan el derecho a la información sobre los servicios sanitarios y los requisitos para su uso que reconoce el artículo 10.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y el derecho de los ciudadanos a disponer del sistema de información sanitaria que reconoce el artículo 53.5 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Su carácter básico deriva del artículo 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, que liga la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias, en aplicación del artículo 9.2 de la Constitución Española, a la competencia estatal para regular las condiciones básicas que la garanticen, dado que sin estas condiciones mínimas y comunes de acceso a la información, la igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio de ese derecho, con independencia de la comunidad autónoma de residencia, quedaría desprovista de contenido efectivo. Estas previsiones no alcanzan, en cambio, a la concreta organización interna de dichos canales, que sigue correspondiendo a las comunidades autónomas.

Las garantías de permanencia y trazabilidad que reconoce el artículo 10 preservan, a su vez, la integridad del cómputo de los tiempos de espera, del que depende la garantía de recibir asistencia sanitaria en un tiempo máximo que los artículos 4.b) y 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, reconocen a los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Sin la continuidad del registro desde la indicación clínica hasta la atención efectiva de la prestación demandada, incluidas las derivaciones a centros concertados y los supuestos de rechazo de derivación, dicha garantía podría quedar desvirtuada por la pérdida indebida de antigüedad en la lista de espera o por la ausencia de trazabilidad, con resultados distintos según el territorio. Su carácter básico deriva, por ello, de la misma necesidad de condiciones comunes que fundamenta el artículo 9.

Las disposiciones adicionales completan este diseño: prevén la implantación gradual de un identificador de episodio clínico que permita trazar el recorrido asistencial del paciente entre la derivación, las consultas, las pruebas diagnósticas y terapéuticas y la eventual intervención quirúrgica; la inclusión del Sistema de Información de Listas de Espera como operación estadística para fines estatales, mediante su alta en el Inventario de Operaciones Estadísticas y su posterior incorporación al Plan Estadístico Nacional, y, en la disposición adicional cuarta, el régimen de protección de datos de carácter personal aplicable al conjunto del sistema. Por su parte, la disposición transitoria única concede a las comunidades autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria un plazo de veinticuatro meses para la adaptación de sus sistemas, garantizando la continuidad en la remisión de información mediante la aplicación provisional acotada del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo. Por último, la norma se completa con la derogación del citado Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo; la necesaria adaptación de las referencias contenidas en 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 asegurar la plena coherencia del ordenamiento sanitario; y la delimitación de su entrada en vigor, coordinada con la eficacia diferida del bloque sustantivo y garantista.

Los anexos, por su parte, desarrollan los aspectos técnicos del sistema. Los anexos I y II regulan las definiciones, los criterios de cómputo, los indicadores y el conjunto mínimo de datos de las consultas externas, las pruebas

diagnósticas y terapéuticas y las intervenciones quirúrgicas, así como la relación de especialidades y procedimientos incluidos, que se amplía sustancialmente hasta las treinta y tres especialidades de consultas externas, las quince pruebas diagnósticas/terapéuticas y los veintiocho procedimientos quirúrgicos clave. En las consultas externas se prevé, además, indicadores para medir el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, cuyo cálculo preciso queda vinculado a la disponibilidad del identificador de episodio clínico previsto en las disposiciones adicionales. El anexo III extiende ese mismo tratamiento a la atención primaria, donde, junto a los tiempos de espera, se incorpora la medición de la continuidad asistencial mediante indicadores de longitudinalidad que valoran el vínculo entre cada paciente y su profesional de referencia asignado, tanto en las consultas a demanda como en las programadas. Cierran el conjunto el anexo IV, con las prioridades de indicación clínica para las consultas externas, las pruebas y las intervenciones quirúrgicas, y el anexo V, con los indicadores de calidad del dato.

III

El tratamiento de los datos de carácter personal necesarios para el funcionamiento del Sistema de Información de Listas de Espera se sujeta en todo caso a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (en adelante, Reglamento general de protección de datos) y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, utilizándose la información exclusivamente con fines estadísticos, de planificación y de evaluación del sistema sanitario.

El propio capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, ofrece ya las claves de este tratamiento. Su artículo 53 encomienda al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la definición y normalización de datos y flujos, la selección de indicadores y la determinación de los requerimientos técnicos para la integración de la información; dispone que las comunidades autónomas aporten al sistema los datos necesarios para su mantenimiento y desarrollo; y prevé su disposición a las Administraciones, los profesionales y la ciudadanía en los términos de acceso y difusión acordados en dicho Consejo Interterritorial, que da sustento a la publicación de indicadores y a los derechos reconocidos en los artículos 9 y 10 de este real decreto. A ello se suma la tarjeta sanitaria individual, que incorpora de manera normalizada los datos básicos de identificación del titular y de la entidad responsable de la asistencia sanitaria, y cuya base de datos constituye la referencia de población protegida sobre la que se calculan los indicadores de este real decreto. El apartado 7 de su artículo 53, por su parte, sujeta expresamente la cesión de los datos personales necesarios para el sistema de información sanitaria a la legislación de protección de datos y a las condiciones que se acuerden en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, fórmula de gobernanza en la que se apoyan el encargo de tratamiento como la determinación de la base de datos objeto de cruce regulado en la disposición adicional cuarta de este real decreto. El artículo 54 de la misma ley, por último, encomienda al Ministerio de Sanidad poner a disposición del Sistema Nacional de Salud una red segura de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información exclusivamente sanitaria entre sus integrantes, cuya transmisión se fundamenta en los requerimientos de certificación electrónica, firma electrónica y cifrado de acuerdo con la legislación vigente. Es esa red la que se empleará para remitir los microdatos a que se refiere el artículo 6 de este real decreto.

Sobre esa base, y con el fin de valorar la existencia de desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria, resulta necesario que los indicadores del Sistema de Información de Listas de Espera puedan desagregarse en las variables necesarias a partir de los microdatos obtenidos. Estas variables no figuran, con carácter general, en los registros

asistenciales de listas de espera de las comunidades autónomas, por lo que su obtención exige cruzar los microdatos remitidos con la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud.

Dado que ninguna comunidad autónoma dispone, en su ámbito territorial, de la totalidad de la información necesaria para realizar este cruce a escala estatal, y que la comparación entre territorios exige aplicar un procedimiento único de identificación de las personas, se atribuye al Ministerio de Sanidad, en su condición de encargado del tratamiento por cuenta de las comunidades autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, la función de cruzar los microdatos remitidos con la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud con carácter previo a cualquier otro tratamiento y de proceder posteriormente a su seudonimización. A partir de ese momento, el Ministerio de Sanidad actuará como responsable del tratamiento para generar, explotar, publicar y evaluar los indicadores agregados exclusivamente sobre datos seudonimizados, en el ejercicio de la función que en materia de sistema de información sanitaria y de estadísticas para fines estatales le atribuyen los artículos 53 y 55 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Este diseño, acorde con el principio de minimización y de protección de datos desde el diseño y por defecto, permite obtener información sobre equidad en el acceso a la asistencia sanitaria sin que en ningún momento se elaboren perfiles individuales ni se adopten decisiones sobre pacientes concretos a partir de dicho cruce.

Estas garantías se desarrollan en la disposición adicional cuarta de este real decreto, que delimita los responsables y encargados del tratamiento; precisa la base jurídica del tratamiento, exige la separación técnica y funcional entre la unidad que actúa como encargada del cruce y la seudonimización y la unidad que actúa como responsable del cálculo y de la explotación de los indicadores; prohíbe la reidentificación de los microdatos, impone la realización de una evaluación de impacto previa al inicio del cruce, fija reglas de agregación mínima para impedir la identificación indirecta de las personas en los resultados publicados, y determina los plazos de conservación. De este modo, el cruce con la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud no constituye un tratamiento ajeno al sistema de información sanitaria sino la puesta en relación de dos de sus componentes al servicio del análisis de la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria. De esta forma, en el tratamiento de datos de carácter personales el Ministerio de Sanidad tendrá la consideración de «Encargado del Tratamiento», correspondiendo a las Comunidades Autónomas la consideración de «Responsable del Tratamiento», en aplicación del Reglamento general de protección de datos, a los efectos de depurar y seudonimizar los datos facilitados por las Comunidades Autónomas. Asimismo, el precepto detalla determinadas obligaciones que corresponden al Ministerio de Sanidad en la condición de Encargado del Tratamiento. Esta atribución como encargado del tratamiento es acorde con artículo 33.5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre que establece que en el ámbito del sector público podrán atribuirse las competencias propias de un encargado del tratamiento a un determinado órgano de la Administración General del Estado, la Administración de las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, las Entidades que integran la Administración Local o a los Organismos vinculados o dependientes de las mismas mediante la adopción de una norma reguladora de dichas competencias, que deberá incorporar el contenido exigido por el artículo 28.3 del Reglamento general de protección de datos.

IV

En la elaboración de este real decreto han sido consultadas y han emitido informe las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, ha informado el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ha emitido informe la Agencia Española de Protección de Datos y se han cumplimentado los trámites de audiencia e información pública previstos en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Este real decreto se ajusta a los principios de buena regulación previstos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Responde a los principios de necesidad y eficacia, al hallarse justificado por la razón de interés general expuesta en los apartados anteriores, homogeneizar la información sobre listas de espera y extenderla por primera vez a la atención primaria, sustentándolo en los informes elaborados por el grupo de trabajo constituido por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 30 de abril de 2024, y ser el instrumento más adecuado para alcanzar dicho fin, dado su carácter de norma con rango de real decreto, coherente con el precedente del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo. Resulta proporcionado, al limitarse a establecer las definiciones, los criterios de cómputo, los indicadores y las garantías comunes imprescindibles para asegurar la comparabilidad de la información en todo el Sistema Nacional de Salud, sin imponer a las comunidades autónomas obligaciones que excedan de lo necesario para ese fin ni afectar a sus competencias de organización y gestión. Es conforme con el principio de seguridad jurídica, al dictarse en coherencia con el marco establecido en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, articularse como actualización y sustitución expresa del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y mantener la coherencia con el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, y el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual. Cumple el principio de transparencia, al haber estado precedida su elaboración de un proceso de trabajo técnico con participación de las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y al haberse sometido a los trámites de consulta pública previa, audiencia e información pública referidos anteriormente y al reforzar las obligaciones de publicación de indicadores previstas en el artículo 8. Y responde, por último, al principio de eficiencia, al evitar la creación de cargas o estructuras administrativas innecesarias, articulándose sobre los registros de pacientes en lista de espera ya existentes en las comunidades autónomas y la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, y al prohibir expresamente, en su artículo 5, la existencia de listas, bolsas o registros paralelos. La aplicación de este real decreto exigirá que las comunidades autónomas adapten sus sistemas de información, para lo que se establece el plazo previsto en la disposición transitoria única; su repercusión presupuestaria se cuantifica en la memoria del análisis de impacto normativo que acompaña a este real decreto.

Este real decreto se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española, y en desarrollo del capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día [xxxxxx],

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto.

1. Este real decreto tiene por objeto:

a) Establecer los criterios, indicadores y requisitos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas de atención hospitalaria y de consultas de atención primaria, a fin de alcanzar un tratamiento homogéneo de esta información en el Sistema Nacional de Salud, que permita el análisis y la evaluación de sus resultados, necesidades y funcionamiento, garantizando la transparencia y la uniformidad de la información facilitada a la ciudadanía.

b) Introducir elementos de transparencia, trazabilidad y seguridad jurídica en la gestión de las listas de espera, garantizando el seguimiento de cada uno de los pasos del proceso asistencial a través de un identificador de episodio y de la firma digital de los asientos, que conformarán un registro de carácter oficial, accesible para los interesados y que constituya la fuente de información para las estadísticas oficiales.

c) Asegurar la trazabilidad del proceso clínico completo a través de una huella digital o mecanismo de identificación y registro digital, desde la fecha de indicación clínica hasta la resolución diagnóstica y, en su caso, la instauración del tratamiento, incluyendo la publicación de los tiempos de espera agregados de un mismo proceso clínico.

d) Regular el procedimiento para la inclusión de los pacientes en lista de espera, el procedimiento para la salida transitoria y definitiva de la lista de espera y el procedimiento para la priorización en las listas de espera.

e) Garantizar el ejercicio del derecho de los usuarios y pacientes a recibir información precisa y personalizada sobre el funcionamiento general de la lista de espera y sobre los procesos particulares de cada usuario, así como de los centros sanitarios y servicios de la red sanitaria única de utilización pública.

2. A los anteriores efectos, el presente real decreto establece:

a) La implantación del Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, como componente del Sistema de Información Sanitaria previsto en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

b) La definición de los criterios de indicación y prioridad clínica de los pacientes en lista de espera.

c) Las garantías de información que deben facilitarse a la ciudadanía en materia de listas de espera y demora asistencial.

d) Los criterios de publicación, transparencia y calidad del dato aplicables a los indicadores del sistema.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1. Este real decreto es de aplicación a los centros y servicios sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud, así como a los centros y servicios concertados o vinculados cuando presten asistencia sanitaria por cuenta de aquel, en todo el territorio del Estado.

2. Quedan comprendidas en el ámbito de este real decreto:

a) Las consultas externas de atención hospitalaria, en los términos definidos en el anexo I.

b) Las pruebas diagnósticas y terapéuticas de atención hospitalaria, en los términos definidos en el anexo I.

c) Las intervenciones quirúrgicas programadas, en los términos definidos en el anexo II.

d) Las consultas de atención primaria a demanda, de medicina, pediatría y enfermería, en los términos definidos en el anexo III.

3. Quedan excluidas del ámbito de aplicación de este real decreto:

a) Las consultas externas, las pruebas diagnósticas y terapéuticas, las intervenciones quirúrgicas y las consultas de atención primaria de carácter urgente.

b) Las consultas externas, las pruebas diagnósticas y terapéuticas y las intervenciones quirúrgicas que se soliciten y realicen durante un episodio de hospitalización.

c) Las intervenciones quirúrgicas de trasplante de órganos, cuya realización depende de la disponibilidad de órganos, así como las producidas en situaciones de catástrofe.

Artículo 3. Estructura del Sistema de Información de Listas de Espera.

1. El Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud se estructura a partir de los registros de pacientes en lista de espera y de los indicadores básicos y comunes que permitan la homogeneidad en la evaluación global de las listas de espera y la mejora de su gestión.

2. A los efectos de lograr una definición homogénea de los principales elementos que inciden en la existencia y configuración de las listas de espera, en los anexos I, II y III se establecen:

a) Las definiciones y los criterios de cómputo que determinan la entrada, permanencia y salida de un paciente en el registro correspondiente.

b) Los indicadores básicos, mínimos y comunes del sistema de información.

c) El conjunto mínimo de datos preciso para el cálculo de los indicadores.

d) La relación de especialidades, pruebas diagnósticas y terapéuticas y procedimientos quirúrgicos incluidos en el ámbito de la atención hospitalaria en el sistema de información.

3. Las comunidades autónomas dispondrán de sistemas de información sobre las listas de espera en su ámbito territorial, ajustados a lo establecido en este real decreto y en sus anexos.

4. El Ministerio de Sanidad mantendrá un sistema de información sobre listas de espera del Sistema Nacional de Salud, alimentado con los datos que, con la periodicidad establecida en el artículo 6, remitan las comunidades autónomas.

Artículo 4. Criterios de indicación y prioridad clínica.

1. Los criterios de indicación y prioridad clínica para la inclusión y gestión de los pacientes en lista de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas, intervenciones quirúrgicas y consultas de atención primaria son los establecidos en el anexo IV.

2. El Ministerio de Sanidad promoverá, con la colaboración de las sociedades científicas, la elaboración y actualización periódica de guías o vías clínicas para los procesos quirúrgicos más frecuentes, los que tienen un mayor impacto en la salud y los de mayor gravedad. Las recomendaciones sobre criterios de indicación y prioridad del tratamiento que contengan dichas guías actuarán como marco de referencia para el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 5. Registro de pacientes en lista de espera.

1. Los servicios de salud de las comunidades autónomas garantizarán la existencia de un registro de pacientes en lista de espera de consultas externas, de pruebas diagnósticas y terapéuticas, de intervenciones quirúrgicas programadas y de consultas de atención primaria a demanda, en los términos definidos en los anexos I, II y III.

2. En el ámbito de la atención hospitalaria, la inclusión en el registro correspondiente será automática desde la indicación del facultativo y el trámite formal no podrá demorarse más de cinco días naturales desde la fecha de indicación médica o quirúrgica, con independencia de la disponibilidad de agenda, sin que puedan existir listas, bolsas o registros paralelos de pacientes no incorporados al registro oficial.

3. En el ámbito de la atención primaria, la fecha de inclusión en el registro será la fecha de la solicitud de la cita por parte del paciente, con independencia de la disponibilidad de agenda, sin que puedan existir listas, bolsas o registros paralelos de pacientes no incorporados al registro oficial.

4. Toda salida del registro quedará documentada, haciendo constar el motivo específico de la baja, de conformidad con los estados y motivos de salida definidos en los anexos I, II y III.

5. Tanto la fecha de indicación como de inclusión en el registro quedarán asociadas a una huella digital que permita acreditar su fecha e integridad.

Artículo 6. Remisión y tratamiento de la información por el Ministerio de Sanidad.

1. Las comunidades autónomas remitirán al Ministerio de Sanidad los microdatos del conjunto mínimo de datos de lista de espera correspondientes a cada uno de los meses del trimestre, en los treinta días naturales siguientes a la finalización de este.

2. La estructura de los microdatos y los canales y flujos de la información se establecerán en la Guía Técnica del Sistema de Información de Listas de Espera, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11, garantizando la seguridad e integridad de los datos transmitidos a través de la red de comunicaciones del Sistema Nacional de Salud prevista en el artículo 54 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

3. Con carácter previo a cualquier otro tratamiento, el Ministerio de Sanidad, en su condición de encargado del tratamiento de datos personales de conformidad con lo establecido en la disposición adicional cuarta, cruzará los microdatos recibidos con la información de la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 57.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, con la finalidad de garantizar la unicidad de los registros y de posibilitar la desagregación de los indicadores por determinantes sociales de la salud.

4. Una vez realizado dicho cruce, el Ministerio de Sanidad procederá a la seudonimización de los microdatos, en los términos y con las garantías establecidas en la disposición adicional cuarta.

Artículo 7. Calidad y validación de los datos.

1. Las reglas de validación y los indicadores de calidad del dato aplicables para el mantenimiento y suministro de la información son los establecidos en el anexo V.

2. El Ministerio de Sanidad publicará los indicadores de calidad del dato establecidos en el anexo V y podrá publicar métricas e indicadores agregados de calidad, completitud, consistencia y trazabilidad del sistema, de conformidad con la normativa vigente en materia de transparencia, reutilización de la información del sector público y protección de datos personales.

Artículo 8. Publicación de indicadores.

1. Los indicadores establecidos en este real decreto serán publicados por el Ministerio de Sanidad con carácter trimestral, referidos a cada uno de los meses del año, en el plazo máximo de sesenta días naturales a contar desde el último día del trimestre correspondiente.

2. La publicación se realizará a través de dos modalidades:

a) Una publicación dirigida a la ciudadanía, mediante soportes digitales de acceso público, que incluirá los indicadores, presentados de forma comprensible y homogénea, con herramientas de visualización gráfica y aplicaciones interactivas.

b) Una publicación en formato de datos abiertos y anonimizados, mediante su puesta a disposición en portales públicos de datos, de conformidad con la normativa vigente en materia de transparencia, acceso a la información pública, reutilización de la información del sector público y protección de datos personales.

3. La información publicada en ambas modalidades será coherente, íntegra, actualizada y estará sujeta a los mismos criterios de validación y calidad del dato.

4. Todos los indicadores se desagregarán por sexo, grupo de edad y prioridad clínica, así como por los grupos establecidos en los anexos. Asimismo, se desglosarán por el estado de la garantía para aquellos procesos que dispongan de un tiempo máximo de acceso garantizado en el Sistema Nacional de Salud, conforme a lo dispuesto en 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.

5. Sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas en materia de información a la ciudadanía dentro de su ámbito territorial, los servicios de salud autonómicos harán pública la información relativa a las listas de espera en consonancia con sus estructuras organizativas, ajustándose en todo caso a las definiciones, criterios y métricas establecidos en este real decreto.

Artículo 9. Garantía de información y accesibilidad.

1. Corresponde a las comunidades autónomas garantizar a la ciudadanía, en el ámbito de sus respectivos servicios de salud, el ejercicio de los siguientes derechos de información y accesibilidad:

a) Acceder a la información personalizada y actualizada relativa a:

1º. El motivo de inclusión en la lista de espera y el tipo de prioridad clínica asignada.

2º. El tiempo de espera desde la fecha de indicación médica.

3º. La fecha y estado de la cita asignada, así como la fecha límite del tiempo máximo de respuesta garantizado según el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, o la norma autonómica de garantías.

4º. La estimación de la demora prevista para su proceso asistencial y los indicadores oficiales de espera del centro sanitario asignado.

5º. El procedimiento para obtener la información actualizada y precisa sobre su situación personal en la lista de espera.

b) Consultar en línea su situación actualizada en el registro de pacientes en lista de espera, con especificación de si se encuentra en situación de espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera por libre elección de médico o en situación de paciente transitoriamente no programable. Cualquier modificación o cambio entre estas situaciones deberá quedar debidamente documentada en el sistema de información del centro sanitario y ser comunicado al paciente por un medio que permita tener constancia de su recepción o acceso.

c) Solicitar la modificación de la fecha de cita asignada o su cancelación, en el ámbito de las consultas de atención primaria a demanda, las consultas externas y las pruebas diagnósticas y terapéuticas. A tal efecto, los servicios de salud habilitarán canales de comunicación ágiles, accesibles y seguros que permitan aportar información adicional, notificar incidencias o comunicar la imposibilidad de asistencia, garantizando en todo caso alternativas accesibles para superar la brecha digital.

d) Cuando el paciente sea derivado a un centro sanitario de otra comunidad autónoma, la comunidad autónoma de destino habilitará un procedimiento para que dicho paciente tenga acceso a su sistema de información de lista de espera, sin perjuicio de que la comunidad autónoma de origen mantenga su inscripción en el registro en tanto no se produzca la baja conforme a lo dispuesto en este artículo.

Artículo 10. Garantías de permanencia, transparencia y trazabilidad en el registro de pacientes en lista de espera.

1. Los pacientes permanecerán en situación de alta en el registro de lista de espera desde la fecha de indicación médica en atención hospitalaria o desde la solicitud de la cita de consulta a demanda en atención primaria hasta la realización efectiva de la prestación, con independencia de que esta se lleve a cabo en centros públicos propios o concertados del servicio de salud. En los supuestos de derivación a centros concertados, los pacientes no causarán baja en el registro hasta que el centro de destino confirme la realización efectiva de la prestación. Cuando existan razones clínicas que desaconsejen la derivación a un centro alternativo, el facultativo que realiza la indicación lo motivará y registrará en la historia clínica electrónica.

2. Los pacientes que rechacen la derivación a un centro alternativo, público o concertado, distinto de su centro de referencia, permanecerán inscritos en el registro bajo la situación de espera tras rechazo de la derivación, preservando su antigüedad original desde la fecha de indicación médica, sin perjuicio de la pérdida de la garantía del tiempo máximo de acceso que pudiera corresponderles.

3. Los servicios de salud garantizarán la trazabilidad completa del paciente en el registro desde la fecha de indicación médica o solicitud de cita a demanda hasta la resolución definitiva del proceso, incluidos los supuestos de derivación a centros concertados.

4. Los servicios de salud registrarán la trazabilidad completa de cualquier proceso clínico desde su inicio, a través del identificador único o mecanismo que permita la agregación de los episodios clínicos, integrando cuantas consultas, pruebas diagnósticas o terapéuticas y cirugías hayan podido formar parte del mismo proceso.

Artículo 11. Guía Técnica del Sistema de Información de Listas de Espera.

La Comisión de Salud Digital del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaborará y mantendrá actualizada la Guía Técnica del Sistema de Información de Listas de Espera. Esta guía establecerá las especificaciones técnicas y metodológicas necesarias para la ejecución y aplicación uniforme de lo dispuesto en este real decreto, con objeto de garantizar una medición homogénea y comparable en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional primera. Listas de espera en el ámbito territorial de Ceuta y Melilla.

Las referencias que este real decreto efectúa a las comunidades autónomas se entenderán hechas en el ámbito territorial de las ciudades de Ceuta y Melilla al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Disposición adicional segunda. Identificador de episodio clínico.

1. La Comisión de Salud Digital impulsará la implantación en todo el Sistema Nacional de Salud de un identificador de episodio clínico u otro mecanismo que permita trazar de forma unívoca e integrada el recorrido asistencial del paciente entre la derivación, las diferentes consultas, las pruebas diagnósticas y terapéuticas, la eventual intervención quirúrgica y el alta, incorporándolo al Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

2. Los indicadores CE-11 (tiempo de espera hasta el diagnóstico en consulta externa) y CE-12 (distribución de los pacientes por tramos de tiempo de espera hasta el diagnóstico en consulta externa), recogidos en el anexo I, serán exigibles a partir de la constatación de la disponibilidad efectiva del citado identificador por la Comisión de Salud Digital y previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional tercera. Inclusión de la información sobre listas de espera en el Plan Estadístico Nacional.

En el plazo máximo de doce meses desde la aplicación plena del Sistema de Información de Listas de Espera, conforme al apartado 4 de la disposición transitoria única, el Ministerio de Sanidad tramitará el alta del Sistema de Información de Listas de Espera en el Inventario de Operaciones Estadísticas, así como la propuesta oportuna para incluir dicho sistema como operación estadística para fines estatales en el Plan Estadístico Nacional, ya sea a través de sus programas anuales o de la aprobación del siguiente Plan Estadístico Nacional, de conformidad con la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública. Esta inclusión determina que la comunicación de los microdatos entre las Administraciones intervinientes se entienda amparada en el artículo 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, de conformidad con el artículo 25.2 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de

diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sin que los datos comunicados puedan destinarse a fin distinto del de la elaboración de la estadística para fines estatales así incluida, en los términos del artículo 15.1 de la Ley 12/1989, de 9 de mayo.

Disposición adicional cuarta. Protección de datos de carácter personal.

1. Los tratamientos de datos de carácter personal necesarios para el funcionamiento del Sistema de Información de Listas de Espera se sujetarán al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (en adelante, Reglamento general de protección de datos), a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a lo dispuesto en los apartados siguientes.

2. Responsables y encargado del tratamiento:

a) Las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria tendrán la consideración de responsables del tratamiento respecto de los microdatos que integren en sus registros y remitan al Sistema de Información de Listas de Espera en el ejercicio de sus competencias de gestión de la asistencia sanitaria.

b) El Ministerio de Sanidad actuará como encargado del tratamiento, conforme al artículo 33.5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, por cuenta y bajo instrucciones de las administraciones citadas en la letra a), exclusivamente a los efectos de la recepción de los microdatos, su cruce con la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud para garantizar la unicidad de los registros y posibilitar la desagregación de los indicadores por determinantes sociales de la salud, y su posterior seudonimización conforme al apartado 4.a).

c) Como encargado del tratamiento y conforme dispone el artículo 28.3 del Reglamento general de protección de datos, el Ministerio de Sanidad:

1º. Tratará los datos personales según las instrucciones comunes acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, asegurando la unicidad de los datos de las personas en lista de espera.

2º. Garantizará que las personas autorizadas a tratar los datos personales tienen contraído compromiso de confidencialidad, guarden secreto profesional sobre los mismos y no los comuniquen a terceros, salvo en aquellos casos en que deba hacerse en estricto cumplimiento de la ley.

3º. Asistirá al órgano, organismo o entidad, a través de medidas técnicas y organizativas apropiadas y siempre que sea posible, para que pueda cumplir con su obligación de responder a las solicitudes que tengan por objeto el ejercicio de los derechos de los interesados establecidos en el capítulo III del Reglamento general de protección de datos.

4º. Pondrá a disposición de las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria toda la información necesaria para demostrar el cumplimiento de las obligaciones

establecidas en el Reglamento general de protección de datos, así como para permitir y contribuir a la realización de auditorías, incluidas inspecciones, por parte del órgano u organismo o de otro auditor autorizado por aquél.

5º. Se autoriza al Ministerio de Sanidad, como encargado del tratamiento, a recurrir a otros encargados de tratamiento para llevar a cabo determinadas actividades de tratamiento por cuenta del responsable. A este otro encargado se le impondrán mediante contrato u otro acto jurídico establecido con arreglo al Derecho de la Unión Europea o del derecho nacional las mismas obligaciones de protección de datos entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas responsables del tratamiento.

d) Una vez seudonimizados los microdatos conforme a la letra b), el Ministerio de Sanidad asumirá la condición de responsable del tratamiento respecto de la generación, explotación, publicación y evaluación de los indicadores agregados resultantes. En esta fase, el Ministerio de Sanidad tratará datos seudonimizados durante las operaciones de cálculo, y únicamente datos anonimizados en los indicadores resultantes.

3. El tratamiento de los microdatos, incluidos los datos relativos a la salud, se fundamenta en el cumplimiento de una obligación legal y en el ejercicio de poderes públicos, conforme al artículo 6.1.c) y e), y al artículo 9.2.g) e i), del Reglamento general de protección de datos, en relación con los artículos 4, 25 y 53 a 56 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Desde la inclusión del Sistema de Información de Listas de Espera en el Plan Estadístico Nacional, conforme a la disposición adicional tercera, la actuación del Ministerio de Sanidad como responsable del tratamiento conforme al apartado 2.d) se fundamenta, adicionalmente, en el artículo 9.2.j), en relación con su artículo 89.1, del Reglamento general de protección de datos, y en el artículo 25 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, al ejercer en dicha fase la función estadística que le atribuye el artículo 55 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, así como en el artículo 15 de la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública.

4. Cruce de información y seudonimización:

a) Con carácter previo a cualquier otro tratamiento, el Ministerio de Sanidad, en su condición de encargado del tratamiento conforme al apartado 2.b), cruzará los microdatos remitidos por las comunidades autónomas con la información de la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, con la exclusiva finalidad de garantizar la unicidad de los registros correspondientes a una misma persona atendida en distintos servicios de salud e incorporar las variables estrictamente necesarias para la desagregación de los indicadores por determinantes sociales de la salud, conforme a la letra b). Una vez realizado este cruce, procederá a la seudonimización de los microdatos mediante la aplicación de un algoritmo común que garantice la interoperabilidad de la información.

b) El cruce a que se refiere la letra a) se limitará a las variables estrictamente necesarias para la desagregación de los indicadores por nivel de renta o privación socioeconómica, país de nacimiento y ámbito residencial rural o urbano, así como, cuando el dato no conste en los microdatos remitidos, para completar el grupo etario, sin que en ningún caso el resultado de dicho cruce pueda ser objeto

de comunicación, consulta o explotación a nivel individual, ni fundamentar decisión alguna, individual o automatizada, respecto de un paciente concreto.

c) El identificador remitido por las comunidades autónomas a los exclusivos efectos del cruce y de la seudonimización previstos en este apartado será el Código de Identificación Personal del Sistema Nacional de Salud o el identificador autonómico equivalente.

5. El Ministerio de Sanidad garantizará una separación técnica y funcional entre la unidad que actúa como encargada del tratamiento y realiza la recepción, el cruce con la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, la seudonimización y la custodia de la clave o algoritmo de seudonimización conforme al apartado 2.b), y la unidad que actúa como responsable del tratamiento y realiza el cálculo y la explotación de los indicadores agregados conforme al apartado 2.d), de modo que esta última no tenga acceso en ningún caso a los microdatos identificados ni a dicha clave o algoritmo. Se mantendrá un registro de trazabilidad de los accesos a los microdatos y se exigirá a las personas autorizadas un compromiso expreso de confidencialidad y secreto profesional.

6. Dado que el tratamiento regulado en esta disposición adicional tiene una finalidad exclusivamente estadística, de planificación y de evaluación del sistema sanitario, y se limita en todo caso a resultados agregados, queda prohibida la reidentificación de los microdatos seudonimizados.

7. Las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria realizarán, respecto de los tratamientos de los que sean responsables conforme al apartado 2.a), la evaluación de impacto relativa a la protección de datos que resulte procedente conforme al artículo 35 del Reglamento general de protección de datos, para lo que podrán recabar la asistencia técnica del Ministerio de Sanidad en su condición de encargado del tratamiento. Con carácter previo al inicio del tratamiento previsto en el apartado 2.d), la unidad del Ministerio de Sanidad que actúe como responsable, en coordinación con las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, realizará su propia evaluación de impacto relativa a las operaciones de cálculo y explotación de los indicadores allí previstas.

8. Los indicadores desagregados por determinantes sociales de la salud se publicarán exclusivamente en forma agregada y anonimizada, conforme al artículo 8, aplicando reglas de agregación mínima que impidan la identificación, directa o indirecta, de las personas afectadas.

9. Los microdatos identificados se conservarán por el Ministerio de Sanidad durante el tiempo estrictamente necesario para su seudonimización sin dilación indebida y se destruirán inmediatamente después. Los microdatos seudonimizados y el resultado del cruce previsto en el apartado 4 se conservarán, como máximo, hasta transcurridos treinta días de la publicación de los indicadores agregados correspondientes a cada periodo conforme al artículo 8, momento en el que se eliminarán sin que se conserven registros de nivel individual, y sin perjuicio de la custodia de la clave o algoritmo de seudonimización en los términos del apartado 5.

10. Serán de aplicación las medidas de seguridad exigidas por el Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad, así como las previstas en el artículo 54 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, para la red de comunicaciones del Sistema Nacional de Salud.

Disposición transitoria única. Régimen transitorio de aplicación.

1. La Comisión de Salud Digital aprobará la Guía Técnica prevista en el artículo 11 en el plazo máximo de cuatro meses desde la entrada en vigor de este real decreto.

2. Las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria dispondrán de un plazo transitorio de veinticuatro meses a contar desde la entrada en vigor de este real decreto para adaptar sus registros y sistemas de información a los criterios, estructuras de datos, definiciones e indicadores establecidos en este real decreto y sus anexos.

3. Durante el plazo transitorio señalado en el apartado anterior, las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria continuarán remitiendo y publicando la información sobre listas de espera conforme a lo dispuesto en los artículos 1, 2, 4 y 5 y los anexos del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, que mantendrán su eficacia operativa a estos exclusivos efectos. Durante ese mismo plazo, las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria remitirán además al Ministerio de Sanidad, a medida que dispongan de los datos y hayan realizado las adaptaciones necesarias conforme a lo dispuesto en este real decreto, los microdatos conforme a los criterios, estructuras de datos e indicadores establecidos en este real decreto y en sus anexos, exclusivamente a efectos de prueba y evaluación técnica, sin que dicha remisión tenga efectos de publicación ni sustituya a la prevista en el párrafo anterior.

4. Transcurrido el plazo de veinticuatro meses desde la entrada en vigor, los criterios, flujos de información, derechos y garantías previstos en los artículos 3 y 5 a 10 y en la disposición adicional cuarta serán de aplicación plena y obligatoria para todas las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, decayendo definitivamente la aplicación del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, sin perjuicio de la exigibilidad diferida de los indicadores CE-11 y CE-12 conforme a la disposición adicional segunda.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Queda derogado el 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, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en este real decreto.

Disposición final primera. Título competencial.

Este real decreto se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16.ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad. Asimismo, se dicta en desarrollo de lo previsto en los artículos 40, apartados 13, 15 y 16; 70.2.d) y 73.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; y en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Disposición final segunda. Adaptación de referencias normativas.

Las referencias hechas en 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, o en otras disposiciones de igual o inferior rango, al Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, se entenderán hechas a las previsiones correspondientes de este real decreto.

Disposición final tercera. Habilitación normativa.

1. Se faculta a la persona titular del Ministerio de Sanidad para dictar las disposiciones necesarias para la ejecución y desarrollo de este real decreto.

2. Asimismo, se faculta a la persona titular del Ministerio de Sanidad para la actualización de los anexos de este real decreto, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Disposición final cuarta. Entrada en vigor y eficacia.

1. El presente real decreto entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 1, la aplicabilidad de los artículos 3 y 5 a 10 y de la disposición adicional cuarta quedará diferida al cumplimiento del plazo y condiciones previstos en la disposición transitoria única.

Dado en Madrid, a xxxx

La Ministra de Sanidad.

ANEXO I

Sistema de información sobre consultas externas y pruebas diagnósticas y terapéuticas de atención hospitalaria

I. Definiciones y criterios para el cómputo de pacientes en espera de consultas externas y pruebas diagnósticas y terapéuticas.

A efectos de este real decreto, se entenderá por:

1. Registro de pacientes en lista de espera de consulta externa. Censo que integra a los pacientes en espera de ser atendidos, por primera vez, en una consulta externa de una especialidad concreta, para un problema de salud nuevo, cuya petición se encuentre documentada. La unidad de registro es la combinación de un problema de salud nuevo y una especialidad o servicio de la lista del apartado IV; a estos efectos, las consultas sucesivas del mismo problema de salud por distintas unidades o niveles organizativos internos de una misma especialidad del apartado IV no genera una nueva entrada en el registro.

2. Consulta externa de atención hospitalaria. Es todo acto clínico realizado de forma ambulatoria y programada, directamente entre el paciente, con o sin ayuda de un familiar o cuidador, y el profesional sanitario, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un problema de salud, con base en la anamnesis y, cuando sea necesario, la exploración física, y realizado en un local de consultas externas con independencia de su ubicación física dentro de la red asistencial. Puede realizarse en modalidad presencial o no presencial, entendiendo por esta última aquella en que la interacción médico-paciente se produce por vía telefónica o de videoconferencia, integrada en la actividad asistencial ordinaria.

Quedan excluidas del ámbito de este sistema de información las interacciones basadas exclusivamente en sistemas automatizados o herramientas de inteligencia artificial conversacional sin participación en tiempo real de un facultativo y las interacciones entre dos o más facultativos para revisar un proceso clínico sin la presencia del paciente.

3. Primera consulta externa. Es la efectuada a un paciente por primera vez, en una especialidad concreta y para un problema de salud nuevo, según criterio del médico peticionario, incluidas las derivaciones desde atención primaria o desde otras especialidades hospitalarias. No tienen la consideración de primeras consultas las actuaciones de clasificación de pacientes dirigidas a valorar la petición de derivación y determinar la prioridad o la subespecialidad correspondiente, sin que de ellas se derive un diagnóstico ni una pauta terapéutica para ese episodio.

4. Especialidad. Es la unidad de análisis de las consultas externas a efectos del tratamiento homogéneo de la información en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Las subespecialidades se agregan a nivel de especialidad troncal conforme a la relación establecida en el apartado IV de este anexo.

5. Registro de pacientes en lista de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas. Censo que integra a los pacientes en espera de ser atendidos en una prueba diagnóstica o terapéutica, prescrita para un problema de salud determinado por un médico autorizado, de atención primaria o de atención hospitalaria, cuya realización requiere un tiempo, espacio o recurso diferenciado de la consulta externa. La unidad de registro es la combinación de un problema de salud y una prueba concreta de la lista del apartado VII de este anexo; a estos efectos, la solicitud de un mismo tipo de prueba para problemas de salud distintos genera tantas entradas en el registro como problemas de salud.

6. Prueba diagnóstica/terapéutica. Es toda prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial, no englobada en la anamnesis y exploración física básica, que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.

7. Primera prueba diagnóstica/terapéutica. Es la solicitada por primera vez a un paciente, en el contexto de un problema de salud concreto, con el objetivo de ayudar al diagnóstico o instaurar una pauta terapéutica de una entidad patológica determinada, con independencia del momento del proceso clínico en que se realice la petición.

8. Actuaciones incluidas tras los cribados poblacionales. En los programas de cribado poblacional, las actuaciones realizadas dentro del circuito ordinario del programa, incluidas las derivaciones automáticas previstas protocolariamente para ampliación diagnóstica o confirmación de hallazgos, no determinan por sí mismas una entrada en el registro. La entrada se produce cuando, como consecuencia del resultado del cribado, existe una valoración clínica individualizada que determina la indicación de una consulta externa o de una prueba diagnóstica/terapéutica como proceso diferenciado del circuito ordinario del programa.

9. Hitos temporales. Se definen los siguientes hitos temporales para las consultas externas y las pruebas diagnósticas y terapéuticas:

a) Fecha de indicación médica: fecha en que el facultativo peticionario prescribe la necesidad clínica de realizar la consulta externa o la prueba diagnóstica/terapéutica.

b) Fecha de registro: fecha en que la petición médica queda incorporada administrativamente en el registro, conforme al artículo 5.2.

c) Fecha de cita asignada: fecha en que se ha programado la atención del paciente.

d) Fecha de atención efectiva: fecha en que se produce la prestación real de la consulta o prueba, con independencia de la modalidad asistencial, quedando registrada como consulta atendida o prueba realizada.

e) Fecha de salida del registro: fecha en que la solicitud causa baja en el registro, por alguno de los motivos previstos en el apartado I.12 de este anexo.

10. Clasificación de los pacientes incluidos en el registro de pacientes en lista de espera de consultas externas o de pruebas diagnósticas y terapéuticas, en función del tipo de espera:

a) Pacientes en espera estructural: aquellos cuya espera es atribuible a la organización y a los recursos disponibles.

b) Pacientes en espera no estructural: pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita:

1.º Pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.

2.º Pacientes en espera tras ejercer la libre elección de médico.

c) Pacientes transitoriamente no programables: aquellos cuya programación no es posible en un momento dado, por motivos personales o laborales. El tiempo en que un paciente permanece en situación de transitoriamente no programable no computa a efectos del cálculo de los indicadores.

11. Estados de la solicitud en el registro. Las solicitudes se encuentran en alguno de los siguientes estados:

a) Pendiente: las que permanecen activas en el registro. Pueden encontrarse sin cita asignada, cuando no se ha fijado fecha de atención; o con cita asignada, cuando se ha fijado fecha de atención, sin que ello determine la salida del registro.

b) Finalizada: cuando la solicitud causa baja en el registro, por algunos de los motivos indicados en el apartado I.12 de este anexo.

12. Motivos de salida del registro. Los motivos de salida del registro son los indicados a continuación cada uno de los cuales determina la correspondiente fecha de salida:

a) Atendida, con salida del registro: la fecha de salida es la fecha de atención efectiva.

b) 2.º No atendida por incomparecencia: la fecha de salida es la fecha de cita asignada.

c) 3.º No atendida por renuncia expresa del paciente, fallecimiento o decisión facultativa: la fecha de salida es la fecha de la situación causante.

13. Población protegida. Es la población incluida en la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud para cada comunidad autónoma.

14. Tiempo atribuible al paciente. Es el tiempo de espera producido por la modificación, a petición del paciente, de la fecha de cita propuesta, ya sea porque solicita una fecha posterior a la correspondiente al primer hueco disponible, ya sea porque manifiesta un periodo concreto en el que no se encuentra disponible para ser citado. Dicho tiempo no computa a efectos del cálculo de los indicadores de demora.

II. Indicadores de consultas externas.

Todos los indicadores podrán consultarse desagregados por sexo, grupo etario, especialidad (según apartado IV de este anexo), origen de la derivación (atención primaria o atención hospitalaria), nivel de prioridad (según anexo IV) y, en su caso, estado de garantía, además del desglose específico que se indica para cada indicador.

En los indicadores de tiempo se descontará el tiempo atribuible al paciente.

A. Indicadores de la demanda en espera para primera consulta externa.

Indicador	CE-1. Número de pacientes en lista de espera.
Definición	Número total de pacientes que, a la fecha de corte (último día del mes) permanecen pendientes de ser atendidos en una primera consulta externa.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Número de pacientes en lista de espera: recuento de solicitudes en dicho estado. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000.
Unidad de medida	Número de pacientes; tasa por 1.000 habitantes.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico y transitoriamente no programables.

Indicador	CE-2. Antigüedad en la lista de espera.
Definición	Tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y la fecha de corte (último día del mes), para los pacientes pendientes de primera consulta externa.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Antigüedad individual: fecha de corte (último día del mes) − fecha de indicación médica. b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50, el percentil 90 y el percentil 99 de la distribución de las antigüedades obtenidas.
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	CE-3. Distribución de los pacientes por tramos de antigüedad en la lista de espera.
Definición	Número de pacientes pendientes de primera consulta externa a la fecha de corte (último día del mes), agrupados por tramos según el tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y la fecha de corte (último día del mes).
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Número de pacientes por tramo: fecha de corte (último día del mes) − fecha de indicación médica, clasificado por tramos. b) Porcentaje de cada tramo: [(a) / número total de pacientes en lista de espera] × 100. Tramos: 0-30, 31-60, 61-90, 91-120, 121-150, 151-180, 181-365 y más de 365 días naturales. Los tramos podrán modificarse conforme a lo previsto en la disposición final tercera
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total de pacientes pendientes.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	CE-4. Número de entradas en la lista de espera.
Definición	Número de pacientes cuya solicitud de primera consulta externa se incorpora al registro durante el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente cuya fecha de indicación médica esté comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de entradas: recuento de pacientes en dicha situación. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000.
Unidad de medida	Número de entradas; tasa por 1.000 habitantes.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	CE-5. Número de salidas de la lista de espera.
Definición	Número de pacientes cuya solicitud de primera consulta externa causa salida del registro durante el mes de estudio, clasificados por motivo de salida.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y fecha de salida del registro comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de salidas: recuento de pacientes en dicha situación. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000. c) Porcentaje por motivo: [número de salidas de cada motivo / (a)] × 100.
Unidad de medida	Número de salidas; tasa por 1.000 habitantes; porcentaje por motivo de salida.

Desglose	Por motivo de salida: total de salidas; atendida, con salida del registro; no atendida, con salida del registro por incomparecencia, no atendida por renuncia, fallecimiento, decisión facultativa).

Indicador	CE-6. Razón de entradas y salidas de la lista de espera.
Definición	Cociente entre el número de entradas y el número de salidas del registro para primera consulta externa durante el mismo mes de estudio.
Fórmula de cálculo	CE-4 (Número de entradas) / CE-5 (Número de salidas).
Unidad de medida	Ratio, sin unidades.
Desglose	No procede un desglose adicional.

B. Indicadores de la demanda atendida para primera consulta externa.

Indicador	CE-7. Tiempo de espera hasta la primera consulta.
Definición	Tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y la fecha de atención efectiva, para los pacientes atendidos en primera consulta externa durante el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Atendida, con salida del registro», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Tiempo de espera individual: fecha de atención efectiva − fecha de indicación médica. b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50, el percentil 90 y el percentil 99 de la distribución de los tiempos de espera obtenidos.
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	CE-8. Distribución de los pacientes por tramos de tiempo de espera hasta la primera consulta.
Definición	Número de pacientes atendidos en primera consulta externa durante el mes de estudio, agrupados por tramos según el tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y la fecha de atención efectiva.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Atendida, con salida del registro», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de pacientes atendidos por tramo: fecha de atención efectiva − fecha de indicación médica, clasificado por tramos. b) Porcentaje de cada tramo: [(a) / número total de pacientes atendidos] × 100.

	Tramos: 0-30, 31-60, 61-90, 91-120, 121-150, 151-180 y más de 180 días naturales. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total de pacientes atendidos.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

C. Indicadores de gestión para primera consulta externa.

Indicador	CE-9. Demora media prospectiva.
Definición	Tiempo estimado que tardarían en ser atendidos los pacientes en lista de espera para primera consulta externa pendientes a la fecha de corte (último día del mes), asumiendo que se mantiene el ritmo de resolución de los últimos doce meses.
Fórmula de cálculo	a) Número de pacientes pendientes: recuento de pacientes con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes). b) Promedio diario de pacientes atendidos en los últimos doce meses: recuento de pacientes con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Atendida, con salida del registro», con fecha de atención efectiva comprendida en los últimos doce meses, dividido entre 365. c) Demora media prospectiva: (a) / (b).
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	CE-10. Pacientes sin cita asignada.
Definición	Número de pacientes en lista de espera para primera consulta externa que, a la fecha de corte (último día del mes), figuran en el registro con estado «sin cita asignada».
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» y sin cita asignada a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Número de pacientes sin cita asignada: recuento de pacientes en dicha situación. b) Porcentaje: [(a) / número total de pacientes en lista de espera para primera consulta externa] × 100. c) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000.
Unidad de medida	Número de pacientes; porcentaje sobre el total de pacientes en lista de espera; tasa por 1.000 habitantes.
Desglose	No procede un desglose adicional.

D. Indicadores de la demanda hasta el diagnóstico en consulta externa.

Indicador	CE-11. Tiempo de espera hasta el diagnóstico en consulta externa.
Definición	Tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y el momento en que se alcanza el diagnóstico del problema de salud, para los pacientes cuyo diagnóstico se alcanza dentro del mes de estudio, con independencia de que este se alcance en la primera consulta o en una consulta sucesiva.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con fecha de diagnóstico comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Tiempo de espera individual: fecha de diagnóstico − fecha de indicación médica. b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50, el percentil 90 y el percentil 99 de la distribución de los tiempos de espera obtenidos.
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	CE-12. Distribución de los pacientes por tramos de tiempo de espera hasta el diagnóstico en consulta externa.
Definición	Número de pacientes cuyo diagnóstico se alcanza dentro del mes de estudio, agrupados por tramos según el tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y el momento del diagnóstico, con independencia de que este se alcance en la primera consulta o en una consulta sucesiva.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con fecha de diagnóstico comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de pacientes por tramo: fecha de diagnóstico − fecha de indicación médica, clasificado por tramos. b) Porcentaje de cada tramo: [(a) / número total de pacientes con diagnóstico alcanzado] × 100. Tramos: 0-60, 61-120, 121-180, 181-240, 241-365 y más de 365 días naturales. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

III. Conjunto mínimo de datos para consultas externas.

Los registros de pacientes pendientes de consultas externas de las comunidades autónomas dispondrán del conjunto mínimo común de datos que se indica a continuación. En lo no especificado, serán de aplicación las definiciones de las variables y estructura del fichero de intercambio establecidas en los anexos I y II del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

Denominación de la variable	Definición.	Categorías.
1. Código de Identificación Personal.		

2. Fecha de nacimiento.		
3. Sexo.		
4. País de nacimiento.		
5. Código postal del domicilio habitual del paciente.		
6. Ámbito rural o urbano.	variable calculada en el Ministerio a partir del CP.	1.Rural. 2. Urbano.
7. Centro sanitario que realiza la consulta externa.	Código del Catálogo Nacional de hospitales o REGCESS.	
8. Comunidad autónoma del centro sanitario que realiza la consulta externa.	Código INE de Comunidad Autónoma.	Según Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero.
9. Identificador único de la solicitud de Consulta Externa.	Identificación de la solicitud de consulta externa en el registro de lista de espera del servicio de salud.	
10. Especialidad de la consulta externa.	Tipo de especialidad para la que se solicita consulta externa, conforme a la lista del apartado IV de este anexo.	Según apartado IV de este anexo.
11. Origen de la derivación	Nivel asistencial que solicita la consulta o prueba.	1. Atención primaria. 2. Atención hospitalaria.
12. Fecha de indicación médica.	Según apartado I.9 de este anexo.	
13. Fecha de registro.	Según apartado I.9 de este anexo.	
14. Fecha de cita asignada.	Según apartado I.9 de este anexo.	
15. Fecha de atención efectiva.	Según apartado I.9 de este anexo.	
16. Fecha de salida del registro.	Según apartado I.9 de este anexo.	
17. Fecha de diagnóstico.		
18. Clasificación del paciente según el tipo de espera.	Según apartado I.10 de este anexo.	Según apartado I.10 de este anexo.
19. Estado de la solicitud en el registro.	Según apartado I.11 de este anexo.	Según apartado I.11 de este anexo.
20. Motivo de salida del registro.	Según apartado I.12 de este anexo.	Según apartado I.12 de este anexo.
21. Nivel de prioridad clínica.	Según Anexo IV.I.	
22. Estado de la garantía.	Situación de cada paciente respecto a la garantía de tiempo máximo de acceso, conforme a lo establecido en el artículo 6 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio.	1. En garantía dentro de plazo. 2. En garantía fuera de plazo. 3. Con garantía suspendida. 4. Con garantía extinguida. 5. No aplica.
23. Modalidad asistencial.	Según apartado I.2 de este anexo.	1. Presencial. 2. No presencial.

IV. Lista de especialidades incluidas en el Registro de pacientes en lista de espera de Consultas Externas.

Se incluyen en el Registro de pacientes en lista de espera de Consultas Externas las siguientes especialidades:

ALG	Alergología

UDO	Anestesiología y Reanimación. Unidad del Dolor.
ANR	Anestesiología y Reanimación. Anestesia.
ACV	Angiología y Cirugía Vascular
DIG	Aparato Digestivo
CAR	Cardiología
CCA	Cirugía Cardiovascular
CGD	Cirugía General y del Aparato Digestivo
CMF	Cirugía Oral y Maxilofacial
TRA	Cirugía Ortopédica y Traumatología
CPE	Cirugía Pediátrica
CPL	Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
CTO	Cirugía Torácica
DER	Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología
END	Endocrinología y Nutrición
HEM	Hematología y Hemoterapia
REH	Medicina Física y Rehabilitación

MIR	Medicina Interna
NEF	Nefrología
NEL	Neumología
NRC	Neurocirugía
NRL	Neurología
OBS	Obstetricia
GIN	Ginecología
OFT	Oftalmología
ONC	Oncología Médica
ONR	Oncología Radioterápica
ORL	Otorrinolaringología
PED	Pediatría y sus Áreas Específicas
SMA	Salud Mental Adultos
SMP	Salud Mental Infanto-Juvenil
REU	Reumatología
URO	Urología

V. Indicadores de pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Todos los indicadores se refieren a pruebas individuales y podrán consultarse desagregados por sexo, grupo etario, tipo de prueba, origen de la petición, nivel de prioridad y, en su caso, estado de garantía, además del desglose específico que se indica para cada indicador.

En los indicadores de tiempo se descontará el tiempo atribuible al paciente.

A. Indicadores de la demanda en espera.

Indicador	PDT-1. Número de pacientes en lista de espera.
Definición	Número total de pacientes que, a la fecha de corte (último día del mes), permanecen pendientes de una primera prueba diagnóstica/terapéutica.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Número de pacientes en lista de espera: recuento de solicitudes en dicho estado. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000.
Unidad de medida	Número de pacientes en lista de espera; tasa por 1.000 habitantes.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico y transitoriamente no programables.

Indicador	PDT-2. Antigüedad en la lista de espera.
Definición	Tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y la fecha de corte (último día del mes), para los pacientes pendientes de primera prueba diagnóstica/terapéutica.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Antigüedad individual: fecha de corte (último día del mes) − fecha de indicación médica. b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50, el percentil 90 y el percentil 99 de la distribución de las antigüedades obtenidas.
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	PDT-3. Distribución de los pacientes por tramos de antigüedad en la lista de espera.
Definición	Número de pacientes pendientes de primera prueba diagnóstica/terapéutica a la fecha de corte (último día del mes), agrupados por tramos según el tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y la fecha de corte (último día del mes).
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Número de pacientes por tramo: fecha de corte (último día del mes) − fecha de indicación médica, clasificado por tramos. b) Porcentaje de cada tramo: [(a) / número total de pacientes en lista de espera] × 100. Tramos: 0-30, 31-60, 61-90, 91-120, 121-150, 151-180 y más de 180 días naturales. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total de pacientes pendientes.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	PDT-4. Número de entradas en la lista de espera.
Definición	Número de pacientes cuya solicitud de primera prueba diagnóstica/terapéutica se incorpora al registro durante el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente cuya fecha de indicación médica esté comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de entradas: recuento de pacientes en dicha situación. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000.
Unidad de medida	Número de entradas; tasa por 1.000 habitantes.

Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	PDT-5. Número de salidas de la lista de espera.
Definición	Número de pacientes cuya solicitud de primera prueba diagnóstica/terapéutica causa salida del registro durante el mes de estudio, clasificados por motivo de salida.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y fecha de salida del registro comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de salidas: recuento de pacientes en dicha situación. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000. c) Porcentaje por motivo: [número de salidas de cada motivo / (a)] × 100.
Unidad de medida	Número de salidas; tasa por 1.000 habitantes; porcentaje por motivo de salida.
Desglose	Por motivo de salida: total de salidas; atendida, con salida del registro; no atendida, con salida del registro por incomparecencia, no atendida por renuncia, fallecimiento, decisión facultativa).

Indicador	PDT-6. Razón de entradas y salidas de la lista de espera.
Definición	Cociente entre el número de entradas y el número de salidas del registro para primera prueba diagnóstica/terapéutica durante el mismo mes de estudio.
Fórmula de cálculo	PDT-4 (Número de entradas) / PDT-5 (Número de salidas).
Unidad de medida	Ratio, sin unidades.
Desglose	No procede un desglose adicional.

B. Indicadores de la demanda atendida.

Indicador	PDT-7. Tiempo de espera de las pruebas realizadas.
Definición	Tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y la fecha de atención efectiva, para los pacientes cuya prueba diagnóstica/terapéutica se ha realizado durante el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Atendida, con salida del registro», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Tiempo de espera individual: fecha de atención efectiva − fecha de indicación médica. b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50, el percentil 90 y el percentil 99 de la distribución de los tiempos de espera obtenidos.
Unidad de medida	Días naturales.

Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	PDT-8. Distribución de los pacientes por tramos de tiempo de espera de las pruebas realizadas.
Definición	Número de pacientes cuya prueba diagnóstica/terapéutica se ha realizado durante el mes de estudio, agrupados por tramos según el tiempo transcurrido entre la fecha de indicación médica y la fecha de atención efectiva.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Atendida, con salida del registro», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de pacientes atendidos por tramo: fecha de atención efectiva − fecha de indicación médica, clasificado por tramos. b) Porcentaje de cada tramo: [(a) / número total de pacientes atendidos] × 100. Tramos: 0-30, 31-60, 61-90, 91-120, 121-150, 151-180 y más de 180 días naturales. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total de pacientes con prueba realizada.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

C. Indicadores de gestión.

Indicador	PDT-9. Demora media prospectiva.
Definición	Tiempo estimado que tardarían en realizarse las pruebas diagnósticas y terapéuticas de los pacientes en lista de espera pendientes a la fecha de corte (último día del mes), asumiendo que se mantiene el ritmo de resolución de los últimos doce meses.
Fórmula de cálculo	a) Número de pacientes en lista de espera: recuento de pacientes con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes). b) Promedio diario de pruebas realizadas en los últimos doce meses: recuento de pacientes con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Atendida, con salida del registro», con fecha de atención efectiva comprendida en los últimos doce meses, dividido entre 365. c) Demora media prospectiva: (a) / (b).
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	PDT-10. Pacientes sin cita asignada.

Definición	Número de pacientes en lista de espera para primera prueba diagnóstica/terapéutica que, a la fecha de corte (último día del mes), figuran en el registro con estado «sin cita asignada».
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» y sin cita asignada a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Número de pacientes sin cita asignada: recuento de pacientes en dicha situación. b) Porcentaje: [(a) / número total de pacientes en lista de espera para primera prueba diagnóstica/terapéutica] × 100. c) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000.
Unidad de medida	Número de pacientes; porcentaje sobre el total de pacientes en lista de espera; tasa por 1.000 habitantes.
Desglose	No procede un desglose adicional.

VI. Conjunto mínimo de datos para pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Los registros de pruebas diagnósticas y terapéuticas de las comunidades autónomas dispondrán del conjunto mínimo común de datos que se indica a continuación. En lo no especificado, serán de aplicación las definiciones de las variables y estructura del fichero de intercambio establecidas en los anexos I y II del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

Denominación de la variable	**Definición.**	**Categorías.**
1. Código de Identificación Personal.		
2. Fecha de nacimiento.		
3. Sexo.		
4. País de nacimiento.		
5. Código postal del domicilio habitual del paciente.		
6. Ámbito rural o urbano.	Se calcula en el Ministerio a partir del CP.	Rural. Urbano
7. Centro sanitario que realiza la prueba.	Según Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero.	
8. Comunidad autónoma del centro sanitario que realiza la prueba.	Según Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero.	Según Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero.
9. Identificador único de la solicitud de prueba diagnóstica/terapéutica	Identificación de la solicitud de la prueba diagnóstica/terapéutica en el registro de lista de espera del servicio de salud.	
10. Prueba diagnóstica/terapéutica.	Tipo de prueba solicitada conforme a la lista del apartado VII de este anexo.	
11. Origen de la derivación.	Nivel asistencial que solicita la consulta o prueba.	1. Atención primaria. 2. Atención hospitalaria.
12. Fecha de indicación médica.	Según apartado I.9 de este anexo.	
13. Fecha de registro.	Según apartado I.9 de este anexo.	
14. Fecha de cita asignada.	Según apartado I.9 de este anexo.	
15. Fecha de atención efectiva.	Según apartado I.9 de este anexo.	

16. Fecha de salida del registro.	Según apartado I.9 de este anexo.	
17. Clasificación del paciente según el tipo de espera.	Según apartado I.10 de este anexo.	Según apartado I.10 de este anexo.
18. Estado de la solicitud en el registro.	Según apartado I.11 de este anexo.	Según apartado I.11 de este anexo.
19. Motivo de salida del registro.	Según apartado I.12 de este anexo.	Según apartado I.12 de este anexo.
20. Nivel de prioridad clínica.	Según Anexo IV.I.	
21. Estado de la garantía.	Situación de cada paciente respecto a la garantía de tiempo máximo de acceso, conforme a lo establecido en el artículo 6 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio.	1. En garantía dentro de plazo. 2. En garantía fuera de plazo. 3. Con garantía suspendida. 4. Con garantía extinguida. 5. No aplica.

VII. Lista de pruebas incluidas en el Registro de pacientes en lista de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Se miden de manera individual las siguientes pruebas diagnósticas y terapéuticas, con independencia de que su realización exija el ingreso del paciente exclusivamente para dicho fin, sin perjuicio de la exclusión prevista en el artículo 2.3.b) para las pruebas solicitadas durante un episodio de hospitalización por otra causa:

Nº	Prueba diagnóstica/terapéutica
1	Ecografía (no obstétrica)
2	TAC
3	RNM
4	Mamografía diagnóstica
5	Ecocardiograma transtorácico
6	Cateterismo
7	Gastroscopia
8	Colonoscopia diagnóstica
9	Broncoscopia
10	Histeroscopia diagnóstica
11	PET-TAC
12	Gammagrafía ósea
13	EMG
14	Polisomnografía
15	Cistoscopia

ANEXO II

Sistema de información sobre listas de espera quirúrgicas

I. Definiciones y criterios para el cómputo.

A efectos de este real decreto, se entenderá por:

1. Registro de pacientes en lista de espera de intervención quirúrgica programada. Censo que incluye a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento quirúrgico programado, establecido por un médico especialista quirúrgico una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.

2. Hitos temporales:

a) Fecha de indicación quirúrgica: fecha en que el facultativo indica la necesidad de la intervención quirúrgica con la aceptación del paciente y que queda anotada en la historia clínica, siendo el inicio del cómputo de la espera.

b) Fecha de registro: fecha en que la petición queda incorporada administrativamente en el registro, conforme al artículo 5.2.

c) Fecha de programación de la intervención: fecha en que se ha programado la intervención.

d) Fecha de atención efectiva: fecha en que se produce la intervención quirúrgica, cuyo registro supone la salida del registro.

e) Fecha de salida del registro: fecha en que la solicitud causa baja en el registro, debiendo quedar documentado el motivo específico.

3. Clasificación de los pacientes incluidos en el registro, en función del tipo de espera:

a) Pacientes en espera estructural: aquellos cuya espera es atribuible a la organización y a los recursos disponibles.

b) Pacientes en espera no estructural: pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita:

1.º Pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.

2.º Pacientes en espera tras ejercer la libre elección de médico.

c) Pacientes transitoriamente no programables: aquellos cuya programación no es posible en un momento dado, por alguno de los siguientes motivos:

1.º Motivos clínicos que contraindican o desaconsejan temporalmente la intervención.

2.º Solicitud de aplazamiento formulada por el propio paciente, por motivos personales o laborales.

El tiempo en que un paciente permanece en situación de transitoriamente no programable no computa a efectos del cálculo de los indicadores.

4. Estados de la solicitud en el Registro. Las solicitudes se encuentran en alguno de los siguientes estados:

a) Pendiente: en tanto permanecen activas en el registro.

b) Finalizada: cuando la solicitud causa baja en el registro, por algunos de los motivos indicados en el apartado I.5 de este anexo.

5. Motivos de salida del registro. Los motivos de salida del registro son los indicados a continuación cada uno de los cuales determina la correspondiente fecha de salida:

a) Con cirugía: la fecha de salida es la fecha de atención efectiva.

b) Sin cirugía, por incomparecencia: la fecha de salida es la fecha de intervención programada.

c) Sin cirugía, por otros motivos de no asistencia (renuncia expresa del paciente, fallecimiento o decisión facultativa): la fecha de salida es la fecha de la situación causante.

6. Población protegida. Es la población incluida en la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud para cada comunidad autónoma.

7. Tiempo atribuible al paciente. Es el tiempo de espera producido por la modificación, a petición del paciente, de la fecha de cita propuesta, ya sea porque solicita una fecha posterior a la correspondiente al primer hueco disponible, ya sea porque manifiesta un periodo concreto en el que no se encuentra disponible para ser citado. Dicho tiempo no computa a efectos del cálculo de los indicadores de demora.

II. Indicadores de intervenciones quirúrgicas.

Todos los indicadores podrán consultarse desagregados por sexo, grupo etario, tipo de procedimiento (según apartado IV de este anexo), nivel de prioridad (según anexo IV) y, en su caso, estado de garantía, además del desglose específico que se indica para cada indicador.

En los indicadores de tiempo se descontará el tiempo atribuible al paciente.

A. Indicadores de la demanda en espera.

Indicador	IQ-1. Número de pacientes en lista de espera.
Definición	Número total de pacientes que, a la fecha de corte (último día del mes), permanecen pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Número de pacientes en lista de espera: recuento de solicitudes en dicho estado. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000.
Unidad de medida	Número de pacientes; tasa por 1.000 habitantes.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico, transitoriamente no programables por motivo clínico y transitoriamente no programable por motivo personal.

Indicador	IQ-2. Antigüedad en la lista de espera.

Definición	Tiempo transcurrido entre la fecha de indicación quirúrgica y la fecha de corte (último día del mes), para los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Antigüedad individual: fecha de corte (último día del mes) − fecha de indicación quirúrgica. b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50, el percentil 90 y el percentil 99 de la distribución de las antigüedades obtenidas.
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	IQ-3. Distribución de los pacientes por tramos de antigüedad en la lista de espera.
Definición	Número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica a la fecha de corte (último día del mes), agrupados por tramos según el tiempo transcurrido entre la fecha de indicación quirúrgica y la fecha de corte (último día del mes).
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Número de pacientes por tramo: fecha de corte (último día del mes) − fecha de indicación quirúrgica, clasificado por tramos. b) Porcentaje de cada tramo: [(a) / número total de pacientes en lista de espera] × 100. Tramos: 0-30, 31-60, 61-90, 91-120, 121-150, 151-180, 181-365 y más de 365 días naturales. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total de pacientes pendientes.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	IQ-4. Número de entradas en la lista de espera.
Definición	Número de pacientes incorporados al registro durante el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente cuya fecha de indicación quirúrgica esté comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de entradas: recuento de pacientes en dicha situación. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000.
Unidad de medida	Número de pacientes; tasa por 1.000 habitantes.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	IQ-5. Número de salidas de la lista de espera.
Definición	Número de pacientes cuya solicitud de intervención quirúrgica causa salida del registro durante el mes de estudio, clasificados por motivo de salida.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y fecha de salida del registro comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de salidas: recuento de pacientes en dicha situación. b) Tasa por 1.000 habitantes: [(a) / población protegida] × 1.000. c) Porcentaje por motivo: [número de salidas de cada motivo / (a)] × 100.
Unidad de medida	Número de pacientes; tasa por 1.000 habitantes; porcentaje por motivo de salida.
Desglose	Por motivo de salida: total de salidas; con intervención; sin intervención por incomparecencia; sin intervención por otros motivos de no asistencia (renuncia expresa del paciente, fallecimiento, decisión facultativa).

Indicador	IQ-6. Razón de entradas y salidas de la lista de espera.
Definición	Cociente entre el número de entradas y el número de salidas del registro para intervención quirúrgica durante el mismo mes de estudio.
Fórmula de cálculo	IQ-4 (número de entradas) / IQ-5 (número de salidas).
Unidad de medida	Ratio, sin unidades.
Desglose	No procede un desglose adicional.

B. Indicadores de la demanda atendida.

Indicador	IQ-7. Tiempo de espera de los pacientes intervenidos.
Definición	Tiempo transcurrido entre la fecha de indicación quirúrgica y la fecha de atención efectiva, para los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Con cirugía», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Tiempo de espera individual: fecha de atención efectiva − fecha de indicación quirúrgica. b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50, el percentil 90 y el percentil 99 de la distribución de los tiempos de espera obtenidos.
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

Indicador	IQ-8. Distribución de los pacientes por tramos de tiempo de espera de las intervenciones realizadas.
Definición	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el mes de estudio, agrupados por tramos según el tiempo transcurrido entre la fecha de indicación quirúrgica y la fecha de atención efectiva.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Con cirugía», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Número de pacientes intervenidos por tramo: fecha de atención efectiva − fecha de indicación quirúrgica, clasificado por tramos. b) Porcentaje de cada tramo: [(a) / número total de pacientes intervenidos] × 100. Tramos: 0-30, 31-60, 61-90, 91-120, 121-150, 151-180, 181-365 y más de 365 días naturales. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total de pacientes intervenidos.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

C. Indicadores de gestión.

Indicador	IQ-9. Demora media prospectiva.
Definición	Tiempo estimado que tardarían en ser intervenidos quirúrgicamente los pacientes en lista de espera pendientes a la fecha de corte (último día del mes), asumiendo que se mantiene el ritmo de resolución de los últimos doce meses.
Fórmula de cálculo	a) Número de pacientes en lista de espera: recuento de pacientes con estado de la solicitud en el registro «Pendiente» a la fecha de corte (último día del mes). b) Promedio diario de intervenciones realizadas en los últimos doce meses: recuento de pacientes con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Con cirugía», con fecha de atención efectiva comprendida en los últimos doce meses, dividido entre 365. c) Demora media prospectiva: (a) / (b).
Unidad de medida	Días naturales.
Desglose	Por tipo de espera: total, en espera estructural, en espera tras rechazo de centro alternativo, en espera tras ejercer la libre elección de médico.

III. Conjunto mínimo de datos.

Los registros de pacientes pendientes de intervención quirúrgica de las comunidades autónomas dispondrán del conjunto mínimo común de datos que se indica a continuación. En lo no especificado,

serán de aplicación las definiciones de las variables y la estructura del fichero de intercambio establecidas en los anexos I y II del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

Denominación de la variable	Definición.	Categorías.
1. Código de Identificación Personal.		
2. Fecha de nacimiento.		
3. Sexo.		
4. País de nacimiento.		
5. Código postal del domicilio habitual del paciente.		
6. Ámbito rural o urbano.	Se calcula en el Ministerio a partir del CP.	Rural. Urbano.
7. Centro sanitario que realiza la intervención quirúrgica.	Código del Catálogo Nacional de hospitales o REGCESS.	
8. Comunidad autónoma del centro sanitario que realiza la intervención quirúrgica.	Código INE de Comunidad Autónoma.	Según Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero.
9. Identificador único de la solicitud de intervención quirúrgica.	Identificación unívoca de la solicitud de intervención quirúrgica en el registro de lista de espera del servicio de salud.	
10. Procedimiento quirúrgico clave.	Procedimiento o intervención quirúrgica propuesta, conforme a la clasificación de procedimientos claves del apartado IV de este anexo.	Según apartado IV de este anexo.
11. Especialidad quirúrgica.	Especialidad quirúrgica responsable del procedimiento propuesto, conforme a la clasificación del apartado IV de este anexo.	
12. Fecha de indicación quirúrgica.	Según apartado I.2 de este anexo.	
13. Fecha de registro.	Según apartado I.2 de este anexo.	
14. Fecha de intervención programada.	Según apartado I.2 de este anexo.	
15. Fecha de atención efectiva.	Según apartado I.2 de este anexo.	
16. Fecha de salida del registro.	Según apartado I.2 de este anexo.	
17. Clasificación del paciente según el tipo de espera.	Según apartado I.3 de este anexo.	Según apartado I.3 de este anexo.
18. Estado de la solicitud en el registro.	Según apartado I.4 de este anexo.	Según apartado I.4 de este anexo.
19. Motivo de salida del registro.	Según apartado I.5 de este anexo.	Según apartado I.5 de este anexo.
20. Nivel de prioridad clínica.	Según Anexo IV.II.	Según Anexo IV.II.
21. Estado de la garantía.	Situación de cada paciente respecto a la garantía de tiempo máximo de acceso, conforme a lo establecido en el artículo 6 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio.	1. En garantía dentro de plazo. 2. En garantía fuera de plazo. 3. Con garantía suspendida. 4. Con garantía extinguida. 5. No aplica.

IV. Especialidades y procedimientos clave monitorizados.

Se computa el conjunto de procesos quirúrgicos programados de las especialidades/servicios y se monitorizan los procesos clave, relacionados en la tabla siguiente. La codificación de estos procedimientos se establecerá en la Guía Técnica del Sistema de Información de Listas de Espera, conforme al artículo 11.

Nº	Especialidad	Procesos / diagnósticos clave
1	Urología	Hiperplasia benigna de próstata
2	Urología	Litiasis renal
3	Urología	Cáncer de próstata
4	Traumatología y Cirugía Ortopédica	Artroscopia
5	Traumatología y Cirugía Ortopédica	Artroplastia de cadera
6	Traumatología y Cirugía Ortopédica	Artroplastia de rodilla
7	Traumatología y Cirugía Ortopédica	Hernia discal lumbar.
8	Traumatología y Cirugía Ortopédica	Síndrome del túnel carpiano
9	Traumatología y Cirugía Ortopédica	Hallux valgus
10	Otorrinolaringología	Adeno-amigdalectomía
11	Otorrinolaringología	Cáncer de laringe
12	Oftalmología	Cataratas
13	Ginecología	Histerectomía
14	Ginecología	Cáncer de ovario
15	Ginecología	Cáncer de mama
16	Cirugía Plástica y Reparadora	Reconstrucción mamaria postmastectomía
17	Cirugía Pediátrica	Ninguno
18	Cirugía Maxilofacial	Ninguno
19	Cirugía General y Digestiva	Hernia inguinal y femoral
20	Cirugía General y Digestiva	Colecistectomía
21	Cirugía General y Digestiva	Quiste pilonidal
22	Cirugía General y Digestiva	Cáncer colorrectal
23	Angiología y Cirugía Vascular	Varices de miembros inferiores
24	Cirugía Cardiaca	Bypass coronario
25	Cirugía Cardiaca	Cirugía cardiaca valvular
26	Cirugía Torácica	Cáncer de pulmón
27	Neurocirugía	Ninguno

Nº	Especialidad	Procesos / diagnósticos clave
28	Dermatología (registro de demanda quirúrgica)	Melanoma

ANEXO III

Sistema de información sobre listas de espera en atención primaria

I. Definiciones y criterios para el cómputo.

A efectos de este real decreto, se entenderá por:

1. Consulta en atención primaria. Acto clínico individual realizado de forma síncrona por un profesional del equipo de atención primaria a un paciente, para alguna de las actividades de la cartera de servicios comunes de atención primaria. Se clasifican en:

a) Según el ámbito profesional: consultas de medicina, de pediatría o de enfermería.

b) Según el tipo de oferta de consulta:

1.º Consulta a demanda: es la prestada a iniciativa del paciente, organizada mediante cita previa, con independencia del canal utilizado para la solicitud. Incluye las consultas «no demorables» o equivalentes, entendidas como aquellas que requieren atención en el mismo día o en un plazo muy breve por presentar una situación clínica que no admite demora sin llegar a constituir una urgencia.

Según la demanda del paciente, se clasifica en:

i. Consulta a demanda para la primera fecha disponible: aquella en la que el paciente solicita atención sanitaria sin preferencia de fecha, asignándosele cita para el primer día en que la agenda del profesional presente disponibilidad.

ii. Consulta a demanda para una fecha elegida por el paciente: aquella en la que la cita se fija en una fecha posterior a la primera fecha con disponibilidad ofertada, a propuesta o por conveniencia del usuario.

Serán objeto de cómputo exclusivamente las consultas a la primera fecha disponible.

2.º Consulta programada: es la prestada por iniciativa del profesional sanitario.

c) Según la modalidad asistencial:

1.º Consulta presencial: aquella en que el paciente asiste a la consulta en el centro sanitario.

2.º Consulta no presencial: atención síncrona a distancia, realizada desde el centro sanitario por vía telefónica o telemática, integrada en la actividad asistencial ordinaria, en la que participa el paciente directamente, con o sin ayuda de un familiar o cuidador, con el profesional de atención primaria, y cuya actividad queda registrada en la historia clínica.

3.º Consulta domiciliaria: atención sanitaria prestada en el domicilio del paciente cuando concurren circunstancias clínicas, funcionales o sociales que lo aconsejan, y cuya actividad queda registrada en la historia clínica.

2. Profesional de referencia asignado. Profesional sanitario de atención primaria al que un paciente se encuentra formalmente adscrito en la base de datos de población adscrita del servicio de salud correspondiente, identificado mediante el código de identificación de agenda sanitaria (CIAS) o equivalente autonómico, con independencia de la persona física que ocupe dicho puesto en cada momento.

3. Hitos temporales. Se definen los siguientes hitos temporales:

a) Fecha de solicitud de la cita: fecha en que el paciente realiza la petición de una cita a demanda a través de los canales habilitados.

b) Fecha de registro: fecha en que la solicitud queda incorporada administrativamente en el registro.

c) Fecha de cita asignada: fecha en que está programada la atención del paciente.

d) Fecha de atención efectiva: fecha en que se produce la atención efectiva de la consulta a demanda, con independencia de su modalidad.

e) Fecha de salida del registro: fecha en que la solicitud causa baja en el registro, por alguno de los motivos previstos en el apartado I.5 de este anexo.

4. Estados de la solicitud en el registro. Las solicitudes se encuentran en alguno de los siguientes estados:

a) Pendiente: las que permanecen activas en el registro. Pueden encontrarse sin cita asignada, cuando no se ha fijado fecha de atención; o con cita asignada, cuando se ha fijado fecha de atención, sin que ello determine la salida del registro.

b) Finalizada: cuando la solicitud causa baja en el registro, por algunos de los motivos indicados en este apartado I.5 de este anexo.

5. Motivos de salida del registro. Los motivos de salida del registro son los indicados a continuación cada uno de los cuales determina la correspondiente fecha de salida:

a) Solicitud atendida: Supone la salida del registro con fecha de salida igual a la fecha de atención efectiva.

b) Solicitud no atendida por incomparecencia: la fecha de salida es la fecha de cita asignada.

c) Solicitud no atendida por renuncia expresa del paciente, fallecimiento u otras causas: la fecha de salida es la fecha de la situación causante.

6. Población protegida. Es la población incluida en la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud para cada comunidad autónoma.

7. Días hábiles. Días de lunes a viernes, excluidos los sábados, los festivos nacionales, autonómicos y locales, que corresponde al centro sanitario conforme al calendario laboral oficial de cada comunidad autónoma.

8. Espera. Número de días hábiles transcurridos entre la solicitud de cita y la atención efectiva, aplicable a los indicadores retrospectivos.

9. Demora. Número de días hábiles previsibles hasta obtener la atención efectiva, aplicable a los indicadores prospectivos.

II. Indicadores de atención primaria.

Los indicadores de atención primaria podrán consultarse desagregados por sexo, grupo etario, ámbito rural/urbano y tipo de consulta (medicina, pediatría, enfermería).

Los indicadores de accesibilidad miden exclusivamente las consultas a demanda. Los indicadores de longitudinalidad incluyen en su cómputo tanto las consultas a demanda como las consultas programadas.

A. Indicadores de accesibilidad.

Indicador	AP-1. Número de consultas a demanda.
Definición	Número y porcentaje de pacientes atendidos en consulta a demanda en el mes de estudio, según el ámbito asistencial (en el centro sanitario o en el domicilio) y el tipo de cita en el centro sanitario (para la primera fecha disponible o para una fecha elegida por el paciente).
Fórmula de cálculo	a) Número de pacientes atendidos en el centro sanitario, en consulta a demanda para la primera fecha disponible: Recuento de pacientes atendidos en el centro sanitario en «consulta a demanda para la primera fecha disponible» en el mes de estudio. b) Número de pacientes atendidos en el centro sanitario, en consulta a demanda para una fecha elegida por el paciente: Recuento de pacientes atendidos en el centro sanitario en «consulta a demanda para una fecha elegida por el paciente» en el mes de estudio. c) Número de pacientes atendidos en consulta a demanda en el domicilio: Recuento de pacientes atendidos en consulta a demanda en el domicilio en el mes de estudio. d) Porcentaje de consultas a demanda para la primera fecha disponible, en el centro sanitario = (a / [a + b]) × 100 e) Porcentaje de consultas a demanda para una fecha elegida por el paciente, en el centro sanitario: = (b / [a + b]) × 100
Unidad de medida	Número y Porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-2. Tiempo de espera en consultas a demanda para la primera fecha disponible en el centro sanitario.

Definición	Tiempo transcurrido, en días hábiles, entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha de atención efectiva, para los pacientes atendidos en consulta a demanda para la primera fecha disponible en el centro sanitario durante el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Solicitud atendida» para el tipo de oferta de consulta «Consulta a demanda para la primera fecha disponible», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Tiempo de espera individual: fecha de atención efectiva − fecha de solicitud de la cita (descontando los días inhábiles del centro). b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50 y el percentil 90 de la distribución de los tiempos de espera obtenidos.
Unidad de medida	Días hábiles.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-3. Distribución de los pacientes por tramos de espera en consulta a demanda para la primera fecha disponible en el centro sanitario.
Definición	Número y porcentaje de pacientes atendidos en consulta a demanda para la primera fecha disponible en el centro sanitario en el mes de estudio, agrupados por tramos según el tiempo de espera transcurrido en días hábiles entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha de atención efectiva.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Solicitud atendida» para el tipo de oferta de consulta «Consulta a demanda para la primera fecha disponible» con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Tiempo de espera individual: fecha de atención efectiva − fecha de solicitud de la cita, en cada tramo (descontando los días inhábiles del centro). b) Número de pacientes atendidos por tramo: Recuento de pacientes cuyo tiempo de espera individual (a) se encuentra incluido dentro del tramo correspondiente. c) Número total de pacientes atendidos: Recuento de todos los pacientes atendidos en consulta a demanda para la primera fecha disponible en el centro sanitario en el mes de estudio. d) Porcentaje de cada tramo: [(b) / (c)] × 100. Tramos: 0 días, 1 día, 2 días, 3-5 días, 6-10 días, >10 días hábiles. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total de pacientes atendidos.
Desglose	Por tramo de espera.

Indicador	AP-4. Tiempo de espera en la atención domiciliaria a demanda.

Definición	Tiempo transcurrido, en días hábiles, entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha de atención efectiva, para los pacientes atendidos en consulta a demanda domiciliaria durante el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Solicitud atendida» para el tipo de oferta de consulta «Consulta a demanda» y modalidad asistencial «Consulta domiciliaria», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Tiempo de espera individual: fecha de atención efectiva − fecha de solicitud de la cita (descontando las fechas inhábiles del centro). b) Estadísticos de la distribución: Se calculan la media, el percentil 50 y el percentil 90 de la distribución de los tiempos de espera obtenidos.
Unidad de medida	Días hábiles.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-5. Distribución de los pacientes por tramos de espera en la atención domiciliaria a demanda.
Definición	Número y proporción de pacientes atendidos en consulta domiciliaria a demanda, en el mes de estudio, agrupados por tramos según el tiempo de espera transcurrido en días hábiles entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha de atención efectiva.
Fórmula de cálculo	Para cada paciente con estado de la solicitud en el registro «Finalizada» y motivo de salida del registro «Solicitud atendida» para el tipo de oferta de consulta «Consulta a demanda» y modalidad asistencial «Consulta domiciliaria», con fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio, se calcula: a) Tiempo de espera individual: fecha de atención efectiva − fecha de solicitud de la cita (descontando los días inhábiles del centro). b) Número de pacientes atendidos por tramo: Recuento de pacientes cuyo tiempo de espera individual (a) se encuentra incluido dentro del tramo correspondiente. c) Número total de pacientes atendidos: Recuento de todos los pacientes atendidos en consulta domiciliaria a demanda en el mes de estudio. d) Porcentaje de cada tramo: [(b) / (c)] × 100. Tramos: 0 días, 1 día, 2 días, ≥ 3 días. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Número de pacientes por tramo; porcentaje de cada tramo sobre el total de pacientes atendidos.
Desglose	Por tramo de espera.

Indicador	AP-6. Demora prospectiva.

Definición	Tiempo transcurrido, en días hábiles, entre la fecha de corte (último día del mes) y la fecha del tercer (subindicador 6.a) o primer (subindicador 6.b) hueco disponible para consulta a demanda, en las agendas de los profesionales de referencia. El tercer hueco disponible se emplea como referencia principal por reflejar de forma más fiable la capacidad real de absorción de demanda, al no verse distorsionado por cancelaciones puntuales o disponibilidad residual no representativa.
Fórmula de cálculo	Para cada profesional de referencia asignado con agenda activa a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: a) Demora individual hasta el tercer hueco: fecha del tercer hueco disponible para consulta a demanda − fecha de corte (descontando los días inhábiles del centro). b) Demora individual hasta el primer hueco: fecha del primer hueco disponible para consulta a demanda − fecha de corte (descontando los días inhábiles del centro). c) Subindicador 6.a. Demora prospectiva al tercer hueco. Se calculan la media, el percentil 50 y el percentil 90 de la distribución de las demoras prospectivas individuales al tercer hueco. d) Subindicador 6.b. Demora prospectiva al primer hueco. Se calculan la media, el percentil 50 y el percentil 90 de la distribución de las demoras prospectivas individuales al primer hueco.
Unidad de medida	Días hábiles.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-7. Distribución de los profesionales por tramos de demora prospectiva.
Definición	Distribución porcentual por tramos de demora prospectiva al tercer (subindicador 7.a) o primer (subindicador 7.b) hueco de agenda, de los profesionales de referencia con agenda activa a la fecha de corte (último día del mes).
Fórmula de cálculo	Para cada profesional de referencia asignado con agenda activa a la fecha de corte (último día del mes), se calcula: Subindicador 7.a. Distribución según tercer hueco: [Número de profesionales con agenda activa con tercer hueco disponible en el tramo X / número total de profesionales con agenda activa a la fecha de corte (último día del mes)] × 100. Subindicador 7.b. Distribución según primer hueco: [Número de profesionales con agenda activa con primer hueco disponible en el tramo X / número total de profesionales con agenda activa a la fecha de corte (último día del mes)] × 100. Tramos: 0-2, 3-5, 6-10 y más de 10 días hábiles. Los tramos podrán modificarse mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

B. Indicadores complementarios.

Indicador	AP-8. Porcentaje de consultas no presenciales.
Definición	Proporción de consultas a demanda atendidas de forma no presencial, cuya fecha de atención efectiva se encuentra comprendida en el mes de estudio, respecto del total de consultas a demanda atendidas en el centro sanitario en ese mismo periodo.
Fórmula de cálculo	a) Número de consultas a demanda atendidas en el centro sanitario: Número de registros con estado de la solicitud «Finalizada» y motivo de salida del registro «Solicitud atendida» y tipo de oferta de consulta «Consulta a demanda» y modalidad asistencial «Consulta presencial» o «Consulta no presencial» y fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio. b) Número de consultas no presenciales: Número de registros del apartado a) con modalidad asistencial «Consulta no presencial». c) Porcentaje de consultas no presenciales = [(b) / (a)] × 100.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-9. Porcentaje de citas no atendidas.
Definición	Proporción de solicitudes de consulta a demanda con cita programada para el mes de estudio que no llegaron a ser atendidas, clasificadas según el motivo de salida del registro.
Fórmula de cálculo	a) Total de citas programadas: Número de registros con tipo de oferta «Consulta a demanda» y fecha de cita asignada en el mes de estudio. b) Citas no atendidas por incomparecencia: Registros del apartado a) con estado «Finalizada» y motivo de salida «Solicitud no atendida por incomparecencia». c) Citas no atendidas por otros motivos: Registros del apartado a) con estado «Finalizada» y motivo de salida «Solicitud no atendida por renuncia expresa del paciente, fallecimiento u otras causas». d) Porcentaje global de citas no atendidas = $[(b + c)/(a)] \times 100$. e) Porcentaje no atendidas por incomparecencia = $[(b)/(a)] \times 100$. f) Porcentaje no atendidas por otros motivos = $[(c)/(a)] \times 100$.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	Por motivo de no atención: incomparecencia; otros motivos.

Indicador	AP-10. Porcentaje de solicitudes de cita no satisfechas.
Definición	Proporción de solicitudes de consultas a demanda para la primera fecha disponible que no pueden ser atendidas por inexistencia de huecos disponibles en la agenda del profesional

	correspondiente, respecto del total de solicitudes de consultas a demanda para la primera fecha disponible registradas en el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	a) Total de solicitudes de consultas a demanda para la primera fecha disponible registradas: Recuento de registros cuyo tipo de oferta de consulta sea «Consulta a demanda para la primera fecha disponible» y cuya Fecha de solicitud de la cita esté comprendida en el mes de estudio. b) Solicitudes no satisfechas por falta de huecos: Número de registros del apartado (a) que a la fecha de corte carecen de fecha de cita asignada. c) Porcentaje de solicitudes no satisfechas = [(b) / (a)] × 100
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

C. Indicadores de longitudinalidad.

Indicador	AP-11. Índice de longitudinalidad (IL).
Definición	Proporción de consultas de medicina, pediatría y enfermería, a demanda y programadas, (presenciales, no presenciales o domiciliarias), atendidas por el profesional de referencia asignado, respecto del total de consultas atendidas en el mes de estudio.
Fórmula de cálculo	a) Total de consultas atendidas en el mes de estudio: Número de registros con estado de la solicitud «Finalizada», motivo de salida del registro «Solicitud atendida», tipo de oferta «Consulta a demanda» o «Consulta programada», y fecha de atención efectiva comprendida en el mes de estudio. b) Consultas atendidas por el profesional de referencia asignado: Número de registros del apartado a) en los que el código CIAS del profesional que realiza la atención coincide con el del profesional de referencia asignado al paciente. c) Índice de longitudinalidad (IL) = $[(b)/(a)] \times 100$.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-12. Índice de continuidad con el profesional de referencia (ICPR).
Definición	Promedio de los índices de continuidad individuales de los pacientes con, al menos, cuatro consultas atendidas en los últimos doce meses, entendiendo por índice de continuidad individual la proporción de las consultas a demanda y programadas de cada paciente atendidas por su profesional de referencia asignado respecto del total de sus consultas en dicho periodo.
Fórmula de cálculo	ICPR (%) = $[\Sigma (n_i/N_i \times 100)] / P$, para todo i con $N_i \geq 4$, donde Ni: número total de registros del paciente *i* en estado «Finalizada» y motivo de salida «Solicitud atendida» para los tipos de oferta «Consulta a demanda» o «Consulta programada» y fecha de atención efectiva comprendida en los 365 días anteriores a la fecha de corte (último día del mes).

	n_i es el número de consultas del paciente i comprendidas en N_i, que han sido atendidas por su profesional de referencia asignado. P es el número total de pacientes distintos con $N_i \geq 4$ en el periodo de referencia de doce meses.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-13. Distribución del índice de continuidad individual.
Definición	Valores del índice de continuidad individual, definido en el indicador AP-12, por debajo de los cuales se sitúan el 25 por ciento, el 50 por ciento y el 75 por ciento de los pacientes con, al menos, cuatro consultas a demanda o programadas atendidas en los últimos doce meses.
Fórmula de cálculo	a) índice de continuidad individual (%) = $[(n_i/N_i \times 100)]$, para todo i con $N_i \geq 4$, donde i, n_i y N_i se definen en el indicador AP-10, basados en registros con estado de solicitud «Finalizada», motivo de salida «Solicitud atendida» y fecha de atención efectiva en los 365 días anteriores a la fecha de corte. b) Estadísticos de la distribución: Se calculan el percentil 25, 50 y 75 de la distribución de los índices de continuidad individual obtenidos en el apartado a).
Unidad de medida	Valor del índice de continuidad individual, expresado en porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-14. Porcentaje de pacientes con continuidad inferior al estándar.
Definición	Proporción de pacientes cuyo índice de continuidad individual es inferior al estándar respecto del total de pacientes con 4 o más consultas atendidas en el periodo de referencia de doce meses, para cada categoría profesional.
Fórmula de cálculo	% continuidad insuficiente = [número de pacientes con índice de continuidad individual inferior al estándar / P] × 100, donde P es el número total de pacientes distintos atendidos en cada categoría profesional con Ni ≥ 4 en los últimos doce meses, basados en registros con estado de solicitud «Finalizada», motivo de salida «Solicitud atendida» y fecha de atención efectiva en los 365 días anteriores a la fecha de corte (último día del mes). El estándar se establece por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

Indicador	AP-15. Índice de continuidad de pacientes de alta utilización.

Definición	Promedio de los índices de continuidad individuales de los pacientes que han realizado un número elevado de consultas a demanda o programadas, con N_i igual o superior a nueve, en el periodo de referencia de doce meses, como aproximación a la continuidad asistencial de los pacientes con mayor necesidad de atención.
Fórmula de cálculo	ICPR alta utilización (%) = $[\Sigma (n_i/N_i \times 100)] / Pc$, para todo i con $N_i \geq 9$, donde i, n_i y N_i se definen en el indicador AP-12, basados en registros con estado de solicitud «Finalizada», motivo de salida «Solicitud atendida» y fecha de atención efectiva en los 365 días anteriores a la fecha de corte. Pc es el número de pacientes distintos con $N_i \geq 9$ consultas en los últimos doce meses.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	No procede un desglose adicional.

III. Conjunto mínimo de datos.

Los registros de pacientes pendientes de consulta de atención primaria a demanda de las comunidades autónomas dispondrán del conjunto mínimo común de datos que se indica a continuación:

Denominación de la variable	**Definición.**	**Categorías.**
1. Código de Identificación Personal.		
2. Fecha de nacimiento.		
3. Sexo.		
4. País de nacimiento.		
5. Código postal del domicilio habitual del paciente.		
6. Ámbito rural o urbano.	Se calcula por el Ministerio de Sanidad a partir del CP.	Rural. Urbano.
7. Centro sanitario que realiza la atención.	Código del Catálogo Nacional de hospitales o REGCESS.	
8. Comunidad autónoma del centro sanitario.	Código INE de Comunidad Autónoma.	
9. Categoría profesional de la cita / consulta.	Colectivo profesional sanitario que oferta la cita o presta la atención.	1. Medicina de Familia. 2. Pediatría. 3. Enfermería.
10. Código de Identificación de la Agenda Sanitaria (CIAS) del profesional de referencia asignado.	Código de Identificación de la Agenda Sanitaria (CIAS) o código del profesional asignado al usuario en la base de población adscrita (TSI).	
11. Código de Identificación de la Agenda Sanitaria (CIAS) del profesional que realiza la atención.	Código del profesional sanitario que efectúa efectivamente la consulta.	
12. Identificador único de la cita solicitada.	Identificación unívoca de la cita solicitada por el paciente.	
13. Tipo de oferta de consulta.	Clasificación de la consulta según la iniciativa de la solicitud.	1. Consulta a demanda. 2. Consulta programada.

14. Modalidad asistencial.	Forma y lugar de prestación del servicio asistencial.	1. Presencial en el centro sanitario. 2. No presencial (telefónica/telemática). 3. Domiciliaria.
15. Fecha de solicitud de la cita.	Según apartado I.3 de este anexo.	
16. Fecha de registro.	Según apartado I.3 de este anexo.	
17. Fecha de cita asignada.	Según apartado I.3 de este anexo.	
18. Fecha de atención efectiva.	Según apartado I.3 de este anexo.	
19. Fecha de salida del registro.	Según apartado I.3 de este anexo.	
20. Estado de la solicitud en el registro.	Según apartado I.4 de este anexo.	Según apartado I.4 de este anexo.
21. Motivo de salida del registro.	Según apartado I.5 de este anexo.	Según apartado I.5 de este anexo.
22. Elección de fecha por el paciente.	Determina si la fecha asignada corresponde al primer hueco disponible o si ha sido elegida por el paciente.	1. Fecha asignada en el primer hueco disponible. 2. Fecha elegida voluntariamente por el paciente posterior al primer hueco libre.
23. Consultas de medicina acumuladas en los últimos 12 meses.	Total, de consultas de medicina (presencial, no presencial y domiciliarias, a demanda y programadas) del paciente en los últimos 12 meses.	
24. Consultas de pediatría acumuladas en los últimos 12 meses.	Total, de consultas de pediatría (presencial, no presencial y domiciliarias, a demanda y programadas) del paciente en los últimos 12 meses.	
25. Consultas de enfermería acumuladas en los últimos 12 meses.	Total, de consultas de enfermería (presencial, no presencial y domiciliarias, a demanda y programadas) del paciente en los últimos 12 meses.	

Para cada profesional con agenda activa a la fecha de corte (último día del mes):

Denominación de la variable	**Definición.**	**Categorías.**
26. Identificador del profesional de referencia asignado.	Código de Identificación de la Agenda Sanitaria (CIAS) o código del profesional asignado al usuario en la base de población adscrita (TSI).	
27. Centro sanitario que realiza la atención.	Código del Catálogo Nacional de hospitales o REGCESS.	
28. Fecha del primer hueco disponible a demanda.	Fecha de la primera disponibilidad libre en la agenda del profesional a la fecha de corte (último día del mes).	
29. Fecha del tercer hueco disponible a demanda.	Fecha de la tercera disponibilidad libre en la agenda del profesional a la fecha de corte (último día del mes).	

Para cada centro sanitario de atención primaria en el que se realicen consultas programadas o a demanda, no urgentes:

Denominación de la variable	**Definición.**	**Categorías.**

30. Centro sanitario que realiza la atención.	Código del Catálogo Nacional de hospitales o REGCESS	
31. Comunidad autónoma del centro sanitario.	Código INE de Comunidad Autónoma.	
32. Fechas inhábiles del centro.	Se recogen todas las fechas inhábiles del año según apartado I.7 de este anexo: sábados, domingos y festivos conforme al calendario oficial de la CCAA.	

ANEXO IV

Establecimiento de prioridades para inclusión en lista de espera

I. Prioridades para consulta externa y prueba diagnóstica/terapéutica.

Prioridad 1, solicitud preferente: aquella que debe realizarse en un plazo máximo de quince días.

Prioridad 2, solicitud ordinaria: solicitud de consulta o prueba complementaria en la que no concurren otros elementos de prioridad.

II. Prioridades para indicación quirúrgica.

Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a treinta días.

Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a noventa días.

Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, al no producir aquella secuelas relevantes.

ANEXO V

Indicadores de calidad del dato y validación

Para reforzar la validez, comparabilidad, trazabilidad y auditabilidad del Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, se aplicarán, al menos, las siguientes reglas de validación:

a) Integridad y completitud de la información.

b) Coherencia temporal y lógica de los registros.

c) Coherencia entre el volumen acumulado y los flujos de entrada y salida.

d) Detección de duplicidades y reinclusiones.

e) Validación específica de los pacientes transitoriamente no programables.

f) Detección de salidas del registro sin atención sanitaria efectiva.

g) Coherencia externa con otras fuentes de información.

h) Detección analítica de anomalías.

Indicadores de calidad del dato.

Sin perjuicio de su ampliación futura, se establecen los siguientes indicadores de calidad del dato, que se producirán con periodicidad trimestral y referencia mensual:

Indicador	CD-1. Porcentaje de registros sin fecha de indicación o fecha de solicitud de la cita.
Definición	Proporción de registros del sistema que carecen de fecha de indicación médica para consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas; fecha de indicación quirúrgica para las intervenciones quirúrgicas y fecha de solicitud de la cita para atención primaria.
Fórmula de cálculo	[Número de registros sin fecha de indicación o fecha de solicitud de la cita / número total de registros] × 100.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	Por tipo de registro (consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas, intervenciones quirúrgicas, consultas de atención primaria).

Indicador	CD-2. Porcentaje de registros con fecha de registro superior a cinco días tras la indicación médica o quirúrgica.
Definición	Proporción de registros en los que la fecha de incorporación administrativa al registro excede el plazo máximo de cinco días desde la fecha de indicación médica o quirúrgica.
Fórmula de cálculo	[Número de registros con fecha de registro superior a cinco días desde la fecha de indicación / número total de registros] × 100.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	Por registro.

Indicador	CD-3. Porcentaje de registros sin identificador de episodio.
Definición	Proporción de registros que carecen de identificador de episodio o proceso clínico.
Fórmula de cálculo	[Número de registros sin identificador de episodio / número total de registros] × 100.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	Por registro.

Notas de cómputo	Exigible una vez implantado el identificador de episodio clínico.

Indicador	CD-4. Porcentaje de pacientes con episodios potencialmente duplicados.
Definición	Proporción de pacientes con múltiples episodios activos que, por coincidencia de variables clínicas y temporales, resultan potencialmente duplicados en el registro.
Fórmula de cálculo	[Número de pacientes con episodios potencialmente duplicados detectados / número total de pacientes en el registro] × 100.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	Por registro.

Indicador	CD-5. Porcentaje de pacientes sin Código de Identificación Personal.
Definición	Número y proporción de pacientes en lista de espera que carecen del Código de Identificación Personal del Sistema Nacional de Salud o del identificador autonómico equivalente.
Fórmula de cálculo	a) Número de pacientes sin CIP: recuento de pacientes en lista de espera que carecen del Código de Identificación Personal del Sistema Nacional de Salud o del identificador autonómico equivalente. b) Porcentaje: [(a) / número total de pacientes en lista de espera] × 100.
Unidad de medida	Porcentaje.
Desglose	Por tipo de registro (consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas, intervenciones quirúrgicas, consultas de atención primaria).

MEMORIA DE ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO

REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LISTAS DE ESPERA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA EL TRATAMIENTO HOMOGÉNEO DE LA INFORMACIÓN.

26 de octubre de 2026

FICHA RESUMEN EJECUTIVO

Ministerios proponentes	MINISTERIO DE SANIDAD.	**Fecha**	26/10/2026.
Título de la norma	Real Decreto por el que se regula el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud y se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información.		
Tipo de Memoria	Normal ☒ Abreviada ☐		
OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA			
Situación que se regula	Este real decreto tiene por objeto establecer los criterios, indicadores y requisitos básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas de atención hospitalaria y de consultas de atención primaria, a fin de alcanzar un tratamiento homogéneo de esta información en el Sistema Nacional de Salud.		
Objetivos que se persiguen	Establecer los criterios, indicadores y requisitos básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas de atención hospitalaria y de consultas de atención primaria, a fin de alcanzar un tratamiento homogéneo de esta información en el conjunto del Sistema Nacional de Salud que permita el análisis y la evaluación de sus resultados, necesidades y funcionamiento, garantizando la transparencia, la equidad y la calidad del dato en la información facilitada a la ciudadanía.		
Principales alternativas consideradas	Se descarta la alternativa cero de mantenimiento del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por su falta de adecuación a la evolución de los modelos asistenciales y por la ausencia de toda regulación homogénea de la atención primaria, así como la alternativa de una modificación parcial de dicho real decreto, optándose por su sustitución íntegra mediante una norma que unifique el tratamiento de la información en todos los niveles asistenciales.		
CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO			

Tipo de norma	Real Decreto
Estructura de la norma	El proyecto normativo consta de once artículos, cuatro disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria, cuatro disposiciones finales y cinco anexos.

Informes recabados	El proyecto de real decreto se somete, de conformidad con el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, a los siguientes trámites de consulta e informe: **Informes del Departamento proponente**: • Gabinete de la Subsecretaría de Sanidad. • Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad. • Oficina Presupuestaria del Ministerio de Sanidad. • Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). • Delegado de Protección de Datos del Ministerio de Sanidad. • Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad. **Informes de otros Departamentos:** • Ministerio de Hacienda. • Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública. • Ministerio de Economía, Comercio y Empresa (Instituto Nacional de Estadística). • Ministerio de Igualdad. • Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. • Ministerio de Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. • Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. • Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, tanto en el párrafo primero como en el sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. • Oficina de Coordinación y Calidad Normativa del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. **Informes de comunidades autónomas y entidades locales:** • Consulta a las comunidades autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla. • Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 67 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. • Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. **Otros informes, consultas y trámites:**

	• Informe de la Agencia Española de Protección de Datos, de conformidad con el artículo 36.4 del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, y el artículo 5.3.b) del Estatuto de la Agencia Española de Protección de Datos, aprobado por Real Decreto 389/2021, de 1 de junio. • Consejo Nacional de la Discapacidad, de conformidad con el artículo 2.1.d) del Real Decreto 1855/2009, de 4 de diciembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad. • Dictamen del Consejo de Estado, conforme a lo previsto en el artículo 22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.	
Trámites de participación pública.	Se ha sustanciado el trámite de consulta pública previa, entre el 16 de febrero y el 8 de marzo de 2026, conforme al artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. Procede sustanciar el trámite de audiencia e información públicas, conforme al artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, al afectar la norma a los derechos e intereses legítimos de la ciudadanía, tanto en el acceso a la información sobre listas de espera como en el tratamiento de datos de carácter personal que dicho sistema comporta.	
ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS	Este real decreto se dicta al amparo de la competencia exclusiva que el artículo 149.1.16.ª de la Constitución Española atribuye al Estado en materia de bases y coordinación general de la sanidad, en desarrollo de lo previsto en los artículos 40, apartados 13, 15 y 16, 70.2.d) y 73.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.	
ANALISIS DE IMPACTOS		
IMPACTOS ECONOMICOS Y SOBRE LA COMPETENCIA.	Efectos sobre la economía en general.	☒ Efectos positivos.

	En relación con la competencia	☒ La norma no tiene efectos significativos sobre la competencia. ☐ La norma tiene efectos positivos sobre la competencia. ☐ La norma tiene efectos negativos sobre la competencia.
CARGAS ADMINISTRATIVAS.	Desde el punto de vista de las cargas administrativas	☐ Supone una reducción de cargas administrativas. Cuantificación estimada: ☐ Incorpora nuevas cargas administrativas. ☒ No afecta a las cargas administrativas de las empresas.
IMPACTO PRESUPUESTARIO	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma ☐ No afecta a los presupuestos de la Administración del Estado ni de otras Administraciones Territoriales. ☒ Afecta a los presupuestos de la Administración del Estado. ☒ Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.	☒ Implica un gasto. ☐ Implica un ingreso.
IMPACTO DE GÉNERO	La norma tiene un impacto de género:	☒ Positivo ☐ Nulo ☐ Negativo
OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS	Se considera que el impacto es positivo en materia de infancia y adolescencia, de familia, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, y neutro en materia de cambio climático y de unidad de mercado.	

OTRAS CONSIDERACIONES	No se realizan.

I. Oportunidad de la propuesta.

1. Motivación.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, estableció en su capítulo V el Sistema de Información Sanitaria, orientado a garantizar la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las administraciones sanitarias públicas, con objetivos y contenidos acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, previendo además, en su artículo 55, la elaboración de estadísticas para fines estatales en materia sanitaria. En desarrollo de este marco, el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, estableció por primera vez un marco común de definiciones, criterios de cómputo e indicadores para la medición de las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas.

Transcurridas más de dos décadas desde su aprobación, la evolución de los modelos asistenciales, la experiencia acumulada en su aplicación y la propia evolución de la demanda sanitaria han puesto de manifiesto la necesidad de revisar en profundidad dicho marco normativo. Los sucesivos Barómetros Sanitarios revelan de forma persistente que las demoras asistenciales se han consolidado como uno de los principales motivos de preocupación de la ciudadanía, siendo un indicador clave de la capacidad de respuesta del sistema sanitario público. A ello se añade que procesos de particular relevancia social y sanitaria, como los oncológicos, la salud mental o la atención pediátrica, carecen en la actualidad de un seguimiento específico dentro del sistema, lo que dificulta valorar el impacto real de las demoras sobre el pronóstico y el bienestar de los pacientes. En el ámbito de la atención primaria, el incremento sostenido de las demoras para el acceso a la consulta, unido a la ausencia de una regulación equivalente a la existente para la atención hospitalaria, aconseja extender por primera vez a este nivel asistencial el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera.

A tal efecto, el 30 de abril de 2024 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó la creación de un grupo de trabajo para abordar de manera integral la situación de las listas de espera, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, en cuyo seno se constituyeron cuatro subgrupos específicos. Los trabajos del subgrupo 1, relativo a la atención hospitalaria, se recogen en el Documento Técnico 1, «Propuesta de criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas», y los relativos a la atención primaria en el Documento Técnico 8 «Propuesta de criterios,

indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas de atención primaria». Ambos documentos constituyen el fundamento técnico de este real decreto y recogen los elementos mínimos de consenso que deben ser objeto de tratamiento normativo.

2. Objetivos.

Este real decreto persigue, en desarrollo del marco descrito, los siguientes objetivos:

a) Implantar de forma unificada el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, como componente del Sistema de Información Sanitaria previsto en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, extendiendo su ámbito de aplicación, por primera vez, a las consultas de atención primaria a demanda de medicina, pediatría y enfermería, junto a las consultas externas, las pruebas diagnósticas y terapéuticas y las intervenciones quirúrgicas de atención hospitalaria ya cubiertas por el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo.

b) Actualizar los criterios de indicación y prioridad clínica de los pacientes en lista de espera, incorporando el seguimiento específico de procesos de particular relevancia sanitaria y social, como los oncológicos, y ampliando de forma sustancial el número de especialidades, pruebas y procedimientos quirúrgicos monitorizados.

c) Reforzar las garantías operativas de registros de pacientes en lista de espera, fijando un plazo máximo de cinco días naturales para su inclusión desde la indicación médica o quirúrgica en la atención hospitalaria y la fecha de solicitud de la cita como fecha de inclusión en la atención primaria, prohibiendo la existencia de listas, bolsas o registros paralelos, exigiendo que toda salida del registro quede documentada y motivada, y dotando de huella digital identificable a la fecha de indicación y a la de inclusión en el registro.

d) Asegurar la permanencia y la trazabilidad del paciente en el registro desde la indicación o la solicitud de la cita hasta la realización efectiva de la prestación, incluidos los supuestos de derivación a centros concertados, de rechazo de la derivación a un centro alternativo y de derivación a un centro sanitario de otra comunidad autónoma, y sentar las bases para la trazabilidad del proceso clínico completo mediante un identificador de episodio clínico.

e) Incorporar reglas de validación e indicadores de calidad del dato, sin precedente en la regulación anterior, orientados a garantizar la fiabilidad, la comparabilidad y la auditabilidad de la información remitida por las comunidades autónomas.

f) Reforzar la transparencia hacia la ciudadanía, mediante la publicación trimestral de los indicadores en una modalidad dirigida al público general, con herramientas de visualización gráfica, y en formato de datos abiertos, así como mediante el reconocimiento del derecho de cada paciente a acceder a información personalizada sobre su propio proceso.

g) Posibilitar el análisis de la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, mediante la desagregación de los indicadores por sexo y grupo etario y, a partir del cruce de los microdatos con la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud, por determinantes sociales de la salud, tales como el nivel de renta o privación socioeconómica,

el país de nacimiento o el ámbito rural o urbano, con las garantías de protección de datos que se detallan en el apartado II.2 de esta memoria.

h) Sentar las bases para la inclusión de la información sobre listas de espera del Sistema Nacional de Salud como operación estadística para fines estatales en el Plan Estadístico Nacional, de conformidad con la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública.

3. Análisis de alternativas.

Se ha valorado, en primer lugar, la «alternativa cero», consistente en el mantenimiento del vigente Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo. Esta opción se descarta por resultar manifiestamente insuficiente: transcurridas más de dos décadas desde su aprobación, dicho real decreto no contempla la atención primaria, no incorpora criterios de validación ni indicadores de calidad del dato, no permite el análisis de la influencia de los determinantes sociales de la salud en el acceso a la asistencia, y su marco de definiciones y criterios de cómputo ha quedado desactualizado respecto de la evolución de los modelos asistenciales y de las tecnologías de la información disponibles.

Se ha valorado, en segundo lugar, la alternativa de una modificación parcial del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, ceñida a la actualización de determinados indicadores o plazos. Esta opción se descarta igualmente, por resultar contraria al criterio restrictivo que las Directrices de Técnica Normativa establecen para las modificaciones normativas cuando estas no constituyen el objeto principal de la disposición, y por resultar insuficiente ante la magnitud de los cambios que se introducen: la incorporación de un nuevo nivel asistencial no regulado hasta la fecha, la creación de un nuevo régimen de tratamiento de datos personales con fines de análisis de la equidad, el establecimiento de nuevas garantías para los pacientes. Dichos elementos aconsejan la sustitución íntegra de la norma en lugar de su modificación fragmentaria.

En consecuencia, se opta por la alternativa consistente en la aprobación de un nuevo real decreto que derogue y sustituya al Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, regulando de forma unificada el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, sin que las limitaciones técnicas o funcionales que puedan presentar los sistemas de información autonómicos deban operar como factor limitante de estos objetivos.

4. Adecuación a los principios de buena regulación.

Este real decreto se ajusta a los principios de buena regulación previstos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y en el artículo 26.1 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Necesidad y eficacia. La norma resulta necesaria por la razón de interés general, expuesta en los apartados anteriores, de homogeneizar la información sobre listas de espera y de extenderla por primera vez a la atención primaria, sustentándose en los informes elaborados por el grupo de trabajo constituido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 30 de abril de 2024. Resulta asimismo eficaz, por ser el instrumento más adecuado para alcanzar dicho fin,

dado su carácter de norma con rango de real decreto, coherente con el precedente del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo.

Proporcionalidad. La norma resulta proporcionada, al limitarse a establecer las definiciones, los criterios de cómputo, los indicadores y las garantías comunes imprescindibles para asegurar la comparabilidad de la información en todo el Sistema Nacional de Salud, sin imponer a las comunidades autónomas obligaciones que excedan de lo necesario para ese fin ni afectar a sus competencias de organización y gestión.

Seguridad jurídica. La norma es conforme con el principio de seguridad jurídica, al dictarse en coherencia con el marco establecido en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, articularse como actualización y sustitución expresa del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y mantener la coherencia con el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, y con el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.

Transparencia. La norma cumple el principio de transparencia, al haber estado precedida su elaboración de un proceso de trabajo técnico con participación de las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al haberse sometido a los trámites de consulta pública previa y de audiencia e información pública, en los términos que se detallan en el apartado II.3 de esta memoria, y al reforzar las obligaciones de publicación de indicadores previstas en el artículo 8.

Eficiencia. La norma responde, por último, al principio de eficiencia, al evitar la creación de cargas o estructuras administrativas innecesarias, articulándose sobre los registros de pacientes en lista de espera ya existentes en las comunidades autónomas y sobre fuentes de información disponibles, como la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud y las definiciones y la estructura de intercambio del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada a las que remite el conjunto mínimo de datos, y al prohibir expresamente, en su artículo 5, la existencia de listas, bolsas o registros paralelos.

La aplicación de este real decreto exigirá que las comunidades autónomas adapten sus sistemas de información, para lo que se establece el plazo previsto en la disposición transitoria única; su repercusión presupuestaria se cuantifica en el apartado IV.2 de esta memoria.

5. Plan Anual Normativo.

Este proyecto de real decreto figura incluido en el Plan Anual Normativo correspondiente al ejercicio 2026, bajo la denominación «Real Decreto por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud».

II. Contenido, análisis jurídico y descripción de la tramitación.

1. Contenido.

De conformidad con su artículo 1, este real decreto tiene por objeto establecer los criterios, indicadores y requisitos básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas de atención hospitalaria y de consultas de atención primaria, a fin de alcanzar un

tratamiento homogéneo de esta información en el Sistema Nacional de Salud. A tal efecto, implanta el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, define los criterios de indicación y prioridad clínica de los pacientes en lista de espera, establece las garantías de información que deben facilitarse a la ciudadanía y fija los criterios de publicación, transparencia y calidad del dato aplicables a los indicadores del sistema, actualizando y sustituyendo con ello el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y regulando de forma unificada la materia.

El real decreto se estructura en once artículos, cuatro disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria, cuatro disposiciones finales y cinco anexos.

El artículo 1 establece el objeto de la norma, y el artículo 2 su ámbito de aplicación, que se extiende, junto a las consultas externas, las pruebas diagnósticas y terapéuticas y las intervenciones quirúrgicas, por primera vez a las consultas de atención primaria. La estructura del sistema se regula en el artículo 3, que lo articula a partir de los registros de pacientes pendientes existentes en las comunidades autónomas y de los indicadores básicos, mínimos y comunes que permiten la homogeneidad en su evaluación global y la mejora de su gestión, mientras que el artículo 4 fija los criterios de indicación y prioridad clínica, actualizables por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Sobre esa base se articulan las garantías operativas del registro. En primer lugar, el artículo 5 impone a los servicios de salud la existencia de un registro de pacientes en lista de espera para cada uno de los ámbitos del sistema; en atención hospitalaria, la inclusión es automática desde la indicación del facultativo y el trámite formal no puede demorarse más de cinco días naturales desde la fecha de indicación médica o quirúrgica, y en atención primaria la fecha de inclusión es la de solicitud de la cita por el paciente, en ambos casos con independencia de la disponibilidad de agenda y sin que puedan existir listas, bolsas o registros paralelos; toda salida del registro debe quedar documentada con el motivo específico de la baja, y la fecha de indicación y la de inclusión en el registro tendrán una huella digital identificable. El artículo 6 regula la remisión de la información por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad, mediante microdatos del conjunto mínimo de datos correspondientes a cada mes del trimestre, en los treinta días naturales siguientes a su finalización y a través de la red de comunicaciones del Sistema Nacional de Salud, y el tratamiento posterior por el Ministerio, que, con carácter previo a cualquier otro tratamiento, cruza los microdatos con la base de datos de población protegida y los seudonimiza. El artículo 7 introduce, por primera vez, un marco de reglas de validación e indicadores de calidad del dato, recogidos en el anexo V, orientados a garantizar su fiabilidad, comparabilidad y auditabilidad.

La transparencia hacia la ciudadanía se articula en dos planos. De un lado, el artículo 8 regula la publicación trimestral de los indicadores, referidos a cada uno de los meses del año, en el plazo máximo de sesenta días naturales desde el último día del trimestre, en dos modalidades, una dirigida al público general, con herramientas de visualización gráfica y aplicaciones interactivas, y otra en formato de datos abiertos y anonimizados, ambas desagregables por sexo, grupo de edad, prioridad clínica y estado de la garantía de tiempo máximo de acceso, además de los grupos establecidos en los anexos. De otro, los artículos 9 y 10 reconocen el derecho de cada paciente a acceder a información personalizada sobre el motivo de su inclusión, su prioridad clínica, el tiempo de espera, el estado de su cita y los indicadores de demora de su centro sanitario, a consultar en

línea su situación en el registro, con especificación de su tipo de espera, a solicitar la modificación o cancelación de su cita a través de los medios que habilite su servicio de salud, garantizando alternativas accesibles para superar la brecha digital, y a acceder al sistema de información de la comunidad autónoma de destino cuando sea derivado a un centro sanitario de otra comunidad; y a permanecer inscrito en el registro desde la fecha de indicación o de solicitud de la cita hasta la realización efectiva de la prestación, incluso cuando esta se derive a un centro concertado, preservando su antigüedad cuando rechace la derivación a un centro alternativo. Cierra el articulado el artículo 11, que encomienda a la Comisión de Salud Digital la elaboración y actualización de la Guía Técnica del sistema, con las especificaciones técnicas y metodológicas necesarias para un tratamiento homogéneo y comparable en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Las disposiciones adicionales completan este diseño: la primera adapta las referencias a las comunidades autónomas al ámbito de Ceuta y Melilla, donde se entenderán hechas al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; la segunda prevé la implantación gradual de un identificador de episodio clínico, del que depende la exigibilidad de los indicadores CE-11 y CE-12 sobre tiempo de espera hasta el diagnóstico; la tercera ordena la tramitación del alta del sistema en el Inventario de Operaciones Estadísticas y de la propuesta para su inclusión como operación estadística para fines estatales en el Plan Estadístico Nacional, en el plazo máximo de doce meses desde la aplicación plena del sistema; y la cuarta establece el régimen de protección de datos de carácter personal aplicable al conjunto del sistema. La disposición derogatoria única deroga el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y las cuatro disposiciones finales regulan, respectivamente, el título competencial, la adaptación de las referencias normativas, la habilitación normativa y la entrada en vigor y eficacia.

A este respecto, conviene precisar el régimen de aplicación temporal del real decreto, que se articula en la disposición transitoria única y en la disposición final cuarta. El real decreto entra en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», si bien la aplicabilidad de los artículos 3 y 5 a 10 y de la disposición adicional cuarta queda diferida al cumplimiento del plazo y condiciones de la disposición transitoria única. Esta establece, en primer lugar, que la Comisión de Salud Digital aprobará la Guía Técnica prevista en el artículo 11 en el plazo máximo de cuatro meses desde la entrada en vigor. En segundo lugar, concede a las comunidades autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria un plazo de veinticuatro meses para adaptar sus registros y sistemas de información a los criterios, estructuras de datos, definiciones e indicadores del real decreto y de sus anexos. En tercer lugar, durante ese plazo, dichas administraciones continuarán remitiendo y publicando la información sobre listas de espera conforme a los artículos 1, 2, 4 y 5 y a los anexos del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, que mantienen su eficacia operativa a estos exclusivos efectos, y remitirán además al Ministerio de Sanidad, a medida que dispongan de los datos y hayan realizado las adaptaciones necesarias, los microdatos conforme al nuevo real decreto, exclusivamente a efectos de prueba y evaluación técnica, sin efectos de publicación. Por último, transcurridos los veinticuatro meses, los criterios, flujos de información, derechos y garantías de los artículos 3 y 5 a 10 y de la disposición adicional cuarta serán de aplicación plena y obligatoria para todas las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, decayendo definitivamente la aplicación del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, sin perjuicio de la exigibilidad diferida de los indicadores CE-11 y CE-12 conforme a la disposición adicional segunda.

Los anexos I y II regulan las definiciones, los criterios de cómputo, los indicadores y el conjunto mínimo de datos de las consultas externas, las pruebas diagnósticas y terapéuticas y las intervenciones quirúrgicas, ampliando la relación de especialidades y procedimientos monitorizados. El anexo III extiende ese mismo tratamiento a la atención primaria, incorporando indicadores de longitudinalidad que valoran la continuidad del vínculo entre cada paciente y su profesional de referencia. El anexo IV recoge las prioridades de indicación clínica, y el anexo V los indicadores de calidad del dato.

2. Análisis jurídico.

a) Base jurídica y rango de la norma. El capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, constituye la base legal sustantiva del Sistema de Información Sanitaria. A este respecto, resulta fundamental destacar la cobertura que ofrecen los preceptos de dicho capítulo, en especial el artículo 53.3, que atribuye expresamente al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la competencia para definir y normalizar los datos y flujos de información, seleccionar los indicadores clave y fijar los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información; el artículo 53.5, que prevé que el sistema esté a disposición de las administraciones públicas sanitarias, los gestores y profesionales y los ciudadanos en los términos de acceso y difusión que se acuerden en el Consejo Interterritorial, lo que sustenta la publicación de indicadores y los derechos reconocidos en los artículos 9 y 10 de este real decreto; el artículo 53.6, que impone formalmente a las comunidades autónomas, a la Administración General del Estado y a las entidades gestoras la obligación de aportar los datos necesarios para el mantenimiento y desarrollo del sistema; y el artículo 53.7, que sujeta la cesión de los datos, incluidos los de carácter personal, a la legislación de protección de datos y a las condiciones acordadas en el Consejo Interterritorial del SNS.

Asimismo, el artículo 54 de la misma ley pone a disposición del SNS una red segura de comunicaciones, por la que se remitirán los microdatos a que se refiere el artículo 6; el artículo 55 fundamenta la dimensión estadística pública del sistema, al disponer que contemplará específicamente la realización de estadísticas para fines estatales en materia sanitaria; el artículo 57.3 prevé la base de datos que recoge la información básica de asegurados del SNS y un servicio de intercambio de información sobre la población protegida, que constituye la referencia para el cruce regulado en el artículo 6 de este real decreto; y el artículo 58.3 atribuye al Ministerio de Sanidad la función de recabar datos procedentes de otras fuentes para complementar la información intrínseca al Sistema Nacional de Salud y posibilitar el establecimiento de correlaciones y la comparabilidad. Los artículos 4.b) y 25 de la ley amparan, por su parte, la preservación de la antigüedad en la lista de espera y la trazabilidad del proceso, en cuanto condiciones de las que depende la garantía de tiempo máximo de acceso. El Sistema de Información de Listas de Espera regulado en esta norma se constituye como un componente sustantivo de ese Sistema de Información Sanitaria, e incide directamente en el ejercicio de las competencias estatales de coordinación y cohesión en materia sanitaria.

Por su parte, su aprobación mediante real decreto se justifica, como ya lo hizo el precedente Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por tratarse del instrumento reglamentario propio para el desarrollo ejecutivo de las previsiones de coordinación y cohesión contenidas en la

citada ley, en ejercicio de la potestad reglamentaria que atribuye al Gobierno el artículo 97 de la Constitución Española y el artículo 24 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

b) Derogación normativa. La disposición derogatoria única deroga expresamente el 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, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en este real decreto. Ello se entiende sin perjuicio del régimen transitorio delimitado en la disposición transitoria única, que mantiene la eficacia operativa de los artículos 1, 2, 4 y 5 y de los anexos del real decreto derogado, a los exclusivos efectos de la remisión y publicación de la información durante el plazo de veinticuatro meses de adaptación de los sistemas de información, transcurrido el cual decae definitivamente su aplicación.

c) Entrada en vigor. Conforme a la disposición final cuarta, el real decreto entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», de acuerdo con la regla general prevista en el artículo 2.1 del Código Civil, sin que concurran en este caso razones de necesidad que justifiquen una entrada en vigor inmediata. Desde esa fecha son aplicables los artículos 1, 2, 4 y 11, las disposiciones adicionales primera a tercera y las disposiciones transitoria, derogatoria y finales. La aplicabilidad de los artículos 3 y 5 a 10 y de la disposición adicional cuarta queda diferida al cumplimiento del plazo y condiciones previstos en la disposición transitoria única, de modo que será plena y obligatoria una vez transcurridos veinticuatro meses desde la entrada en vigor, manteniéndose entre tanto, con carácter operativo y limitado, los criterios del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo.

d) Relación con otras normas del ordenamiento jurídico español. Este real decreto guarda relación directa con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo capítulo V desarrolla normativamente. Asimismo, se vincula estrechamente con 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, cuyo régimen de garantías se mantiene y complementa. A fin de evitar incoherencias normativas tras la derogación del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, la disposición final segunda establece que las referencias que a dicho real decreto se efectúen en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, o en otras disposiciones de igual o inferior rango se entenderán hechas a las previsiones correspondientes de este real decreto, lo que garantiza la armonización entre los sistemas de información y el régimen de garantías de tiempos máximos.

La norma se relaciona también con el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, marco de referencia para la identificación unívoca de la población protegida e interoperabilidad de datos asistenciales en el Sistema Nacional de Salud; con el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, en el que se integra el identificador de episodio clínico previsto en la disposición adicional segunda; con el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, de clasificación de especialidades en Ciencias de la Salud; con el Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad, aplicable a la red de comunicaciones por la que se remiten los microdatos; y con la Ley 12/1989, de 9

de mayo, de la Función Estadística Pública, en cuyo marco se prevé, en la disposición adicional tercera, la futura incorporación de esta operación al Plan Estadístico Nacional.

e) Protección de datos de carácter personal y derecho de la Unión Europea. El tratamiento de los datos de carácter personal necesarios para el funcionamiento del sistema se sujeta al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y se desarrolla en la disposición adicional cuarta, cuyo diseño se explica a continuación.

Reparto de responsabilidades. Las comunidades autónomas y el INGESA son responsables del tratamiento respecto de los microdatos que integran en sus registros y remiten al sistema. El Ministerio de Sanidad actúa como encargado del tratamiento por cuenta de aquellas, de conformidad con el artículo 33.5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, que permite atribuir las competencias propias de un encargado a un órgano de la Administración General del Estado mediante una norma reguladora que incorpore el contenido del artículo 28.3 del Reglamento (UE) 2016/679, contenido que recoge el apartado 2.c) de la disposición adicional cuarta. El Ministerio de Sanidad actúa como encargado exclusivamente a los efectos de la recepción de los microdatos, su cruce con la base de datos de población protegida y su posterior seudonimización. Una vez seudonimizados, asume la condición de responsable del tratamiento para la generación, explotación, publicación y evaluación de los indicadores agregados, en el ejercicio de las funciones que le atribuyen los artículos 53 y 55 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Descripción técnica del cruce y la seudonimización. El tratamiento se desarrolla en las siguientes fases:

- Remisión. Las comunidades autónomas y el INGESA remiten trimestralmente los microdatos del conjunto mínimo de datos, a través de la red segura de comunicaciones del Sistema Nacional de Salud prevista en el artículo 54 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, identificados mediante el Código de Identificación Personal del Sistema Nacional de Salud o el identificador autonómico equivalente.

- Cruce. Con carácter previo a cualquier otro tratamiento, el Ministerio de Sanidad, actuando como encargado, cruza los microdatos con la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 57.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. El cruce tiene una doble finalidad: garantizar la unicidad de los registros correspondientes a una misma persona atendida en distintos servicios de salud, e incorporar las variables estrictamente necesarias para desagregar los indicadores por nivel de renta o privación socioeconómica, país de nacimiento y ámbito residencial rural o urbano, así como, cuando el dato no conste en los microdatos remitidos, para completar el grupo etario. El resultado del cruce no puede ser objeto de comunicación, consulta o explotación a nivel individual ni fundamentar decisión alguna, individual o automatizada, respecto de un paciente concreto.

- Seudonimización. Realizado el cruce, el Ministerio procede a la seudonimización de los microdatos mediante un algoritmo común que garantiza la interoperabilidad de la información entre territorios. Los microdatos identificados se conservan solo el tiempo

estrictamente necesario para ello, sin dilación indebida, y se destruyen inmediatamente después.

- Cálculo y explotación. La unidad del Ministerio que actúa como responsable calcula los indicadores exclusivamente sobre datos seudonimizados, sin acceso en ningún caso a los microdatos identificados ni a la clave o algoritmo de seudonimización, cuya custodia corresponde a la unidad encargada. Se prohíbe la reidentificación de los microdatos seudonimizados.

- Publicación y supresión. Los indicadores desagregados por determinantes sociales se publican exclusivamente de forma agregada y anonimizada, aplicando reglas de agregación mínima que impidan la identificación directa o indirecta de las personas. Los microdatos seudonimizados y el resultado del cruce se eliminan, como máximo, a los treinta días de la publicación de los indicadores del periodo correspondiente, sin que se conserven registros de nivel individual.

Garantías. La disposición adicional cuarta exige la separación técnica y funcional entre la unidad que actúa como encargada y la que actúa como responsable del cálculo y la explotación de los indicadores, así como un registro de trazabilidad de los accesos a los microdatos y el compromiso expreso de confidencialidad y secreto profesional de las personas autorizadas. Impone, además, dos evaluaciones de impacto relativas a la protección de datos, conforme al artículo 35 del Reglamento (UE) 2016/679: una por cada comunidad autónoma y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, respecto de los tratamientos de los que son responsables, para lo que podrán recabar la asistencia técnica del Ministerio, y otra por el Ministerio de Sanidad, con carácter previo al inicio de las operaciones de cálculo y explotación de los indicadores. Resultan de aplicación las medidas de seguridad del Esquema Nacional de Seguridad y las previstas en el artículo 54 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Base jurídica. El tratamiento, incluidos los datos relativos a la salud, se fundamenta en el cumplimiento de una obligación legal y en el ejercicio de poderes públicos, conforme al artículo 6.1.c) y e) y al artículo 9.2.g) e i) del Reglamento (UE) 2016/679, en relación con los artículos 4, 25 y 53 a 56 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Desde la inclusión del sistema en el Plan Estadístico Nacional, la actuación del Ministerio como responsable se fundamenta además en el artículo 9.2.j), en relación con el artículo 89.1, del mismo reglamento, en el artículo 25 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y en el artículo 15 de la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de modo que los datos comunicados no puedan destinarse a fin distinto de la elaboración de la estadística para fines estatales. El artículo 58.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, que faculta al Instituto de Información Sanitaria para recabar datos de otras fuentes con el fin de complementar la información del sistema y posibilitar correlaciones, refuerza la cobertura legal de este análisis.

El diseño responde a los principios de minimización y de protección de datos desde el diseño y por defecto, y permite obtener información sobre equidad en el acceso a la asistencia sanitaria sin que se elaboren perfiles individuales ni se adopten decisiones sobre pacientes concretos. El proyecto se somete a informe de la Agencia Española de Protección de Datos, cuyas observaciones se incorporarán a esta memoria.

3. Descripción de la tramitación.

En la elaboración de este real decreto se han sustanciado o está previsto sustanciar los siguientes trámites:

Consulta pública previa. Sustanciada a través del portal de transparencia del Ministerio de Sanidad, bajo la denominación «Proyecto de Real Decreto por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud», con apertura del plazo de envío de aportaciones el 16 de febrero de 2026 y cierre el 8 de marzo de 2026, conforme al artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre. No se recibieron observaciones.

Informes recabados. El proyecto será sometido a los trámites e informes previstos en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. En particular, se recabarán los siguientes informes:

Informes de los Ministerios proponentes:

- Gabinete de la Subsecretaría de Sanidad.
- Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad.
- Oficina Presupuestaria del Ministerio de Sanidad, de conformidad con el artículo tercero.f) del Real Decreto 2855/1979, de 21 de diciembre, por el que se crean Oficinas Presupuestarias.
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.
- Delegado de Protección de Datos del Ministerio de Sanidad, teniendo en cuenta los tratamientos de datos personales regulados en el proyecto y, en particular, las funciones previstas en los artículos 38 y 39 del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016.
- Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Informes de otros Departamentos:

- De acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre:
    - Ministerio de Hacienda.
    - Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública.
    - Ministerio de Economía, Comercio y Empresa (Instituto Nacional de Estadística).
    - Ministerio de Igualdad.
    - Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.
    - Ministerio de Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes.

  - Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática.
  - Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.
- Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.
- Oficina de Coordinación y Calidad Normativa del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

Informes de comunidades autónomas y entidades locales:

- Consulta a las comunidades autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla.
- Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 67 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 53.1 y 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Otros informes, consultas y trámites:

- Agencia Española de Protección de Datos, de conformidad con el artículo 36.4 del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, y el artículo 5.3.b) del Estatuto de la Agencia Española de Protección de Datos, aprobado por Real Decreto 389/2021, de 1 de junio.
- Consejo Nacional de la Discapacidad, de conformidad con el artículo 2.1.d) del Real Decreto 1855/2009, de 4 de diciembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad.
- Dictamen del Consejo de Estado, conforme a lo previsto en el artículo 22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.

Una vez recibidos, los informes y el dictamen citados se incorporarán al expediente y esta memoria se actualizará para recoger las observaciones formuladas, con indicación del modo en que hayan sido atendidas.

Trámite de audiencia e información pública. Se celebrará el trámite de audiencia e información pública, en aplicación del artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre**.**

III. Adecuación de la norma propuesta al orden constitucional de distribución de competencias.

Este real decreto se dicta al amparo del artículo 149.1.16.ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre bases y coordinación general de la sanidad, y en desarrollo de lo previsto en los artículos 40, apartados 13, 15 y 16, 70.2.d) y 73.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, según establece su disposición final primera.

La doctrina del Tribunal Constitucional ha desglosado minuciosamente el alcance de esta doble atribución estatal en el ámbito sanitario, distinguiendo entre la fijación de las bases y la función de coordinación general.

Como señala la jurisprudencia constitucional, las «bases» facultan al Estado para establecer un marco normativo unitario de aplicación a todo el territorio nacional mediante la fijación de las condiciones, garantías y requisitos mínimos que aseguren un tratamiento homogéneo del derecho a la protección de la salud. En el contexto de este real decreto, el título básico ampara la determinación de las garantías mínimas de demora, la definición unificada de las situaciones de espera (estructural, tras rechazo de centro alternativo, tras ejercer la libre elección de médico y transitoriamente no programable) y los derechos de información personalizada de la ciudadanía reconocidos en los artículos 9 y 10. Estos últimos no constituyen normas de organización administrativa interna de las comunidades autónomas, sino que se incardinan en la fijación del contenido básico y común del derecho a la información sanitaria y a la transparencia, en consonancia con los artículos 9 y 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y los artículos 4 y 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente. Al amparo de este título básico, el Estado fija el estándar mínimo indispensable de derechos del paciente (conocer la estimación de tiempo, la trazabilidad del cambio de estado y la facultad de reprogramación).

Respecto a la Coordinación general de la sanidad, el Tribunal Constitucional a través de las sentencias STC 32/1983 y STC 42/1983, consolidadas y desarrolladas posteriormente, entre otras, en las SSTC 98/2004 y 22/2012, define la «coordinación general» no como un mero principio, sino como una competencia estatal autónoma dirigida a integrar los distintos subsistemas sanitarios autonómicos en un sistema nacional coherente. Esta función fijadora persigue evitar contradicciones, reducir disfunciones y asegurar la continuidad asistencial mediante la determinación de medios, sistemas de información recíproca, fijación de criterios de homogeneidad técnica y la articulación de la actuación conjunta de las autoridades estatales y autonómicas.

El presente real decreto plasma esta competencia de coordinación general, partiendo de la existencia de los registros y sistemas de información existentes en las comunidades autónomas y fija las definiciones operativas, los indicadores de calidad del dato, las estructuras de microdatos, los criterios técnicos y los flujos comunes imprescindibles para poder integrar, comparar y publicar la información a escala de todo el Sistema Nacional de Salud. Esta habilitación instrumental engarza de manera directa con el capítulo V y, específicamente, con el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que encomienda al Sistema de Información Sanitaria la garantía de disponibilidad de datos, la fijación de requerimientos técnicos comunes y la comunicación recíproca entre las Administraciones sanitarias públicas acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La citada doctrina jurisprudencial establece con igual nitidez los límites infranqueables de la competencia estatal: la coordinación general no permite el vaciamiento de contenido de las competencias de organización, gestión y ejecución de la asistencia sanitaria que ostentan las comunidades autónomas en virtud de sus Estatutos de Autonomía. Por ello, el real decreto respeta escrupulosamente la potestad autoorganizativa autonómica:

- Las comunidades autónomas mantienen de forma plena la titularidad, gestión, mantenimiento y explotación de sus respectivos registros y sistemas autonómicos de información sobre listas de espera, y, sin perjuicio de las competencias del Ministerio de Sanidad en la publicación de los indicadores del sistema, los servicios de salud autonómicos hacen pública la información relativa a las listas de espera en consonancia con sus estructuras organizativas, ajustándose a las definiciones, criterios y métricas del real decreto (artículo 8.5).
- El Estado limita su intervención a definir los elementos comunes y los estándares de interconexión necesarios para que dicha información pueda integrarse y ser comparable a nivel nacional.
- En lo que respecta a los derechos de los pacientes (artículos 9 y 10), la norma consagra un derecho de «resultado» (acceso a la información y posibilidad de modificación o cancelación de citas), remitiendo y encomendando expresamente a las comunidades autónomas la determinación y articulación de los soportes, herramientas tecnológicas o canales organizativos (digitales, presenciales o telefónicos) a través de los cuales sus respectivos servicios de salud harán efectivo dicho derecho, razón por la cual la norma se refiere a los medios que habilite cada servicio de salud y no a un canal tecnológico determinado.
- La disposición transitoria única concede a las comunidades autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria un plazo de veinticuatro meses para adaptar sus sistemas, durante el cual se mantiene operativo el régimen del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo.

Finalmente, la participación autonómica en la construcción de este marco de coordinación queda garantizada a lo largo de todo el proceso de elaboración de la norma, tanto a través del grupo de trabajo constituido por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 30 de abril de 2024 como por el sometimiento al informe de las comunidades autónomas y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

IV. Análisis de impactos.

1. Impacto económico y sobre la competencia.

El impacto económico se analiza de conformidad con el artículo 26.3.d) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, y el artículo 2.1.d).1.º del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.

Este real decreto no tiene una incidencia directa sobre la economía en general, al no afectar sus disposiciones al precio de bienes o servicios, ni adoptar medidas relativas a la creación o destrucción de empleo o a las condiciones de trabajo. No obstante, en la medida en que contribuye a reducir las demoras asistenciales y a mejorar la equidad y la eficiencia en la asignación de los recursos sanitarios disponibles, cabe atribuirle un efecto positivo indirecto sobre el bienestar social y, con ello, sobre la economía en general.

En lo que respecta a la evaluación específica del impacto sobre las pequeñas y medianas empresas (Test PYME), se concluye que el proyecto normativo no genera ningún tipo de impacto económico ni cargas administrativas sobre las PYME. La norma limita su objeto a la ordenación de la arquitectura de información, la gobernanza y la transparencia del sistema público de listas de espera en el ámbito de las administraciones sanitarias, sin imponer obligaciones, requisitos ni costes de cumplimiento directos o indirectos a los operadores económicos del sector privado. La inclusión en el ámbito de aplicación de los centros y servicios concertados o vinculados, cuando presten asistencia por cuenta del Sistema Nacional de Salud, no altera esta conclusión, dado que las obligaciones de registro y remisión de información recaen sobre los servicios de salud, que son quienes mantienen la inscripción del paciente en el registro conforme al artículo 10.

La norma tampoco tiene efectos sobre la competencia en el mercado ni introduce, en relación con la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado, condiciones o requisitos que tengan como efecto directo o indirecto la discriminación por razón de establecimiento o residencia de un operador económico.

Sin perjuicio de lo anterior, la aplicación de este real decreto sí conlleva un esfuerzo de adaptación tecnológica para las comunidades autónomas, en su condición de administraciones responsables de sus propios sistemas de información sobre listas de espera, cuyo alcance y cuya vía de racionalización, a través de la Comisión de Salud Digital, se detallan en el apartado siguiente relativo al impacto presupuestario.

2. Impacto presupuestario.

El impacto presupuestario se analiza de conformidad con el artículo 26.3.d) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, y el artículo 2.1.d).2.º del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre.

Las estimaciones que siguen tienen carácter orientativo, en tanto que la cuantificación definitiva dependerá del grado de madurez digital de cada comunidad autónoma.

a) Hipótesis de partida.

- El plazo de adaptación es de veinticuatro meses desde la entrada en vigor, conforme a la disposición transitoria única, durante los cuales se mantiene la remisión de

información conforme al Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y se remiten además microdatos a efectos de prueba y evaluación técnica.

- Los destinatarios de la obligación de adaptación son diecisiete comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que actúa en Ceuta y Melilla conforme a la disposición adicional primera.
- El coste de adaptación de cada sistema autonómico varía en función de su situación de partida, y se estimará en un intervalo (mínimo y máximo) según tres niveles de madurez: sistemas que ya disponen de registro de atención primaria y de remisión de microdatos, sistemas con registro hospitalario consolidado sin registro de atención primaria, y sistemas con necesidad de desarrollo completo.
- La implantación del identificador de episodio clínico de la disposición adicional segunda es gradual y no está sujeta al plazo de veinticuatro meses, por lo que su coste se estimará por separado y se imputará, en su caso, a ejercicios posteriores a la aplicación plena.

b) Partidas de gasto identificadas.

Administración	Partida de gasto	Naturaleza	Estimación
Ministerio de Sanidad	Sistema de recepción, validación, cruce con la base de datos de población protegida y seudonimización de los microdatos, y custodia de la clave o algoritmo.	Gasto único y recurrente	**Inversión inicial** 1.024.000 € (con IVA) **Coste anual de mantenimiento y operación** 200.000 € (con IVA)
Ministerio de Sanidad	Cálculo y explotación de los indicadores y plataforma de publicación (visualización gráfica y datos abiertos).	Gasto único y recurrente	**Inversión inicial** 300.000 € (con IVA) **Costes anuales de operación y explotación** 50.000 € (con IVA)

c) Método de estimación. La estimación del coste por administración se obtendrá sumando, para cada partida, el coste unitario estimado de desarrollo, implantación y mantenimiento, multiplicado por el número de sistemas afectados, y diferenciando el coste en tres niveles de madurez, con un valor mínimo y un valor máximo. Los datos de partida son aportados por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, a partir de la información disponible sobre los sistemas autonómicos.

d) Administración General del Estado. El mayor gasto derivado de la aplicación de este real decreto será asumido por el presupuesto de gastos del Ministerio de Sanidad, y comprenderá, fundamentalmente, el desarrollo y mantenimiento de la plataforma de visualización y del sistema de recepción y validación de la información. Dicho gasto no tiene incidencia en los presupuestos de las comunidades autónomas.

e) Comunidades autónomas e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Este real decreto genera un impacto presupuestario cierto, en la medida en que la disposición transitoria única les impone la obligación de adaptar, en el plazo de veinticuatro meses desde la entrada en vigor de la norma, sus registros y sistemas de información a las definiciones, criterios de cómputo, estructuras de datos e indicadores establecidos en este real decreto y en sus anexos. Dicha adaptación puede requerir, según la situación de partida de cada sistema, desarrollos o modificaciones en los aplicativos de gestión de listas de espera para incorporar el nuevo nivel asistencial de atención primaria, las reglas de validación y los indicadores previstos en el artículo 7, y los requisitos técnicos y de seguridad necesarios para la remisión de microdatos conforme al artículo 6 y a la disposición adicional cuarta. En el caso de Ceuta y Melilla, dicho coste recaerá sobre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, con cargo a su presupuesto, en virtud de la disposición adicional primera.

f) Racionalización del esfuerzo de adaptación. Esta cuestión será abordada por la Comisión de Salud Digital, en el ejercicio de la función que le atribuye el artículo 11, a través de la Guía Técnica del Sistema de Información de Listas de Espera, que fijará especificaciones técnicas comunes con el fin de racionalizar y homogeneizar el esfuerzo de adaptación, evitando desarrollos redundantes o divergentes entre los distintos servicios de salud, y de valorar las fórmulas de apoyo técnico y de cooperación que resulten oportunas. La aprobación de la Guía en el plazo de cuatro meses desde la entrada en vigor deja a las comunidades autónomas un margen de veinte meses para acometer los desarrollos con las especificaciones ya fijadas. La cuantificación definitiva se actualizará en las sucesivas versiones de esta memoria conforme avance su determinación.

Este real decreto no afecta a los presupuestos de otras Administraciones territoriales distintas de las comunidades autónomas.

3. Impacto en materia de cargas administrativas.

El análisis se realiza de conformidad con el artículo 26.3.e) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, y el artículo 2.1.e) del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre.

Este real decreto no incorpora nuevas cargas administrativas para las empresas ni para la ciudadanía, dado que sus destinatarios son las administraciones sanitarias integradas en el Sistema Nacional de Salud. En el ámbito de dichas administraciones, la norma no crea una obligación de remisión de información ex novo, sino que homogeneiza y ordena un flujo de información preexistente desde la aprobación del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, si bien modifica su contenido, al pasar de datos semestrales a microdatos trimestrales, y lo extiende a la atención primaria, lo que se recoge en el análisis del impacto presupuestario. La prohibición expresa, en el artículo 5, de la existencia de listas, bolsas o registros paralelos, junto con la reutilización de fuentes de información ya disponibles, como la base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud y las definiciones del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, están orientadas a reducir, y no a incrementar, la carga de gestión de las administraciones sanitarias a medio plazo

4. Impacto de género.

El análisis se realiza de conformidad con el artículo 19 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y el artículo 26.3.f) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

Este real decreto tiene un impacto de género positivo. El artículo 8.4, en desarrollo de lo previsto en el artículo 53.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, exige que todos los indicadores del sistema se desagreguen por sexo, tanto en la publicación dirigida a la ciudadanía como en el formato de datos abiertos. Esta exigencia, unida a la posibilidad de desagregar los indicadores por determinantes sociales de la salud a partir del cruce de los microdatos con la base de datos de población protegida, para valorar su influencia, permite identificar posibles diferencias en el acceso a la asistencia sanitaria o en los tiempos de espera entre mujeres y hombres, y constituye un instrumento imprescindible para la adopción, en su caso, de medidas correctoras por parte de las administraciones sanitarias competentes

5. Otros impactos considerados.

Infancia y adolescencia. Impacto positivo, conforme al artículo 22 quinquies de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor. El anexo III extiende el tratamiento homogéneo de la información a las consultas de pediatría de atención primaria, y los anexos I, II y IV incorporan un seguimiento específico de procesos de especial relevancia para la población infantil y adolescente, contribuyendo a una mejor planificación de los recursos asistenciales pediátricos.

Familia. Impacto positivo, conforme a la disposición adicional décima de la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de protección a las familias numerosas, en tanto que la mejora de la transparencia y de la previsibilidad de los tiempos de espera facilita a las familias la planificación de los cuidados asociados a los procesos asistenciales de sus miembros.

Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Impacto positivo. El real decreto contribuye a la igualdad de oportunidades en el acceso a la asistencia sanitaria al permitir desagregar los indicadores por nivel de renta o privación socioeconómica, país de nacimiento y ámbito rural o urbano, lo que facilita valorar y, en su caso, corregir posibles desigualdades. Por lo que respecta a la

accesibilidad, el artículo 9.1.c) obliga a los servicios de salud a habilitar canales de comunicación ágiles, accesibles y seguros para solicitar la modificación o cancelación de las citas y a garantizar en todo caso alternativas accesibles para superar la brecha digital, lo que beneficia especialmente a las personas con discapacidad y a las personas mayores.

Cambio climático. Impacto no significativo, conforme a la disposición final quinta de la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética, y al artículo 26.3.h) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, en tanto que la norma no regula actividades, instalaciones o procesos con incidencia relevante sobre las emisiones de gases de efecto invernadero.

Unidad de mercado. Sin efectos, conforme a la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado, al no imponer la norma condiciones ni requisitos relacionados con el ejercicio de actividades económicas.

V. Evaluación ex post.

De conformidad con el artículo 2.1.j) del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, este real decreto incorpora, por su propia naturaleza, mecanismos de seguimiento continuo de sus resultados, sin perjuicio de la evaluación específica que se detalla a continuación.

El seguimiento del proceso de adaptación se articula, conforme a la disposición transitoria única, en tres hitos: la aprobación de la Guía Técnica por la Comisión de Salud Digital en el plazo de cuatro meses desde la entrada en vigor; la remisión progresiva por las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de microdatos de prueba conforme a la nueva estructura, a medida que completen las adaptaciones, que permitirá al Ministerio de Sanidad conocer el grado de avance de cada territorio y detectar deficiencias antes de la aplicación plena; y la aplicación plena y obligatoria de los artículos 3 y 5 a 10 y de la disposición adicional cuarta una vez transcurridos veinticuatro meses desde la entrada en vigor, momento en que decae definitivamente la aplicación del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo.

Una vez completada la adaptación, el seguimiento ordinario del sistema respecto de él queda garantizado por la publicación trimestral de los indicadores, conforme al artículo 8, y por el mantenimiento de la Guía Técnica del Sistema de Información de Listas de Espera a cargo de la Comisión de Salud Digital, conforme al artículo 11, que permitirá incorporar de forma ágil las adaptaciones técnicas y metodológicas que resulten necesarias. Los propios indicadores de calidad del dato previstos en el artículo 7 y en el anexo V constituirán, a su vez, un instrumento permanente de evaluación de la fiabilidad y de la comparabilidad de la información generada por el sistema.

Sin perjuicio de ello, se efectuará una evaluación específica, a los cinco años de la entrada en vigor de este real decreto, cuyo órgano responsable será el Ministerio de Sanidad, con el apoyo técnico del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Dicha evaluación valorará, entre otros elementos: el grado de adaptación efectiva de las comunidades autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a las definiciones, criterios de cómputo y estructuras de datos establecidos en este real decreto, una vez transcurrido el

plazo previsto en la disposición transitoria única; los resultados de calidad del dato obtenidos conforme al artículo 7 y al anexo V; el grado de implantación del identificador de episodio clínico previsto en la disposición adicional segunda y la exigibilidad de los indicadores CE-11 y CE-12; el cumplimiento de las garantías de información y permanencia de los artículos 9 y 10; y el estado de tramitación de la inclusión de la operación estadística sobre listas de espera en el Plan Estadístico Nacional, conforme a la disposición adicional tercera.

Los indicadores de seguimiento del propio real decreto serán, en consecuencia: la aprobación de la Guía Técnica dentro del plazo de cuatro meses; el número de comunidades autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria que, a lo largo del periodo transitorio, hayan remitido microdatos de prueba conforme a la nueva estructura, y el número de ellos que, transcurridos veinticuatro meses, remitan y publiquen la información conforme al nuevo marco; los resultados de los indicadores CD-1 a CD-5 del anexo V, y en particular el porcentaje de registros que superen las reglas de validación previstas en el artículo 7; el grado de disponibilidad del identificador de episodio clínico en el conjunto del Sistema Nacional de Salud; y el cumplimiento del plazo de doce meses, desde la aplicación plena del sistema, previsto en la disposición adicional tercera para la tramitación del alta en el Inventario de Operaciones Estadísticas y de la propuesta de inclusión en el Plan Estadístico Nacional.