

B. Catorce becas de alojamiento y desayuno concedidas por el Instituto de Estudios Fiscales y catorce becas de transporte aéreo concedidas por la Agencia Española de Cooperación Internacional:

1. Nombre: Guillermo Gonzalo Mondaca Michel.  
Cargo: Jefe de Unidad de procesamiento contable. Contaduría General.  
País: Bolivia.
2. Nombre: Valdoceu Pereira de Queiroz.  
Cargo: Analista de Finanzas y Control del Gobierno Federal.  
País: Brasil.
3. Nombre: Lindemberg Lima Becerra.  
Cargo: Asesor Económico. Ministerio de Hacienda.  
País: Brasil.
4. Nombre: Carlos Eduardo Acosta Moyano.  
Cargo: Subcontador de Consolidación e Investigación. Contaduría General.  
País: Colombia.
5. Nombre: José Mauricio Cuestas Gómez.  
Cargo: Subdirector de Desarrollo Social. Ministerio de Hacienda.  
País: Colombia.
6. Nombre: Ronald Arturo Peralta Pérez.  
Cargo: Subcontador Nacional. Ministerio de Hacienda.  
País: Costa Rica.
7. Nombre: Carlos Miguel Cadena Hermosa.  
Cargo: Subdirector de Economía y Finanzas.  
País: Ecuador.
8. Nombre: Orfidia Isabel Pastora.  
Cargo: Directora general de Instituciones Descentralizadas.  
País: Honduras.
9. Nombre: Alejandro Salgado Enríquez.  
Cargo: Asesor Coordinador General de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.  
País: México.
10. Nombre: María Josefina Machado Rosales.  
Cargo: Director de Informes y Análisis. Ministerio de Hacienda y Crédito Público.  
País: Nicaragua.
11. Nombre: Clotilde Eucaris Rodríguez Barba.  
Cargo: Analista de Presupuestos a cargo del Ministerio de Salud. Ministerio de Economía y Finanzas.  
País: Panamá.
12. Nombre: Esther Agreda Díaz.  
Cargo: Directora de Presupuesto y Tesorería. Ministerio de Energía y Minas.  
País: Perú.
13. Nombre: Carlos Pichilingue Vargas.  
Cargo: Director de Presupuesto de Organismos Regionales, Gobiernos Locales y de Apoyo al Desarrollo Regional. Ministerio de Economía y Finanzas.  
País: Perú.
14. Nombre: Celia Beatriz Tiscornia Neira.  
Cargo: Gerente de Gestión Financiera. Administración Nacional de Educación Pública.  
País: Uruguay.

C. Tres becas de alojamiento y desayuno concedidas por el Instituto de Estudios Fiscales:

1. Nombre: Nelida Susana Vega de Barrio.  
Cargo: Directora de Evaluación Presupuestaria.  
País: Argentina.
2. Nombre: Luis Miguel Téllez Mellado.  
Cargo: Subjefe de División de Contabilidad Pública.  
País: Chile.
3. Nombre: Dora Isabel Guillén Chacón.  
Cargo: Jefe de División de Administración. SENIAT.  
País: Venezuela.

### Suplentes

(Por orden alfabético de países)

1. Nombre: Pablo Adrián Maroni.  
Cargo: Coordinador de Contabilidad.  
País: Argentina.
2. Nombre: Carlos Arturo Ancasi Maturano.  
Cargo: Profesional. Ministerio de Hacienda.  
País: Bolivia.
3. Nombre: Vivián Giovana Palomeque Lazarte.  
Cargo: Analista de Sistemas. Ministerio de Hacienda.  
País: Bolivia.
4. Nombre: José Antonio Meyer Pires.  
Cargo: Asesor del Secretario Federal de Control Interno. Ministerio de Hacienda.  
País: Brasil.
5. Nombre: Roberta Moreira Dacosta Berardi Pereira.  
Cargo: Analista de Finanzas y Control. Ministerio de Finanzas.  
País: Brasil.
6. Nombre: Renilda Moura.  
Cargo: Analista de Finanzas y Control. Ministerio de Finanzas.  
País: Brasil.
7. Nombre: Gustavo César Figueroa Garrido.  
Cargo: Jefe Subrogante del Departamento de Programación y Control.  
País: Chile.
8. Nombre: Gloria Elisabeth Varón Cañon.  
Cargo: Jefe de División de Presupuestos.  
País: Colombia.
9. Nombre: Fabián David Quirós Álvarez.  
Cargo: Coordinador de Análisis Económico y Financiero.  
País: Costa Rica.
10. Nombre: Víctor Rubén Tobar Horna.  
Cargo: Especialista de Economía y Finanzas.  
País: Ecuador.
11. Nombre: Laura Elisa Buck Valladares.  
Cargo: Subgerente de Presupuestos.  
País: Honduras.
12. Nombre: Ricaurte Debutaud Walter.  
Cargo: Jefe del Departamento de Fiscalidad (Auditoría).  
País: Panamá.
13. Nombre: Eleida Elena Acosta Arauz.  
Cargo: Auditora I.  
País: Panamá.

## MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

**15165** *RESOLUCIÓN de 17 de julio de 2000, de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, por la que se da publicidad a la cláusula adicional para el año 2000, primera, al Convenio de colaboración suscrito entre el Instituto Nacional de la Salud y la Diputación General de Aragón, para la asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social en el Hospital «Royo Villanova», de Zaragoza.*

Suscrita el 12 de mayo de 2000, cláusula adicional primera al Convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de la Salud y la Diputación General de Aragón, para la asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social en el hospital «Royo Villanova», de Zaragoza, en cumplimiento de lo dispuesto en el apartado dos del artículo 8 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procede

la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» de dicho Acuerdo, que figura como anexo de esta Resolución.

Lo que se hace público a los efectos oportunos.

Madrid, 17 de julio de 2000.—El Secretario general, Rubén Moreno Palanques.

#### ANEXO

**Cláusula adicional para el año 2000, primera, al Convenio de Colaboración suscrito entre el Instituto Nacional de la Salud y la Diputación General de Aragón para la asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social en el hospital «Royo Villanova», de Zaragoza**

En Madrid a 12 de mayo de 2000.

#### REUNIDOS

De una parte doña Carmen Navarro Fernández-Rodríguez, Directora general de Presupuestos e Inversiones del Instituto Nacional de la Salud.

De otra parte don Alberto Larráz Vileta, Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, de la Diputación General de Aragón.

#### INTERVIENEN

La primera, en representación del Instituto Nacional de la Salud, de acuerdo con lo establecido en el punto 2, del apartado segundo de la Resolución de 23 de marzo de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, sobre delegación de atribuciones en diversos órganos del citado Instituto («Boletín Oficial del Estado» número 74, del 27), y el segundo, en representación de la Diputación General de Aragón, como Presidente del Consejo de Dirección del Servicio Aragonés de Salud, en representación del Gobierno de Aragón, según Acuerdo de la Diputación General del día 28 de septiembre de 1999.

#### MANIFIESTAN

Que el Convenio de colaboración suscrito, con la misma fecha, entre el Instituto Nacional de la Salud y hospital «Royo Villanova», de Zaragoza, prevé en su estipulación sexta el establecimiento de una cláusula adicional anual en la que se determinarán las variables técnicas asistenciales, económicas y de cualquier otra índole en las que habrá de materializarse dicho Convenio para el ejercicio.

A estos efectos las partes formalizan la presente cláusula adicional para el año 2000, de acuerdo con las siguientes estipulaciones:

Primera. *Objeto del contrato.*—El objeto de la presente cláusula adicional es la regulación para el período del año 2000, de la prestación de asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social por el hospital «Royo Villanova», de Zaragoza, con la extensión y condiciones que más adelante se especifican, así como la contraprestación económica que el hospital va a percibir por estos servicios.

Segunda.—Las modalidades de prestación de servicios por el hospital, serán:

- Hospitalización.
- Urgencias (con o sin ingreso posterior).
- Consultas externas.
- Cirugía menor ambulatoria.
- Cirugía mayor ambulatoria.
- Exploraciones diagnósticas especiales.

La definición y alcance de cada uno de estos conceptos se encuentra reflejada en el código de definiciones que se acompaña como anexo C.A.I.

Tercera. *Asistencia sanitaria.*

3.1 La oferta asistencial del hospital queda determinada por su cartera de servicios que se incorpora como anexo C.A.II de la presente cláusula.

3.2 La producción anual estimativa del hospital, se refleja como anexo C.A.III.

3.3 Tendrá la consideración de asistencia sanitaria sustitutiva toda la atención especializada que se practique sobre pacientes del Área 5, y toda la asistencia de carácter urgente que se practique, cualquiera que sea el área o provincia de los pacientes, así como la actividad de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria y consultas de Alergias.

3.4 Tendrá la consideración de complementaria toda la asistencia sanitaria de atención especializada no urgente derivada por la Dirección

Territorial del Instituto Nacional de la Salud de Zaragoza con esta consideración específica o por los centros de gasto que ésta determine.

3.5 Las intervenciones quirúrgicas incluidas en la cartera de servicios, programadas y de carácter sustitutorio, tendrán los siguientes tiempos de espera máximos, contados desde la indicación quirúrgica:

La demora media de todos los procesos quirúrgicos en espera, no podrá ser superior a sesenta días naturales.

La demora máxima de cualquier proceso quirúrgico no podrá ser superior a cinco meses.

Las intervenciones quirúrgicas de carácter urgente se realizarán de acuerdo con la disponibilidad de los dispositivos técnicos, sin demora.

Las intervenciones quirúrgicas que se realicen como asistencia complementaria, estarán supeditadas a la resolución prioritaria de la asistencia sanitaria sustitutiva, debiendo realizarse en los plazos que se determinen específicamente en la derivación; en cualquier caso, no podrán excederse los plazos anteriormente definidos.

3.6 La demora para la atención de primeras consultas, ya sean solicitadas por facultativos de atención primaria o derivados desde urgencias u otros servicios del hospital, no podrá ser superior a veinte días laborales, computados desde la fecha de solicitud de citación.

3.7 En las cláusulas adicionales de ejercicios sucesivos o en el mismo ejercicio, si se observasen desviaciones significativas, se podrán establecer penalizaciones económicas por el incumplimiento de los plazos citados en los párrafos anteriores por causas imputables al hospital.

3.8 Con independencia de los plazos máximos de respuesta previstos en los apartados anteriores, el hospital, en la medida de sus posibilidades, atenderá con la mayor prontitud las solicitudes de asistencia o pruebas que sean indicadas como urgentes por los facultativos de atención primaria y los del propio hospital.

Salvo que por criterios técnico-sanitarios se justifique otro orden de prioridad, los pacientes, en todas las modalidades asistenciales, serán atendidos por riguroso orden cronológico de solicitud de asistencia o indicación de prueba, intervención quirúrgica o tratamiento.

#### Cuarta. *Régimen económico. Facturación.*

4.1 A efectos de determinar la contraprestación económica, la actividad asistencial del hospital, en el ejercicio de 2000, será valorada de acuerdo con las siguientes unidades:

Estancias de procesos médicos y de psiquiatría, por tramos:

- Entre uno y ocho días.
- Superiores a ocho días.

Estancias de procesos quirúrgicos, por tramos:

- Entre uno y ocho días.

Superiores a ocho días:

Estancias en Unidad de Cuidados Intensivos, por tramos:

- Entre uno y cuatro días.
- Superiores a cuatro días.

Consultas externas:

- Primeras.
- Sucesivas.

Urgencias sin ingreso.

Cirugía ambulatoria menor de procesos no especificados.

Procedimientos quirúrgicos singularizados, como cirugía con y sin ingreso.

Otras unidades de valoración singular.

Los precios unitarios de cada uno de estos servicios, serán los que se especifican en el anexo C.A.IV de esta cláusula adicional.

En el valor asignado a la estancia y a los procesos quirúrgicos singularizados se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro de los procesos médico-quirúrgicos, con el alcance que establece el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de la Salud, salvo los conceptos que hayan sido objeto de valoración singular o extraída en el citado anexo C.A.IV.

La facturación por procedimiento singularizado será incompatible con la facturación de las estancias que, eventualmente, produzcan la atención del proceso.

4.2 A efectos de lo previsto en el apartado 6.3 del Convenio de colaboración de referencia, la financiación máxima, con cargo al Instituto Nacio-

nal de la Salud, en concepto de asistencia sanitaria sustitutoria estimada para un año, se cifra en 1.257.274.185 pesetas (7.556.370,03 euros).

4.3 El abono de los servicios prestados con carácter sustitutorio, valorado en estancias, consultas y urgencias, se realizará mensualmente, «a cuenta», por importe del 95 por 100 de la doceava parte del presupuesto máximo anual de esta partida, regularizándose las cantidades al final del ejercicio según lo previsto en la cláusula 4.4.

Los servicios complementarios, procedimientos singularizados y cualesquiera otras unidades de valoración diferenciadas serán facturadas a mes vencido y abonadas por su importe cierto, sin perjuicio de las revisiones y regularizaciones que proceda efectuar.

4.4 Liquidación final: Durante los dos primeros meses del año 2001, se realizará la liquidación definitiva de la cláusula adicional del año 2000 (sin perjuicio de lo previsto en la estipulación 7.3 del Convenio de colaboración de referencia), comparando las cantidades abonadas a cuenta con la valoración de la asistencia sanitaria sustitutoria efectivamente realizada.

En el supuesto de que la valoración de la asistencia sanitaria sustitutoria realizada sea inferior a las cantidades abonadas a cuenta en el ejercicio, la diferencia será compensada en el siguiente abono a cuenta que realice el Instituto Nacional de la Salud.

En el supuesto de que la valoración de asistencia sanitaria sustitutoria realizada sea superior a las cantidades abonadas a cuenta, el Instituto Nacional de la Salud liquidará la diferencia del siguiente modo:

a) Hasta un 2 por 100 de incremento de actividad, el Instituto Nacional de la Salud abonará el importe que resulte de aplicar el 80 por 100 de los precios unitarios por los servicios adicionales prestados, de acuerdo con el anexo C.A.III.

b) En el supuesto de incrementos de actividad superiores al 2 por 100 de la prevista, el Instituto Nacional de la Salud abonará el 25 por 100 de la facturación adicional que la actividad represente.

4.5 Facturación: Con los efectos previstos en los apartados anteriores, el hospital facturará a la Dirección Territorial del Instituto Nacional de la Salud de Zaragoza, en el mes, referidos al mes anterior, los servicios prestados, de acuerdo con la siguiente mecánica:

A. Un documento resumen, firmado y sellado, con el valor unitario y el valor total (donde proceda) de:

- Identificación (centro, período...).
- Total ingresos por grupos de especialistas (anexo C.A.III).
- Total estancias por grupos de especialistas para cada tramo.
- Total consultas primeras.
- Total consultas sucesivas.
- Total urgencias no ingresadas.
- Total procesos no especificados de cirugía ambulatoria.
- Total procesos quirúrgicos singularizados.
- Total de procedimientos diagnósticos por tipo.

B. Un listado en soporte papel, con el desglose de la asistencia sanitaria sustitutoria, dispuesto en orden alfabético, acompañado de la misma información en soporte magnético estándar, que contenga:

- Identificación (centro, período...).
- Número de T.I.S. en su defecto número de Seguridad Social, para extranjeros con cargo al Instituto Nacional de la Salud número de pasaporte.
- Apellidos y nombre.
- Localidad de residencia. País para extranjeros con cargo al Instituto Nacional de la Salud.
- Fecha de ingreso o asistencia, en su caso.
- Fecha de alta (en su caso).
- Número de estancias (en su caso).

Tipo y tramos de estancias (en su caso).

Especialidad médica.

Diagnóstico principal.

Tipo de asistencia prestada (hospitalización, consulta primera, consulta sucesiva, urgencia no ingresada, proceso singularizado...).

Precio unitario del servicio prestado.

Valor total del servicio prestado.

C. Un listado en soporte papel, con el desglose de la asistencia sanitaria complementaria, dispuesto en orden alfabético, acompañado de la misma información en soporte magnético estándar, con el mismo contenido del apartado anterior.

D. Documentación soporte de la facturación efectuada que estará compuesta por el documento individual o agrupado, que para cada paciente y modalidad de asistencia acredite que la misma se encuentra acogida al contrato y que ha sido efectivamente realizada.

La Dirección Territorial del Instituto Nacional de la Salud de Zaragoza y el hospital podrán acordar las modificaciones que convengan a las partes en cuanto a soporte, plazos y disposición de los datos en la facturación, conservando la información básica expresada en los apartados anteriores.

4.6 Seguro de responsabilidad civil: En virtud de lo previsto en la estipulación cuarta, apartado tercero, del Convenio de colaboración de referencia, el hospital deberá acreditar la constitución de un seguro de responsabilidad civil con tercero, que cubra las acciones u omisiones de naturaleza sanitaria o extrasanitaria del Centro y los profesionales que presten servicio en el mismo, con cobertura no inferior a 50.000.000 de pesetas por víctima y 100.000.000 de pesetas por siniestro.

El hospital exigirá —y se constituye en garante— de las empresas y profesionales que desarrollen actividad en el centro bajo contrato mercantil la suscripción de seguro de responsabilidad civil con tercero, con el alcance y cobertura que para el propio centro se establece en el párrafo anterior.

La existencia de franquicia de cualquier cuantía en la póliza convertirá al hospital en autoasegurador de dichos importes.

Quinta. *Información.*—En virtud de lo previsto en la estipulación cuarta, apartado octavo, del Convenio de colaboración, el hospital remitirá a la Dirección Territorial del Instituto Nacional de la Salud de Zaragoza y a la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria del Instituto Nacional de la Salud (calle Alcalá, 56, Madrid), la información sobre actividad asistencial correspondiente al CMBD de todas las altas habidas en el hospital (anexo V), así como la información sobre lista de espera, en el formato y plazos que determine la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria del Instituto Nacional de la Salud.

Sexta. *Vigencia e interpretación.*

6.1 La vigencia de la presente cláusula adicional será desde la fecha de su formalización hasta el 31 de diciembre del año 2000.

El régimen económico establecido en la presente cláusula se mantendrá hasta la fecha en que se apruebe la cláusula adicional para el año 2001.

6.2 Las controversias que puedan suscitarse en la ejecución de la presente cláusula adicional, serán resueltas, a la luz del Convenio de colaboración que le sirva de referencia, por el Presidente ejecutivo del Instituto Nacional de la Salud, sin perjuicio de los recursos que procedan ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

6.3 El Instituto Nacional de la Salud podrá modificar la presente cláusula adicional cuando razones de interés público sanitario así lo aconsejen.

En la fecha citada en el encabezamiento, los representados del Instituto Nacional de la Salud y de la Diputación General de Aragón, acuerdan dar su conformidad, en duplicado ejemplar, al presente documento. Firmado: Por el Instituto Nacional de la Salud, Carmen Navarro Fernández Rodríguez. Por la Diputación General de Aragón, Alberto Larraz Vileta.

## c) Ingresos

- Se considera ingreso hospitalario el que se produce desde el exterior, con orden de ingreso registrada en el servicio de Admisión, y con asignación de cama de hospitalización (se incluyen habitaciones y suplitorias)

## Anexo C.A. – I (2 de 3)

- No se considerarán ingresos los pacientes atendidos en observación de urgencias, sesiones de hemodialisis, hospital de día ni de noche, ni los traslados entre servicios.
- Se considerarán los ingresos por traslado entre servicios cuando se realizan entre distintas áreas (médica, quirúrgica, obstétrica, pediátrica, cuidados intensivos), pero únicamente a efectos del cálculo de estancias por tramos y de estancia media por áreas. De manera que el total de ingresos del hospital debe ser igual que la suma de los ingresos por áreas menos los ingresos por traslado entre áreas.

## 2) Urgencias no ingresadas:

- Son las asistencias sanitarias que se realizan por el servicio de Urgencias y que no generan ingreso hospitalario. Se contabilizarán las atendidas y registradas en dicho servicio de Urgencias.
- No se considerarán tales las atenciones urgentes en consultas externas o en otras dependencias del Hospital.

## 3) Consultas externas:

- a) Son los actos médicos ambulatorios, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, que se realizan en un local de consulta.
    - No se contabilizarán como consultas.
  - (1) Las realizadas por personal de enfermería
  - (2) Las realizadas a pacientes ingresados por peticiones interservicios
  - (3) La realización ni el informe de pruebas diagnósticas complementarias
  - (4) La extracción de muestras
  - (5) Los meros actos de relleno de volantes de peticiones.
- Se deben contabilizar las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.

## Anexo C.A.-I (1 de 3)

## Modalidades de prestación de Servicios

## 1) Hospitalización:

La hospitalización requiere el ingreso del paciente en el Hospital y la asignación de una cama de hospitalización, generando estancias entre la fecha de ingreso y la fecha de alta, de acuerdo con las siguientes definiciones:

## a) Camas de hospitalización:

- Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales
- Cunas de áreas pediátricas
- Incubadoras fijas
- No se consideran camas de Hospitalización, y por tanto no generan estancias:

- (1) Observación de urgencias
- (2) Inducción preanestésica
- (3) Reanimación
- (4) Exploración
- (5) Hospital de día y de noche
- (6) Acompañantes
- (7) Destinadas a personal del centro
- (8) Puestos de diálisis
- (9) Utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio y otras)
- (10) Cunas de recién nacidos normales
- (11) Incubadoras portátiles

## b) Estancias

- Genera una estancia el paciente que se encuentra en una cama de hospitalización (incluidas las habitaciones y suplitorias) a la hora censal (24 horas)
- No generan estancias las camas de observación de urgencias, puestos de hemodialisis, hospital de día ni de noche, ni las reanimaciones.
- Los pacientes ingresados y que causan alta antes de la hora censal del mismo día del ingreso, no generarán ninguna estancia, aunque sí ingreso

**Anexo C.A. II**  
**Cartera de Servicios**

- b) Consultas Primeras
- Son las que se realizan a pacientes vistos por primera vez en una unidad de especialización concreta y por un proceso concreto.
- c) Consultas sucesivas
- Son todas aquellas que deriven de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior.

**Anexo C.A. -I (3 de 3)**

- 4) **Cirugía Menor Ambulatoria**
- Así se considerarán los actos quirúrgicos realizados en un quirófano, sin ingreso pre ni postquirúrgico, que no figuren en la lista de procesos quirúrgicos singularizados, y excluyendo los procedimientos realizados en salas de curas o consultas.
- 5) **Cirugía Mayor Ambulatoria**
- Son los actos quirúrgicos realizados en un quirófano, sin ingreso pre ni postquirúrgico, y que son incluidos en la lista de procesos quirúrgicos singularizados
- 6) **Procedimientos quirúrgicos singularizados**
- Deberán contabilizarse como tales los incluidos en el Anexo C.A.III, cuando haya sido éste el motivo principal de ingreso, siendo dicho ingreso programado.
  - En el caso de que ocasionen ingreso, no se contabilizarán como estancias las generadas, que deberán identificarse.
- 7) **Exploraciones. Diagnósticas Especiales.**
- Así se considerarán los servicios especiales ambulatorios incluidos en el Anexo C.A. IV b y serán objeto de facturación independiente siempre que sean solicitados como tales servicios por los especialistas y facultativos de Atención Primaria del INSALUD y no vayan incluidos en otras modalidades asistenciales.

Camas de hospitalización	Hospitalización	Consultas
Medicina y especialidades		164
Especialidades quirúrgicas		105
Psiquiatría		30
UCI		23
Quirófanos		6
Puestos de Hospital de día Quirúrgico		4
		5
Especialidades Médicas		
Med. Interna	X	X
Neumología	X	X
Cardiología	X	X
Digestivo	X	X
Alergología		X
Psiquiatría	X	X
Neurología		X
Dermatología		X
Especialidades Quirúrgicas		
Cir. General	X	X
Oftalmología	X	X
Otorrinolaringología	X	X
Urología	X	X
Hosp. día Transtornos de la Conducta Alimentaria		
Cuidados Intensivos		X
Laboratorio		X
Endoscopia digestiva		X
Radiodiagnóstico		X
Radiología convencional		X
Ecografía		X
Mamografía		X
TAC scanner		X
Anatomía Patológica		X
Urgencias		X

## Anexo C.A. - III

## ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y FINANCIACIÓN ESTIMADA PARA 2000

HOSPITALIZACIÓN							
Especialidades	Nº Ingresos	Estancia Media	Nº Estancias	Tarifa 1 a 8 días	Tarifa > 8 días	Media Ponderada	Financiación
<b>Médicas</b>	2.462	9,00	22.158	16.933	10.482	15.965	353.760.225
<b>Quirúrgicas</b>	773	6,00	4.638	25.400	15.723	24.916	115.558.901
<b>Psiquiátrica</b>	520	15,00	7.800	16.933	10.482	13.708	106.918.578
				Tarifa 1 a 4 días	Tarifa > 4 días		
UCI	411	4,00	1.644	98.211	60.796	96.341	158.383.963
Total Hospitalización	3.678	9,85	36.240				734.621.667
ACTIVIDAD AMBULATORIA							
CONSULTAS	Número	Tarifa	Financiación				
Primeras	4.500	4.920	22.140.000				
Sucesivas	8.000	2.460	19.681.920				
Unidad de trastornos de la Conducta Alimentaria	2.912	4.920	14.330.598				
<b>Total Consultas Externas</b>	<b>15.412</b>		<b>56.152.518</b>				
<b>URGENCIAS NO INGRESADAS</b>	<b>17.400</b>	<b>8.000</b>	<b>139.200.000</b>				
<b>CIRUGIA AMBULATORIA</b>	<b>Número</b>	<b>Tarifa</b>	<b>Financiación</b>				
Procesos no especificados	700	8.000	5.600.000				
<b>TOTAL Actividad Ambulatoria</b>	<b>700</b>	<b>8.000</b>	<b>200.952.518</b>				
PROCESOS QUIRURGICOS SINGULARIZADOS							
	Número	Tarifa	Financiación				
	Méd. Propios	Méd. INSALUD					
28.2 Amigdalectomía sin Adenoidectomía	55.100	45.733					
28.3 Amigdalectomía con Adenoidectomía	55.100	45.733					
28.6 Adenoidectomía sin Amigdalectomía	50.000	41.500					
13.7 Extracción + LIO	146.971	121.986					
51.2 Colectectomía	235.669	195.605					

PROCESOS QUIRURGICOS SINGULARIZADOS			Tarifa		Financiación
	Méd. Propios	Méd. INSALUD			
64.0 Circuncisión	45.000	37.350			
77.54 Excisión de Hallux Valgus		88.482			
		99.200			
49.46 Hemorroidectomía	114.621	95.135			
53.0 Reparación unilateral h. Inguinal	130.175	108.045			
53.1 Reparación bilateral h. Inguinal	156.399	129.811			
60.2 Resección transuretral	181.037	150.261			
60.3 Prostatectomía suprapúbica	287.088	238.283			
59.4 (Incontinencia urinaria) Uretrocervicopexia	181.037	150.261			
81.51 Sustitución total de cadera		767.750			
77.87 Osteotomía de rodilla		394.250			
81.54 Sustitución total de rodilla		850.750			
80.26 Artroscopia diagnóstica o terapéutica		117.130			
81.45 Reparación de ligamentos cruzados		394.250			
80.51 Escisión de disco intervertebral		367.397			
38.5 Ligadura y extirpación de venas varicosas	131.680	109.294			
Ligadura y extirpación de venas varicosas, ambas piernas	145.000	121.000			
39.27 Arteriovenostomía para diálisis renal	110.000	93.500			
39.27 Arteriovenostomía para diálisis renal con prótesis	250.000	167.000			

**Anexo C.A. - IV**  
**Valoración y precios Unitarios de los Servicios Sustitutorios**

Estancias	Tarifa 1 a 8 días		Tarifa > 8 días	
	Pesetas	Euros	Pesetas	Euros
Médicas y de Psiquiatría	16.933	101,77	10.482	63,00
Quirúrgicas	25.400	152,65	15.723	94,50
Cuidados Intensivos	Tarifa 1 a 4 días		Tarifa > 4 días	
CONSULTAS	98.211	590,26	60.796	365,39
Primeras	Pesetas			
Sucesivas	4.920		29,57	
Transformos de Conducta Alimentaria	2.460		14,79	
URGENCIAS NO INGRESADAS	4.920		29,57	
CIRUGIA AMBULATORIA	8.000		48,08	
Procesos no especificados	Pesetas			
Procesos Quirúrgicos Singualizados	8.000		48,08	
	Méd. Propios		Med. INSALUD	
28.2 Amigdalectomía sin Adenoidectomía	55.100	331,16	45.733	274,86
28.3 Amigdalectomía con Adenoidectomía	55.100	331,16	45.733	274,86
28.6 Adenoidectomía sin Amigdalectomía	50.000	300,51	41.500	249,42
13.7 Extracción + LIO.	146.971	883,31	121.986	733,15
51.2 Colecistectomía	235.669	1.416,40	195.605	1.175,61
64.0 Circuncisión	45.000	270,46	37.350	224,48
77.54 Excisión de Hallux Valgus			88.482	531,79
Excisión bilateral de Hallux Valgus			99.200	596,20
49.46 Hemorroidectomía	114.621	688,89	95.135	571,77
53.0 Reparación unilateral h. inguinal	130.175	782,37	108.045	649,36
53.1 Reparación bilateral h. inguinal	156.399	939,98	129.811	780,18
60.2 Resección transuretral	181.037	1.088,05	150.261	903,09
60.3 Prostatectomía suprapúbica	287.088	1.725,43	238.283	1.432,11

PROCESOS QUIRURGICOS SINGULARIZADOS	Tarifa		Financiación
	Méd. Propios	Med. INSALUD	
49.3 Fisurectomía anal	87.975	73.019	
49.12 Fistulectomía anal	87.975	73.019	
86.21 Escisión de quiste	95.000	78.850	
04.43 Liberación de túnel carpiano		73.206	
82.21 Escisión de lesión de vaina tendón de mano		45.650	
82.35 Otra fasciectomía de mano		73.206	
62.5 Orquidopexia	85.000	70.550	
61.2 Escisión de hidrocele	85.000	70.550	
63.70 Vasectomía	45.000	37.350	
09.81 Dacriocistostomía	46.575	38.657	
11.3 Escisión de Pterigión	45.643	37.884	
21.8 Septoplastia	86.215	71.558	
<b>TOTAL PROCESOS QUIRURGICOS</b>			<b>270.000.000</b>
<b>ACTIVIDAD MEDIOS DIAGNÓSTICOS</b>			
Mamografías	3.500	6.200	21.700.000
Ecografías	5.000	3.200	16.000.000
T.A.C.	500	12.000	6.000.000
Endoscopia digestiva	800	10.000	8.000.000
<b>TOTAL</b>			<b>51.700.000</b>
<b>TOTAL Financiación INSALUD 2000</b>			<b>1.257.274.185</b>

En el precio de los procedimientos quirúrgicos se incluye el conjunto de prestaciones que requiera el paciente desde su admisión en el centro hasta su alta definitiva por la patología atendida, y en concreto:

1. Las pruebas diagnósticas y terapéuticas, rutinarias o especiales que sea preciso realizar al paciente con anterioridad y/o posterioridad al procedimiento que vaya a ser sometido, incluido, en su caso, el estudio preoperatorio.
2. Las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso, tanto en la fase preparatoria, como en la intervención quirúrgica propiamente dicha y en el postoperatorio.
3. Las reintervenciones quirúrgicas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con el proceso que motivó su ingreso, obedezcan a una mala praxis quirúrgica y se realicen en un plazo de tiempo no superior a dos meses a contar desde el día siguiente a producirse el alta.
4. El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso, así como la sangre y hemoderivados.
5. Curas.
6. Alimentación, incluidas nutrición enteral y parenteral
7. La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
8. La utilización de quirófano y gastos de anestesia.
9. El material fungible necesario y los controles pre y postoperatorios, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
10. Prótesis, en el caso en que así quede especificado. Deberá especificarse, por el Hospital, el tipo de prótesis, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación.
11. Coste de los días de hospitalización en habitación compartida e individual, cuando se preciso por las especiales circunstancias del paciente.
12. Estancias en la Unidad de Cuidados Intensivos que pudiera precisar.
13. Las consultas postoperatorias de revisión que sean necesarias, debiendo realizarse al menos una consulta en cada uno de los procedimientos. En el procedimiento de extracción de cataratas con inclusión de LIO, se realizarán, al menos cuatro revisiones.
14. El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el Centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del hospital de procedencia, sea necesaria su remisión al Hospital del Área correspondiente.

Procesos Quirúrgicos Singularizados	Méd. Propios		Méd. INSALUD	
	Pesetas	Euros	Pesetas	Euros
59.4 (Incontinencia urinaria)	181.037	1.088,05	150.261	903,09
Uretrocervicopexia			767.750	4.614,27
81.51 Sustitución total de cadera			394.250	2.369,49
77.87 Osteotomía de rodilla			850.750	5.113,11
81.54 Sustitución total de rodilla			117.130	703,97
80.26 Artroscopia diagnóstica o terapéutica				
81.45 Reparación de ligamentos cruzados			394.250	2.369,49
80.51 Escisión de disco intervertebral			367.397	2.208,10
38.5 Ligadura y extirpación de venas varicosas	131.680	791,41	109.294	656,87
Ligadura y extirpación de venas varicosas, ambas piernas	145.000	871,47	121.000	727,22
39.27 Arteriovenostomía para diálisis renal	110.000	661,11	93.500	561,95
39.27 Arteriovenostomía para diálisis renal con prótesis	250.000	1.502,53	167.000	1.003,69
49.3 Fisuroctomía anal	87.975	528,74	73.019	438,85
49.12 Fistulectomía anal	87.975	528,74	73.019	438,85
86.21 Escisión de quiste	95.000	570,96	78.850	473,90
04.43 Liberación de túnel carpiano			73.206	439,98
82.21 Escisión de lesión de vaina tendón de mano			45.650	274,36
82.35 Otra fasciostomía de mano			73.206	439,98
62.5 Orquidopexia	85.000	510,86	70.550	424,01
61.2 Escisión de hidrocele	85.000	510,86	70.550	424,01
63.70 Vasectomía	45.000	270,46	37.350	224,48
09.81 Dacriocistostomía	46.575	279,92	38.657	232,33
11.3 Escisión de Pterigión	45.643	274,32	37.884	227,69
21.8 Septoplastia	86.215	518,16	71.558	430,07
<b>ACTIVIDAD MEDIOS DIAGNÓSTICOS</b>			<b>Pesetas</b>	<b>Euros</b>
Mamografías			6.200	37,26
Ecografías			3.200	19,23
T.A.C.			12.000	72,12
Endoscopia digestiva			10.000	60,10



C.A.- V

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

Se remitirán dos ficheros diferenciados, ambos en formato DBF.  
Fichero de altas.

Fichero de Cirugía Mayor Ambulatoria.

1. FICHERO DE ALTAS

En este fichero se recogerán todas las altas del hospital, según la definición del Anexo I, estén o no codificadas.

Por lo tanto el número de registros debe coincidir con el número de altas que se notifique.

Serán de cumplimentación obligatoria los siguientes campos:

Nombre del campo	Tipo	Ancho
HISTORIA	Carácter	7
FECNAC	Fecha	dd/mm/aaaa
SEXO	Númérico	1
RESIDE	Carácter	5
REGFIN	Númérico	1
FECING	Fecha	dd/mm/aaaa
TIPING	Númérico	1
SERVIC	Carácter	3
FECALT	Fecha	dd/mm/aaaa
TIPALT	Númérico	1
FECINT	Fecha	dd/mm/aaaa
C1	Carácter	6
C2 a C13	Carácter	6
P1 a P13	Carácter	5
T1 a T8	Carácter	5
HOSPITAL	Carácter	6
CIAS-PRO	Carácter	6

HISTORIA Número de la historia clínica del paciente

FECNAC Fecha de nacimiento

SEXO 0 Desconocido

1 Varón

2 Mujer

3 Indeterminado

RESIDE Código postal del domicilio habitual del paciente. Si se desconoce, se cumplimentarán al menos las dos primeras cifras, correspondientes a la provincia, seguidas de tres ceros. En el caso de residentes en país extranjeros se anotará 54 seguido de las tres cifras del código ISO del país.

REGFIN Financiador:

0 Desconocido

1 Seguridad Social

2 Corporaciones locales/Cabildos

3 Mutualidades públicas

4 Mutualidades de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

5 Cias. o entidades de seguros de accidentes de tráfico

6 Particulares

7 Financiación mixta

8 Otros

FECING Fecha de ingreso

TIPING Circunstancias del ingreso:

1 Urgente

2 Programado

SERVIC Servicio que da el alta al paciente. Los códigos de los servicios se recogen al final de este anexo

FECALT Fecha del alta

TIPALT Circunstancias del alta:

0 Desconocido

1 Al domicilio

2 Traslado a otro hospital

3 Alta voluntaria

4 Exitus

5 Traslado a centro socio-sanitario

6 Otros

**FECINT** Fecha de la intervención. Sólo debe cumplimentarse en el caso de intervenciones quirúrgicas, es decir realizadas en quirófano.

**C1** Diagnóstico principal, codificado según CIE-9-MC  
La afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del Servicio clínico o facultativo que atendió al paciente, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes. Estas se consignarán en los campos siguientes (C2 a C13)

**C2 a C13** Otros diagnósticos según CIE-9-MC):  
Aquéllos que coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrativo. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior y que no tienen que ver con el que ha ocasionado el actual ingreso.

**P1 a P13, T1 a T8** Procedimientos diagnósticos, terapéuticos quirúrgicos y no quirúrgicos, y obstétricos, codificados según CIE-9-MC.

**HOSPITAL** Código que figura en el catálogo Nacional de Hospitales  
**CIAS-PRO** Se cumplimentará con los 6 primeros dígitos del código CIAS del médico de cabecera del paciente (recogido en el reverso de la tarjeta sanitaria y compuesto por 10 dígitos más una letra). Los dos primeros corresponden a la Comunidad Autónoma, los dos siguientes al Área de Salud y los dos últimos a la Zona Básica de Salud a la que está adscrito el paciente.

Se cumplimentará en todos los casos, incluso si el paciente proviene del Área de Salud asignada al hospital.

Cuando no se disponga del número CIAS, se cumplimentarán al menos las dos primeras cifras, y si se conoce el Área de Salud donde reside el paciente las dos siguientes, en ambos casos seguidas de ceros. Más abajo se muestra una tabla con los códigos de las Comunidades Autónomas.

## 2. FICHERO DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

En este fichero se recogerán todos los procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria, independientemente de que sean o no del tipo de los que se recogen en el Anexo C.A. V a, de forma individualizada.

Se denomina Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) a las intervenciones quirúrgicas, realizadas con cualquier tipo de anestesia, que **requieren cuidados postoperatorios** específicos pero

poco intensivos y de corta duración (nivel II de la clasificación de Davis), por lo que se realizan **sin ingreso hospitalario** y el paciente abandona el hospital pocas horas después del procedimient.

Los campos de este fichero serán idénticos a los del fichero de altas, a excepción de los siguientes, que no proceden en el caso de la CMA: FECING, TYPING, FECAIT Y TIIPALT. Comprenderá por lo tanto los siguientes:

HISTORIA; FECNAC; SEXO; RESIDE; REGFIN; SERVIC; FECINT;  
Campos C, P y T; HOSPITAL; CIAS-PRO

### Instrucciones adicionales para ambos ficheros

- 1.- Se codificará obligatoriamente con la tercera edición en castellano de la CIE-9-MC
- 2.- En cada envío trimestral se enviará el CMBD acumulado del año, desde el 1 de Enero, incluidos los registros que ya se hayan remitido anteriormente.
- 3.- En el plazo de 15 días tras la recepción del fichero se remitirá desde la Subdirección General de Concierdos un fichero con los posibles errores detectados. Las correcciones que se efectúen deberán incorporarse en el envío el 1er trimestre siguiente, a excepción de las correspondientes al último trimestre, que deberán remitirse antes del 28 de Febrero.

4.- Los ficheros se remitirán con la siguiente nomenclatura:

Fichero de altas:

Fichero de CMA:

### RELACION DE LOS CODIGOS DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Comunidad Autónoma	Código	Comunidad Autónoma	Código
Cataluña	01	Castilla La Mancha	11
País Vasco	02	Canarias	12
Galicia	03	Extremadura	13
Andalucía	04	Baleares	14
Asturias	05	Navarra	15
Cantabria	06	Madrid	16
La Rioja	07	Castilla-León	17
Murcia	08	Ceuta	18
	09	Melilla	19
Aragón	10		

## CODIGOS DE SERVICIOS

CODIGO	SERVICIO	CODIGO	SERVICIO
ACV	Angiología /Cir. Vascular	MNU	Medicina Nuclear
ALG	Alergología	NEF	Nefrología
CAR	Cardiología	NEO	Neonatología
CCA	Cirugía Cardíaca	NEU	Neumología
CGD	Cirugía Gral. y de Digestivo	NRC	Neurocirugía
CMF	Cirugía Maxilofacial	NRL	Neurología
CPE	Cirugía Pediátrica	OBS	Obstetricia
CPL	Cirugía Plástica	OFT	Oftalmología
CTO	Cirugía Torácica	ONC	Oncología Médica
DER	Dermatología	ORL	Otorrinolaringología
DIG	Digestivo	PED	Pediatría
END	Endocrinología	PSQ	Psiquiatría
GIN	Ginecología	RDT	Oncología Radioterápica
GRT	Geriatría	REH	Rehabilitación
HEM	Hematología	REU	Reumatología
MIR	Medicina Interna	TRA	Traumatología
MIV	Medicina Intensiva	URO	Urología