

## CLÁUSULAS

Primera. *Objeto del convenio.*—Es objeto de este convenio establecer las bases de la colaboración entre ambas partes para:

- a) La recopilación, descripción, reproducción digital de los fondos documentales existentes en el Archivo General Militar de Madrid y en el Archivo Real y General de Navarra, correspondientes al Virreinato y a la Capitanía General de Navarra.
- b) El establecimiento de una base de datos de referencia de los fondos objeto de reproducción para su integración en las de los respectivos archivos.
- c) El intercambio de las copias digitales de los documentos existentes en cada uno de los dos archivos para su uso de los investigadores.

Este convenio no conlleva disposición económica alguna entre las partes.

Segunda. *Aportaciones de las partes.*

1. El Ministerio de Defensa, a través del Instituto de Historia y Cultura Militar se compromete a:

- a) Realizar, con medios propios, los trabajos de recopilación, descripción y digitalización de los documentos de la Capitanía de Navarra existentes en el Archivo General Militar de Madrid conforme a los criterios internacionales de descripción normalizada, Normas ISAD (G) e ISAAR (CPF) y recomendaciones internacionales aplicables a la reproducción de documentos, bajo la coordinación de la dirección técnica del citado archivo.
- b) Entregar al Archivo Real y General de Navarra una copia de la base de datos y copias digitales de los fondos de la Capitanía de Navarra para su utilización, contribuyendo a la difusión y conservación de los mismos.

2. El Departamento de Cultura y Turismo—Institución Príncipe de Viana, del Gobierno de Navarra, a través del Servicio de Archivos y Patrimonio Documental del Gobierno de Navarra se compromete a:

- a) Realizar, con medios propios, los trabajos de recopilación, descripción y digitalización de los fondos del Virreinato y Capitanía de Navarra, existentes en el Archivo Real y General de Navarra, conforme a los criterios de descripción normalizadas ISAD (G) e ISAAR (CPF) y a las recomendaciones internacionales sobre reproducción de documentos, bajo la coordinación de la Dirección Técnica del Archivo General Militar de Madrid.
- b) Entregar al Archivo General Militar de Madrid una copia de la base de datos y copias digitales de los fondos de la Capitanía y Virreinato de Navarra para su utilización, contribuyendo a la difusión y conservación de los mismos.

Tercera. *Finalidad de la reproducción.*

1. La reproducción objeto de este convenio tiene por finalidad el estudio e investigación de los fondos.
2. La utilización o difusión de la reproducción en red informática o vía Internet o en otros soportes o para otros fines no previstos en este convenio, así como, en su caso, la transmisión a otra persona física o jurídica de la utilización cultural no privativa o comercial de las reproducciones que se realicen, requerirán el conocimiento y conformidad previos de los respectivos titulares de los fondos que podrán materializarla en un convenio.

Cuarta. *Difusión de la procedencia de los documentos.*—Para la difusión de las reproducciones acordadas en este convenio, las partes se comprometen a citar la procedencia de cada uno de los documentos originales de la siguiente forma: «España. Ministerio de Defensa. Cuartel General del Ejército de Tierra. Instituto de Historia y Cultura Militar. Archivo General Militar de Madrid». O bien, «Gobierno de Navarra. Departamento de Cultura y Turismo—Institución Príncipe de Viana. Dirección General de Cultura. Servicio de Archivos y Patrimonio Documental. Archivo Real y General de Navarra» en las reproducciones de esta procedencia.

Quinta. *Vigencia del convenio.*—La vigencia de este convenio está supeditada a la realización de su objeto, prevista para tres años, contados a partir de la fecha de su firma.

Sexta. *Causas de resolución.*—Será causa de resolución de este convenio la imposibilidad sobrevenida de cumplir el fin o el incumplimiento grave acreditado por una de las partes. En tal caso, la vigencia del convenio podrá ser extinguida mediante denuncia de cualquiera de las partes firmantes con dos meses de antelación a la fecha de su extinción.

Séptima. *Medidas de control y seguimiento.*—De conformidad con lo dispuesto en el art. 6.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, las partes podrán crear una comisión de seguimiento que resolverá los problemas de interpretación y cumplimiento que puedan

plantearse respecto de este convenio y se encargará del seguimiento periódico de los trabajos objeto del mismo.

Dicha comisión podrá constituirse por iniciativa de cualquiera de las partes a partir de la firma del convenio y estará compuesta por dos representantes de cada una de ellas, siendo uno de éstos, en el caso del Ministerio de Defensa, el Director Técnico de los Archivos Militares y por el Departamento de Cultura y Turismo—Institución Príncipe de Viana, el Director del Servicio de Archivos y Patrimonio Documental y el Jefe de la Sección de Archivo Real y General de Navarra.

Octava. *Legislación aplicable.*—Este convenio tiene naturaleza jurídico-administrativa.

Para la resolución de las dudas interpretativas que plantee el convenio, se acudirá a los principios establecidos en el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, y el resto del ordenamiento jurídico-administrativo.

El orden jurisdiccional contencioso-administrativo será competente para resolver las cuestiones litigiosas que puedan surgir en la interpretación de los mismos.

Y en prueba de conformidad de cuanto antecede, firman el presente convenio de colaboración en dos ejemplares originales, igualmente válidos, en lugar y fecha arriba indicados.—Por el Ministerio de Defensa, el Ministro de Defensa, José Antonio Alonso Suárez.—Por el Gobierno de Navarra, el Presidente del Gobierno de Navarra, Miguel Sanz Sesma.

## 147

*RESOLUCIÓN 320/38175/2006, de 15 de diciembre, de la Dirección General de Armamento y Material, por la que se renueva la homologación del cartucho 9x19 mm NATO Parabellum, fabricado por la empresa General Dynamics, Santa Bárbara Sistemas.*

Recibida en la Dirección General de Armamento y Material la solicitud presentada por la empresa General Dynamics, Santa Bárbara Sistemas, con domicilio social en la calle Manuel Cortina, número 2, de Madrid, para la renovación de la homologación del cartucho 9x19 mm NATO Parabellum, fabricado en su factoría de Palencia;

Habiéndose comprobado que subsiste la permanencia de la idoneidad de los medios de producción y aseguramiento de la calidad usados en la fabricación del citado cartucho,

Esta Dirección General, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Homologación de la Defensa (Real Decreto 324/1995, de 3 de marzo, «BOE» número 70), y visto el informe favorable emitido por la Comisión Técnico-Asesora de Homologación, ha acordado renovar por dos años a partir de la fecha de esta Resolución, la homologación del citado producto, concedida mediante Resolución de esta Dirección General número 320/38900/1998 de 19 de octubre y renovada con Resolución número 320/38005/2005, de 10 de enero. Los interesados podrán solicitar nueva renovación seis meses antes de la expiración de dicho plazo.

Madrid, 15 de diciembre de 2006.—El Director General de Armamento y Material, José Julio Rodríguez Fernández.

## 148

*RESOLUCIÓN 4b0/38176/2006, de 22 de diciembre, de la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publican los conciertos suscritos con entidades de seguro para la asistencia sanitaria de sus beneficiarios durante el año 2007, con previsión de prórrogas para los años 2008 y 2009.*

Conforme a lo dispuesto en los artículos 14, uno, del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, y 75 dos y tres, de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 2330/1978, de 29 de septiembre, el ISFAS mantiene un régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar, regulado en la Orden Ministerial 52/2004, de 18 de marzo, habiendo suscrito Concierto con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social, con fecha 30 de diciembre de 1986, en régimen de prórrogas anuales sucesivas, para que los afiliados y demás beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas puedan optar por recibir asistencia sanitaria por los servicios de la Sanidad Militar, con las salvedades establecidas en aludida Orden Ministerial, o bien a través la Red Sanitaria de la Seguridad Social, con arreglo a las condiciones vigentes para el Régimen General.

Asimismo, al amparo de los preceptos antes citados, previa convocatoria pública, el ISFAS ha suscrito Concierto con diversas Entidades de Seguro, para la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios durante el año 2007, con previsión de prórrogas para los años 2008 y 2009.

Al objeto de facilitar la elección de los titulares del ISFAS y para que, en el caso de que opten por adscribirse a una Entidad de Seguro, conozcan el contenido y régimen de la prestación, esta Gerencia acuerda:

Primero.—Publicar, como Anexo a esta Resolución, el texto del Concierto suscrito para la asistencia sanitaria de los afiliados y demás beneficiarios del ISFAS durante el año 2007 y, en caso de acuerdo de prórroga, 2008 y 2009, con las siguientes Entidades de Seguro:

ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima.  
Caja de Seguros Reunidos, Cía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima (CASER).

Compañía de Seguros ADESLAS, Sociedad Anónima.

DKV, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Nueva Equitativa, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima.

Mapfre Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima.

Segundo.—Hacer público igualmente que las modalidades asistenciales especiales detalladas en el Anexo VI del Concierto han quedado asignadas a las siguientes Entidades:

ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima.

Caja de Seguros Reunidos, Cía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima (CASER).

Compañía de Seguros ADESLAS, Sociedad Anónima.

Nueva Equitativa, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima.

Mapfre Caja Salud de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima.

Tercero.—Determinar que, durante el mes de enero del año 2007, los titulares afiliados al ISFAS que lo deseen puedan cambiar de Modalidad Asistencial, mediante la oportuna solicitud, de forma que, a lo largo del mes de enero, los titulares podrán adscribirse a alguna de las Entidades de Seguro relacionadas en el apartado primero o segundo, en el caso de las Modalidades asistenciales especiales, acogerse al Concierto con el INSS y la TGSS cuando se opte por recibir la asistencia a través de la Red Sanitaria de la Seguridad Social o bien adscribirse a los Servicios de Sanidad Militar, con las limitaciones establecidas en la Orden Ministerial 52/2004, de 18 de marzo.

El cambio a que se hace referencia se solicitará por el titular, o persona debidamente autorizada, en la Delegación o Subdelegación del ISFAS a cuyo ámbito pertenezca o, en el caso de Madrid, en cualquiera de las Oficinas Delegadas, debiendo unirse a la solicitud fotocopia del DNI del titular y, en su caso, de la persona que actúe en su nombre y el documento de afiliación para su sustitución.

El plazo del mes de enero de cada año será único para los cambios de Entidad de carácter ordinario, sin perjuicio de los cambios extraordinarios previstos en la cláusula 1.5 de los Concierdos y en la correspondiente regulación específica

Cuarto.—Disponer que en las Delegaciones, Subdelegaciones y Oficinas Delegadas del ISFAS se expongan, a disposición de los titulares que deseen consultarlos, los Catálogos de Servicios de la respectiva provincia correspondientes a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria concertadas.

Madrid, 22 de diciembre de 2006.—La Secretaria General Gerente del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Carmen Briones González.

## ANEXO

### Concierto del Instituto Social de las Fuerzas Armadas con Entidades de Seguro para la asistencia sanitaria de beneficiarios del instituto durante el año 2007

#### Capítulo I

- 1.1 Objeto del concierto.
- 1.2 Beneficiarios en general.
- 1.3 Beneficiarias por maternidad.
- 1.4 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.
- 1.5 Cambio de entidad.
- 1.6 Afiliados no adscritos a entidad médica.

#### Capítulo II

- 2.1 Normas generales.
- 2.2 Prestaciones sanitarias.
- 2.3 Prestaciones por terapias respiratorias.
- 2.4 Prestación ortoprotésica.
- 2.5 Transporte para asistencia sanitaria.
- 2.6 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.

#### 2.7 Catálogo de servicios de la entidad.

#### Capítulo III

- 3.1 Norma general.
- 3.2 Alcance de la acción protectora.
- 3.3 Ámbito territorial.
- 3.4 Requisitos.
- 3.5 Libertad de elección de facultativo y centro.
- 3.6 Contenido de la atención sanitaria.
  - 3.6.1 Asistencia en consulta externa.
  - 3.6.2 Asistencia Domiciliaria.
  - 3.6.3 Asistencia Urgente.
  - 3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.
- 3.7 Farmacia.
- 3.8 Productos sanitarios.
- 3.9 Especificaciones complementarias.
  - 3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.
  - 3.9.2 Estomatología y Odontología.
  - 3.9.3 Rehabilitación y Fisioterapia.
  - 3.9.4 Psiquiatría.
  - 3.9.5 Cirugía plástica, estética y reparadora.
  - 3.9.6 Trasplantes.
  - 3.9.7 Programas preventivos.
- 3.10 Supuestos especiales.
  - 3.10.1 Facultativo ajeno.
  - 3.10.2 Hospitales Militares.

#### Capítulo IV

- 4.1 Norma general.
- 4.2 Denegación injustificada de asistencia.
- 4.3 Asistencia urgente de carácter vital.
  - 4.3.1 Concepto.
  - 4.3.2 Requisitos.
  - 4.3.3 Alcance.
  - 4.3.4 Comunicación a la Entidad.
  - 4.3.5 Obligaciones de la Entidad.
  - 4.3.6 Reclamación del beneficiario.

4.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.

#### Capítulo V

- 5.1 Naturaleza y régimen del concierto y de las relaciones en él basadas.
- 5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.
- 5.3 Comisiones mixtas.
- 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.
- 5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.
- 5.6 Compensaciones económicas por incumplimiento de las obligaciones definidas en el concierto.

#### Capítulo VI

- 6.1 Normas generales.
- 6.2 Información general sobre actividad.
- 6.3 Información económica.
- 6.4 Información sobre asistencia hospitalaria.
- 6.5 Documentación clínica.
- 6.6 Documentación sanitaria.

#### Capítulo VII

- 7.1 Duración del concierto.
- 7.2 Régimen económico del concierto.
- 7.3 Precio del concierto.

Anexo I. Medios de asistencia en zonas rurales.

Anexo II. Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos balear y canario.

Anexo III. Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa.

Anexo IV. Programas preventivos.

Anexo V. Patologías con riesgo vital.

Anexo VI. Modalidades asistenciales complementarias.

Anexo VII. Información sobre actividad asistencial y datos económicos.

Anexo VIII. Información sobre asistencia hospitalaria.

Anexo IX. Criterios de cobertura de los tratamientos de esterilidad.

## CAPÍTULO I

**Objeto del concierto y beneficiarios**

## 1.1. Objeto del concierto.

1.1.1. El objeto del Concierto es facilitar prestaciones de asistencia sanitaria a afiliados al ISFAS, en todo el territorio nacional. Esta asistencia se prestará conforme a lo establecido en el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, en la Ley 14/1986, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, con la referencia, en cuanto al contenido, del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por la que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Para hacer efectiva la prestación de la asistencia sanitaria integral conforme a la cartera de servicios, la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad) pondrá a disposición de los beneficiarios adscritos a ella (en adelante, beneficiarios), todos los medios propios o concertados precisos (en adelante, medios de la entidad). Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de tales medios, asumirá o reintegrará al beneficiario el gasto ocasionado por la utilización de medios ajenos de conformidad con las cláusulas de este Concierto.

1.1.2. Por su parte y al mismo fin, el ISFAS se obliga a abonar a la Entidad la cantidad por mes y persona que se prevé en la Cláusula 7.3, con sujeción a las especificaciones y procedimiento contenidos en la Cláusula 7.2.

## 1.2. Beneficiarios en general.

1.2.1.–Sin perjuicio de lo que se establece en la Cláusula 1.3, son beneficiarios a los efectos del presente Concierto todos los afiliados y beneficiarios del ISFAS, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a dichos efectos.

El reconocimiento de la condición de beneficiario corresponde al ISFAS.

1.2.2. El ISFAS comunicará el alta de los beneficiarios a la Entidad diariamente de forma telemática.

Asimismo y por el mismo procedimiento, se comunicarán a la Entidad por el ISFAS, las bajas y variaciones en los datos de los beneficiarios.

1.2.3. A ciertos fines de gestión y siempre que así se derive del propio texto de las Cláusulas, los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares, si poseen Documento de Afiliación al ISFAS propio, o simplemente beneficiarios, cuando figuren como tales en el Documento de Afiliación de un titular o cuando posean un Documento asimilado al de Afiliación. En todo caso, los beneficiarios estarán adscritos a la Entidad mientras lo esté el titular del que dependan.

1.2.4. Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2006 y no cambien de Entidad conforme a lo previsto en la Cláusula 1.5 o según las reglas de adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social y los que la elijan conforme a las normas de dicha Cláusula o cuando se produzca su alta en el ISFAS.

1.3. Beneficiarias por maternidad.–Además de las beneficiarias incluidas en la Cláusula 1.2, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente Concierto, las cónyuges de las/los titulares o aquellas que convivan con las/los titulares en relación de pareja con carácter estable, aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias incluidas en el correspondiente Documento, siempre que no sean titulares adscritas a otra Entidad firmante del presente Concierto. En este caso, la asistencia cubre la preparación al parto y todas las incidencias y la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

## 1.4. Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.

1.4.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente y en la Cláusula 1.6, los derechos de los beneficiarios comienzan en la fecha en que hayan quedado adscritos a la Entidad por los Servicios del ISFAS, sin que existan plazos de carencia para ningún tipo de asistencia.

1.4.2 A los efectos citados, se presume en todo caso que el recién nacido está adscrito a la Entidad que atiende a la madre, desde el mismo momento del parto hasta transcurrido un mes. A partir de entonces, el citado derecho queda condicionado a la formalización de la adscripción con los consiguientes efectos económicos.

1.4.3 Los derechos de los beneficiarios se extinguen, en cualquier caso, en la fecha en que los Servicios del ISFAS acuerden su baja en el mismo o en la Entidad.

## 1.5 Cambio de entidad.

1.5.1 Los titulares adscritos a la Entidad podrán cambiar a otra de las concertadas en los siguientes supuestos:

A) Con carácter ordinario y general, durante el mes de enero de cada año, en la forma que se establezca por el ISFAS.

## B) Con carácter extraordinario:

a) Cuando se produzca un cambio de destino del titular con traslado de provincia.

b) Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de las dos Entidades afectadas.

c) Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia sanitaria, la Gerencia del ISFAS acuerde la apertura de plazo especial de elección de Entidad.

d) En los casos particulares en que, a juicio de la Secretaria General Gerente del ISFAS, concurren circunstancias excepcionales que justifiquen el cambio de Entidad.

1.5.2 La fusión de la Entidad con otra u otras de las concertadas por el ISFAS no supondrá la apertura de plazo especial de cambio, quedando automáticamente adscritos a la Entidad absorbente o resultante de la fusión los beneficiarios que, en el momento de la fusión, se encontraran adscritos a la/s Entidad/es extinguida/s o a cada una de las Entidades fusionadas, obligándose la Entidad absorbente resultante, desde ese momento, a garantizar todos sus derechos en los términos previstos en el presente Concierto.

1.6 Afiliados no adscritos a entidad médica.–El personal militar o funcionarios civiles que, debiendo figurar afiliado al ISFAS, no haya formalizado su adscripción, por lo que no ha ejercido su derecho de opción a una de las Entidades concertadas, a la Red Sanitaria de la Seguridad Social o al régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar y que, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera de la Entidad, tendrá derecho a recibirla.

La Entidad prestará la asistencia y, en el plazo de los cinco días hábiles siguientes, notificará los hechos al ISFAS para que proceda al alta del asegurado en la Entidad con efectos del quinto de los citados días y al abono de los gastos de la asistencia prestada hasta la fecha de efectos del alta.

## CAPÍTULO I

**Medios de la entidad**

## 2.1 Normas generales.

## 2.1.1 Los medios de la Entidad son los siguientes:

A) Personal sanitario dependiente de la Entidad mediante una relación de carácter laboral o vinculado a la misma mediante una relación de carácter civil.

B) Centros, instalaciones o establecimientos propios de la Entidad o concertados por la misma bajo cualquier régimen jurídico.

C) Medios de que disponga otra Entidad y que queden adscritos, mediante subconcierto con la Entidad concertada, a los fines de este Concierto.

Igualmente a los fines asistenciales de este Concierto, quedan asimilados a los medios de la Entidad los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en el Anexo I.

2.1.2 La Entidad dispondrá de todos los medios que haga constar en su Catálogo de Servicios.

Asimismo todos los facultativos y centros que presten servicios a los beneficiarios por cuenta de la Entidad deberán aparecer en el Catálogo de Servicios. Sin perjuicio de lo anterior, se faculta a la Entidad para que determinados facultativos puedan aparecer diferenciados en el catálogo como consultores para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que dicha especialidad disponga al menos de dos especialistas no consultores. El acceso a estos especialistas consultores se realizará previa derivación por otro especialista y con la autorización previa de la Entidad.

Cuando un beneficiario sea atendido por un profesional que trabaje en el equipo de un profesional concertado, se entenderá, a todos los efectos, que el mismo forma parte de los medios de la Entidad.

2.1.3 Los medios de la Entidad deberán cumplir los requisitos establecidos con carácter general por la normativa sanitaria vigente, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la Administración sanitaria competente.

Los profesionales sanitarios deberán ser titulados de acuerdo con la regulación establecida en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Si el ISFAS tiene conocimiento del posible incumplimiento de dichos requisitos de carácter general, lo pondrá en conocimiento de la autoridad sanitaria competente.

2.1.4 Dentro de cada uno de los Niveles Asistenciales previstos en el presente Capítulo, los medios de que disponga la Entidad deberán garantizar, en todo caso, el principio de libre elección de facultativo, teniendo

en cuenta lo establecido en las Cláusulas, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4. Por ello, el contenido del catálogo de servicios, tanto de facultativos como de centros, será claro, completo y transparente, evitando que haya facultativos y centros asistenciales concertados por la Entidad para atender a los beneficiarios del ISFAS que no figuren en el catálogo, para los cuales no hay garantía de acceso.

2.1.5 El ISFAS comunicará a la Entidad la forma en que deberá proporcionar la información necesaria, que permita la integración de los datos referidos a la prestación de servicios a los beneficiarios del ISFAS con la finalidad de posibilitar la comparación de los servicios entre los distintos proveedores, según establece el Capítulo VI del Concierto.

A fin de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria, esta información se integrará en los informes de seguimiento del Concierto, que periódicamente serán objeto de análisis en las Comisiones Mixtas previstas en la cláusula 5.3 del Concierto y de las que podrán derivarse los planes de mejora de la oferta de servicios que resulten pertinentes a partir de la información solicitada.

2.1.6 La Entidad deberá impulsar, en colaboración con sus profesionales, el desarrollo y aplicación de guías clínicas, protocolos y pautas de actuación, de acreditada y contrastada eficacia, relacionados con las patologías más prevalentes en la población. Dicha actuación se concretará tanto en la selección de guías y protocolos, como en promover su implantación efectiva en la práctica asistencial de los asegurados del ISFAS.

2.1.7 La Entidad promoverá acciones tendentes a que los médicos concertados dispongan en sus consultas de medios informáticos: ordenador y conexión a Internet, a fin de que estén disponibles para poder llevar a cabo las acciones contempladas en la cláusula 2.1.6., así como la puesta en marcha de otros programas y actuaciones conducentes a la mejora de la calidad asistencial y la salud de los asegurados.

Especialmente se impulsará un programa de Historia Clínica informatizada, compatible con la prescripción farmacéutica en receta informatizada. Para ello, se constituirá un Grupo de Trabajo que elaborará un proyecto definiendo el alcance, contenido, especificaciones o requerimientos técnicos y marcará los objetivos que deban alcanzarse en cada momento.

## 2.2 Prestaciones sanitarias.

A) La Asistencia Sanitaria comprende las siguientes modalidades:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Prestaciones Farmacéuticas.
- d) Prestaciones Complementarias.
- e) Servicios de Información y Documentación Sanitaria.

B) La Asistencia Sanitaria se estructura en niveles asistenciales por tamaños de población:

- a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: municipios de hasta 20.000 habitantes.
- b) Nivel II de Asistencia Sanitaria: municipios de más de 20.000 y hasta 75.000 habitantes.
- c) Nivel III de Asistencia Sanitaria: municipios de más de 75.000 habitantes, ciudades de Ceuta y Melilla y capitales de provincia.
- d) Nivel IV de Asistencia Sanitaria: Comunidades Autónomas.

Cada nivel de tamaño poblacional superior incluye todos los servicios de los niveles inferiores.

Para los territorios insulares se tendrá en cuenta, además, lo dispuesto en el Anexo II.

### 2.2.1 Nivel I de asistencia sanitaria.

A) Los municipios hasta 20.000 habitantes dispondrán de Atención Primaria, que comprenderá la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario y de urgencia a cargo del Médico general o de Familia, Pediatra, Diplomado/a en Enfermería, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo, teniendo en cuenta:

- a) Los municipios hasta 5.000 habitantes dispondrán siempre de Médico general o de Familia y Diplomado/a en Enfermería.
- b) Los municipios de 5.000 hasta 10.000 habitantes dispondrán además, de Pediatra, Matrona, Fisioterapeuta y Odontólogo.

c) Los municipios de más de 10.000 habitantes dispondrán de, al menos, dos Médicos generales o de Familia, dos Pediatras, dos Diplomados en Enfermería, dos Fisioterapeutas y dos Odontólogos.

d) En los municipios donde exista un centro hospitalario, dependiente del Servicio de Salud de la correspondiente Comunidad Autónoma, se atenderá la cobertura de la asistencia por su Servicio de Urgencias a los asegurados que sufran situaciones clínicas agudas que obliguen a una atención inmediata.

B) Cartera de Servicios de Atención Primaria.–La Cartera de Servicios de Atención Primaria incluirá con carácter general las mismas prestaciones que para este nivel establece la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y de forma específica las vacunaciones del niño y del adulto, conforme al calendario de vacunación vigente en la correspondiente Comunidad Autónoma, la atención a pacientes con VIH-SIDA y los tratamientos fisioterápicos básicos, y, Asimismo, la Atención Primaria de Urgencia se prestará, a las personas de cualquier edad, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente.

C) Criterio Supletorio.–Como criterio supletorio de lo previsto en la presente Cláusula, se tendrá en cuenta que, en las zonas rurales expresamente previstas en los Convenios a que se refiere en el Anexo I de este Concierto, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del Médico general o de Familia, Pediatra, Diplomado/a en Enfermería y Matrona se podrá prestar por los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública. En todo caso, los titulares y beneficiarios residentes en los municipios incluidos en el anexo I de los respectivos Convenios Rurales, y de acuerdo con la cláusula 3.5 y 3.6.1, podrán optar por los medios de que disponga la Entidad en los municipios próximos.

### 2.2.2 Nivel II de asistencia sanitaria.

A) En los municipios de más de 20.000 y hasta 75.000 habitantes, se prestarán, además de los servicios de Atención Primaria contemplados en la Cláusula 2.2.1, los siguientes servicios de Atención Especializada:

Asistencia ambulatoria especializada en consultas, incluyendo, en su caso, la realización de cirugía ambulatoria.

Asistencia especializada en régimen de hospitalización, que incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica.

Asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio.

Atención de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria.

En este nivel, la atención hospitalaria de urgencias comprenderá todas las especialidades que aparecen en la cartera de servicios de atención especializada Nivel II en servicios de hospitalización, debiendo estar los facultativos de guardia bien de presencia física o localizada.

Las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Traumatología y Anestesia y Reanimación, deberían contar con facultativos de presencia física, no obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los mismos, una vez que sean requeridos por el Médico de Urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo que no podrá ser en ningún caso superior a 30 minutos.

Los Servicios centrales estarán siempre disponibles en cualquier momento.

B) A partir de este nivel, la disponibilidad de medios se ajustará a las siguientes reglas:

Un Médico general o de Familia por cada 1.500 habitantes o fracción.

Un Diplomado/a en Enfermería por cada 2.500 habitantes o fracción.

Un Pediatra por cada 1.500 habitantes menores de 14 años o fracción.

Una Matrona y un Fisioterapeuta por cada 20.000 habitantes.

Un Odontólogo por cada 12.000 habitantes.

Además las Entidades deberán disponer como mínimo, de dos facultativos por especialidad, incrementados, en su caso, proporcionalmente al número de beneficiarios, de acuerdo con los criterios utilizados en el Sistema Nacional de Salud.

C) Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel II de Asistencia Sanitaria (Cuadro 1).

CUADRO 1

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA NIVEL II			
CONSULTAS EXTERNAS		HOSPITALIZACIÓN	
SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES	SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES
<b>ÁREA MÉDICA</b>		<b>ÁREA MÉDICA</b>	
A. DIGESTIVO			
CARDIOLOGÍA			
ESTOMATOLOGÍA			
		HEMOTERAPIA	
MEDICINA INTERNA		MEDICINA INTERNA	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Ecografía	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
PEDIATRÍA		PEDIATRÍA	
PSIQUIATRÍA			
REHABILITACIÓN	Logopedia	REHABILITACIÓN	
FISIOTERAPIA			
		U.C.I.	
<b>ÁREA QUIRÚRGICA</b>		<b>ÁREA QUIRÚRGICA</b>	
		ANESTESIA Y REANIMACIÓN	
CIRUGÍA GENERAL		CIRUGÍA GENERAL	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
OFTALMOLOGÍA		OFTALMOLOGÍA	
OTORRINOLARINGOLOGÍA		OTORRINOLARINGOLOGÍA	
TRAUMATOLOGÍA		TRAUMATOLOGÍA	
<b>SERVICIOS CENTRALES</b>		<b>SERVICIOS CENTRALES</b>	
ANÁLISIS CLÍNICOS		ANÁLISIS CLÍNICOS	
		ANATOMÍA PATOLÓGICA	
		FARMACIA	
RADIODIAGNÓSTICO	Radiología General	RADIODIAGNÓSTICO	Radiología General
	Ecografía		Ecografía
	Mamografía		Mamografía
	T.A.C.		T.A.C.
<b>URGENCIAS</b>		<b>URGENCIAS</b>	

### 2.2.3.- Nivel III de asistencia sanitaria.

A) En los municipios de más de 75.000 habitantes, en las ciudades de Ceuta y Melilla y en las capitales de provincia, se prestarán, además de los servicios de Atención Primaria y de Atención Especializada contemplados en las Cláusulas 2.2.1 y 2.2.2, los siguientes:

Asistencia ambulatoria especializada en consultas, que incluirá, en su caso, la realización de cirugía ambulatoria.

Asistencia especializada en régimen de hospitalización.

Asistencia especializada en régimen de hospital de día para aquellos pacientes que precisan cuidados médicos o de enfermería y no requieran estancia hospitalaria.

Asistencia especializada en régimen de hospitalización a domicilio.

Asistencia psiquiátrica, en régimen ambulatorio y de hospitalización.

Atención de Urgencia hospitalaria y extrahospitalaria.

En este nivel, la atención hospitalaria de urgencias comprenderá todas las especialidades que aparecen en la cartera de servicios de atención especializada Nivel III en servicios de hospitalización, debiendo estar los facultativos de guardia bien de presencia física o localizada.

Las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Ginecología, Traumatología y Anestesia y Reanimación, deberían contar con facultativos de presencia física, no obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los mismos, una vez que sean requeridos por el Médico de Urgencias, en el plazo más breve posible en función de la patología y estado clínico del paciente, plazo que no podrá ser en ningún caso superior a 30 minutos.

Los Servicios Centrales estarán siempre disponibles en cualquier momento.

B) En este Nivel, se seguirán los mismos criterios de disponibilidad señalados en el apartado B) de la cláusula 2.2.2.

C) Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel III de Asistencia Sanitaria (Cuadros 2, 3 y 4).

CUADRO 2

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA NIVEL III			
CONSULTAS EXTERNAS		HOSPITALIZACIÓN	
SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES	SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES
<b>ÁREA MÉDICA</b>		<b>ÁREA MÉDICA</b>	
ALERGOLOGÍA		ALERGOLOGÍA	
APARATO DIGESTIVO		APARATO DIGESTIVO	Endoscopia Digestiva
CARDIOLOGÍA	Electrofisiología	CARDIOLOGÍA	Electrofisiología Hemodinámica diagnóstica Hemodinámica terapéutica
DERMATOLOGÍA		DERMATOLOGÍA	
ENDOCRINOLOGÍA		ENDOCRINOLOGÍA	
ESTOMATOLOGÍA			
HEMATOLOGÍA		HEMATOLOGÍA	Hospital de Día
MEDICINA PREVENTIVA		MEDICINA PREVENTIVA	
MEDICINA INTERNA		MEDICINA INTERNA	U. de Infecciosos
NEFROLOGÍA	Hemodiálisis y Diálisis peritoneal domiciliaria	NEFROLOGÍA	Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal
NEUMOLOGÍA		NEUMOLOGÍA	Endoscopia Resp.
NEUROLOGÍA		NEUROLOGÍA	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Ecografía	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Obstetricia de Alto Riesgo
ONCOLOGÍA MÉDICA		ONCOLOGÍA MÉDICA	Quimioterapia Hospital de Día
PEDIATRÍA		PEDIATRÍA	Neonatología
PSIQUIATRÍA		PSIQUIATRÍA	Unidad de desintoxicación Hospital de Día
REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA		REHABILITACIÓN	Unidad de trastornos de la alimentación U. Atención Temprana
REUMATOLOGÍA		REUMATOLOGÍA	

CUADRO 3

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA NIVEL III			
CONSULTAS EXTERNAS		HOSPITALIZACIÓN	
SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES	SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES
<b>ÁREA QUIRÚRGICA</b>		<b>ÁREA QUIRÚRGICA</b>	
		ANESTESIOLOGÍA	U. de Despertar U. de Reanimación U. de Dolor
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA		CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	Laparoscopia
CIRUGÍA MAXILOFACIAL		CIRUGÍA MAXILOFACIAL	
CIRUGÍA PEDIÁTRICA		CIRUGÍA PEDIÁTRICA	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Ecografía	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Diagnostico prenatal I.V.E. Ligadura de Trompas
OFTALMOLOGÍA		OFTALMOLOGÍA	
		ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	Cobaltoterapia Radiumterapia e Isótopos radiactivos Braquiterapia Acelerador lineal.
OTORRINOLARINGOLOGÍA		OTORRINOLARINGOLOGÍA	
TRAUMATOLOGÍA Y C. ORTOPÉDICA		TRAUMATOLOGÍA Y C. ORTOPÉDICA	
UROLOGÍA		UROLOGÍA	Litotricia Vasectomía Endoscopia
		UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	Adultos Pediátrica

CUADRO 4

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA NIVEL III			
CONSULTAS EXTERNAS		HOSPITALIZACIÓN	
SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES	SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES
<b>S. CENTRALES</b>		<b>S. CENTRALES</b>	
ANÁLISIS CLÍNICOS-BIOQUÍMICA		LABORATORIO	Anatomía Patológica
			Bioquímica
			Farmacología
			Hematología
			Inmunología
			Microbiología
			Parasitología
		FARMACIA	
		NEUROFISIOLOGÍA	Potenciales Evocados
			E.M.G.
RADIODIAGNÓSTICO	Radiología General	RADIODIAGNÓSTICO	Radiología General
	Ecografía		Ecografía
	Mamografía		Mamografía
	T.A.C.		T.A.C.
	R.N.M.		R.N.M.
	Densitometría Ósea		Densitometría Ósea
<b>URGENCIAS</b>		<b>URGENCIAS</b>	

## 2.2.4.- Nivel IV de asistencia sanitaria.

A) Por Comunidades Autónomas, la Entidad deberá disponer de los medios asistenciales que aparecen en el Cuadro 5. Dichos servicios deberán existir, al menos, en cada Comunidad Autónoma o, en su defecto, en una Comunidad Autónoma limítrofe a aquella en la que resida el beneficiario.

B) Cartera de Servicios de Atención Especializada del Nivel IV de Asistencia Sanitaria (**Cuadro 5**).

CUADRO 5

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA NIVEL IV		
CONSULTAS EXTERNAS	HOSPITALIZACIÓN	
SERVICIOS	SERVICIOS	UNIDADES FUNCIONALES
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	
CIRUGÍA TORÁCICA	CIRUGÍA TORÁCICA	
MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR	Medicina Nuclear diagnóstica
		Medicina Nuclear terapéutica
		PET y PET-TC
NEUROCIRUGÍA	NEUROCIRUGÍA	Cirugía Estereotáxica
	NEUROFISIOLOGÍA	Unidad del Sueño
	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Consejo Genético
	UNIDAD REPRODUCCIÓN ASISTIDA (*)	F.I.V
		Inseminación Artificial
		Banco de Semen
		Banco de tejido ovárico
	TRASPLANTES	Trasplante de Órganos Trasplante de Tejidos Trasplante de Células de origen humano. Cultivos celulares
	UNIDAD DE QUEMADOS	
	UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES	
	LABORATORIO	Genética
		Citogenética
		Genética Molecular
		Medicina Nuclear
	RADIODIAGNÓSTICO	Angiografía digital
		Radiología Intervencionista
RADIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	Radiocirugía

\* Al menos en capitales de provincia de 100.000 habitantes o más.

2.2.5 Garantía de accesibilidad a los medios.—La Entidad debe disponer de los medios que en cada Nivel Asistencial exige la cartera de servicios del presente Concierto, salvo que dichos medios no existan a nivel privado ni público. Si existen medios sanitarios privados, la Entidad se obliga a concertarlos o a abonar el importe de las asistencias que se deriven por la utilización de los mismos. En el supuesto de que no existan dichos medios privados, la Entidad deberá hacerse cargo de la asistencia en medios públicos y, si tampoco existieran, los facilitará en la localidad más próxima del mismo nivel o en el nivel inmediato superior en que existan. En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada Nivel.

2.2.6 Atención de urgencia.—Se define la Atención de Urgencia como aquella que garantiza la atención inmediata y continuada de cualquier emergencia sanitaria, ya sea actuando directamente sobre el paciente hasta su resolución definitiva, o garantizando su traslado en las mejores condiciones posibles a otro centro propio o concertado.

La Atención de Urgencia se prestará conforme a lo establecido en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2 y 2.2.3 del presente Concierto y con arreglo a las siguientes especificaciones:

a) Nivel I de Asistencia Sanitaria: la Atención Primaria de Urgencia se prestará, de forma continuada, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y domiciliario. Además se tendrá en cuenta la previsión recogida en la cláusula 2.2.1. en los municipios en los que existan servicios hospitalarios de urgencia.

b) Niveles II y III de Asistencia Sanitaria: además de la Atención de Urgencia establecida para el Nivel I de Asistencia Sanitaria, la Entidad deberá disponer de los Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios previstos en las Cláusulas 2.2.2 y 2.2.3, según corresponda. A dichos Servicios podrán acudir los beneficiarios en todo momento y contarán con los médicos de guardia precisos y los medios personales y materiales necesarios para su función.

2.2.7 Acceso a los centros y servicios.—La Entidad facilitará el acceso a los Centros y Servicios incluidos en las Carteras de Servicios, a fin de que el ISFAS pueda comprobar la adecuación de los medios de la Institución respecto a la oferta de servicios realizada.

2.3 Prestaciones por terapias respiratorias.—Requieren prescripción escrita de especialista de la Entidad y autorización previa de la misma.

Se atenderá la cobertura de cualquiera de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio atendidas por el Sistema Nacional de Salud, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido, la pulsioximetría y la aerosolterapia.

2.4 Prestación ortoprotésica.—Serán a cargo de la Entidad las prótesis quirúrgicas fijas o implantes quirúrgicos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, así como la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos. Se incluyen, asimismo, los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos deriven de accidente de servicio o enfermedad profesional.

2.5 Transporte para asistencia sanitaria.—La Entidad deberá atender los gastos ocasionados por los desplazamientos que precisen los beneficiarios cuando utilicen los servicios asignados, con las salvedades establecidas en las cláusulas 4.2. y 4.3, en los supuestos y condiciones que se establecen en la presente cláusula.

2.5.1 Transporte en medios ordinarios.

A) Se considera medio de transporte ordinario, a los fines asistenciales previstos en el Concierto, el que se realiza en automóvil, autobús, ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta o Melilla, en barco o avión.

B) El beneficiario del ISFAS tendrá derecho a este tipo de transporte a cargo de la Entidad, siempre que se realice al municipio más próximo al de residencia habitual o temporal en que la misma disponga de medios, en los siguientes supuestos:

Desplazamientos para recibir tratamientos periódicos, siempre que la distancia entre ambos municipios sea superior a 25 kilómetros.

Desplazamientos motivados por la indisponibilidad de los medios exigidos en el correspondiente municipio, en función del Nivel Asistencial en que se encuadre.

Desplazamientos a servicios de Nivel IV de Asistencia Sanitaria ubicados en un municipio distinto al de residencia.

C) Estos traslados se valorarán siempre por su coste, en clase normal o turista, en líneas regulares de transporte en autobús o ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta y Melilla, en barco o avión, hasta el municipio más próximo en que la

Entidad disponga de medios para completar la asistencia requerida. La prestación comprenderá el traslado de regreso.

2.5.2 Transporte en medios extraordinarios.

A) Se considera medio de transporte extraordinario, a los fines asistenciales previstos en el Concierto, el que se realiza en ambulancia, ambulancia medicalizada, UVI móvil, avión y helicóptero medicalizados y taxi.

B) El beneficiario del ISFAS tendrá derecho a este tipo de transporte cuando, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueda utilizar transporte ordinario, en los siguientes supuestos:

Por razones de urgencia, desde el lugar en que ésta se produzca hasta el Centro de la Entidad donde se le preste la asistencia, o hasta el Centro no concertado donde sea atendido en el supuesto de urgencia vital.

Para recibir tratamientos periódicos, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otras contempladas en este Concierto.

Para recibir cualquier otro tipo de asistencia que deba ser atendida por la Entidad.

La necesidad de medios extraordinarios de transporte se justificará mediante la prescripción escrita del correspondiente facultativo, excepto en situación de urgencia vital.

C) Los traslados se realizarán a centros o servicio ubicados dentro del municipio de residencia habitual o temporal o, si en éste no existieran los medios precisos, hasta el municipio más próximo en el que la Entidad disponga de estos servicios o hasta el centro al que ésta hubiera remitido al paciente.

En todos los supuestos señalados se atenderá el traslado de regreso del paciente a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, siempre que persistan las causas que justifiquen la necesidad de transporte en medios extraordinarios.

Asimismo, cuando un paciente desplazado transitoriamente en un municipio distinto al de residencia hubiera recibido asistencia urgente, la entidad se hará cargo del transporte sanitario que precise, por causas estrictamente médicas para su traslado a su municipio de residencia, bien a su domicilio o a otro centro sanitario.

D) Utilización Directa del Servicio de Ambulancias.

En los casos de urgencia en que no haya sido posible comunicar con los Servicios de Urgencias y/o de ambulancias de la Entidad y no resulte adecuada otra alternativa, el beneficiario podrá solicitar directamente del Servicio de Ambulancias existente en la localidad el traslado al Servicio de Urgencias de la Entidad a la que se encuentre adscrito y la Entidad deberá asumir o reintegrar los gastos del traslado.

2.5.3 Ayudas para gastos de un acompañante.—Se tendrá derecho a los gastos de transporte de un acompañante del paciente, en los siguientes supuestos:

Desplazamientos de beneficiarios menores de quince años.

Desplazamientos de beneficiarios que acrediten un grado de discapacidad superior al 65%.

Desplazamientos de beneficiarios residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla y en las provincias insulares, cuando así lo indique su médico responsable, circunstancia que se acreditará mediante la presentación de la prescripción escrita del facultativo.

2.6 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.—Cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de la firma del Concierto constituirá medio obligatorio para la Entidad cuando la misma se aplique a pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud en algunos de los centros propios o concertados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. En caso de duda, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1035/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

2.7 Catálogo de servicios de la entidad.

2.7.1 El Catálogo de Servicios de la Entidad contiene la relación detallada de los medios de la Entidad y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los beneficiarios.

2.7.2 Los Catálogos de Servicios serán de ámbito provincial e incluirán:

A) Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada, por Niveles de Asistencia Sanitaria ofertada, y forma de acceder a la misma, desglosada por consulta externa y hospitalización, según lo previsto en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4, ordenados en sentido creciente.

B) Relación, con dirección, teléfono y horarios de funcionamiento de los siguientes servicios:

Servicios de Urgencias.

Centros Hospitalarios.

Médicos con nombres y apellidos, agrupados por especialidades.

Fisioterapeutas con nombre y apellidos.

Logopedas con nombre y apellidos.  
Personal de enfermería con nombre y apellidos.  
Servicio de Ambulancias  
Servicio de Información de la Entidad,  
Otros servicios: Unidades de Reproducción Asistida, Centros de rehabilitación, psicoterapia, radiodiagnóstico, laboratorios, etc. Deberá constar, junto al nombre del mismo, los nombres y apellidos de los profesionales responsables de la asistencia.

C) Cartera de Servicios de Urgencias ambulatorias y hospitalarias.

D) Información y Normas de Uso, en el que se incluirá un apartado en el que conste: «Garantía de Accesibilidad a los medios: En aquellas especialidades en que la Entidad no disponga de servicios o facultativos concertados, el beneficiario podrá acudir a los facultativos privados que, en su caso, existan en el correspondiente Nivel, o dirigirse al servicio público de salud. En estos casos, la Entidad se hará cargo del importe de los gastos ocasionados por la utilización de medios no concertados».

E) Relación exhaustiva de los medios de la Entidad que precisan la autorización previa de la misma; entre los servicios que requieren autorización previa de la Entidad no podrá figurar ningún otro distinto a los relacionados en el Anexo III.

F) Instrucciones precisas para la utilización de los Servicios de Atención Primaria del Sistema Público en el Medio Rural, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, en los términos previstos en los Convenios suscritos por el ISFAS con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Además de lo indicado en los puntos anteriores, los Catálogos de Servicios incluirán una separata o addenda recortable donde figure la relación de los Servicios de Información, Urgencias y Ambulancias correspondientes a las restantes provincias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios, así como un teléfono de 24 horas para información continua a los interesados.

Asimismo la Entidad pondrá a disposición de los asegurados un teléfono gratuito de 24 horas para la atención en situaciones de urgencia y coordinación de los recursos para la asistencia urgente.

Si los Catálogos de Servicios incluyeran publicidad o mensajes publicitarios, así como información relativa a otros productos o servicios de la Entidad, deberá figurar separadamente y al final del catálogo, de forma que no puedan inducir a confusión en relación con el alcance y contenido de las prestaciones incluidas en el presente Concierto.

2.7.3 La Entidad editará bajo su responsabilidad los Catálogos de Servicios.—Antes del 15 de diciembre del año anterior al del inicio de la vigencia del Concierto o, en su caso, de la correspondiente prórroga, la Entidad deberá entregar en los Servicios Centrales del ISFAS los Catálogos de Servicios correspondientes a todas las provincias. Asimismo, y en el mismo plazo, facilitará a los beneficiarios que tenga adscritos el Catálogo de la correspondiente provincia en edición papel, mediante su envío al domicilio o poniéndolo a su disposición en las oficinas y Delegaciones de la Entidad y entregará en las Delegaciones del ISFAS el número de ejemplares que solicite cada Delegación del ISFAS para su entrega a los beneficiarios que lo requieran.

A su vez, la Entidad debe disponer de una página web que informe a los beneficiarios del ISFAS sobre el contenido de los Catálogos de Servicios correspondientes a todas las provincias. Para evitar confusiones con las prestaciones ofrecidas a asegurados ajenos al presente Concierto, esta información deberá aparecer en una sección específica del ISFAS e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en la Cláusula 2.7.2. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, haciendo constar la fecha de la última modificación.

En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en los dos párrafos anteriores, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último Catálogo vigente o en su página web.

Las obligaciones de la Entidad señaladas en los párrafos anteriores, se entienden también referidas a las actualizaciones de los Catálogos o «Addenda» a los mismos que, en su caso, vayan a tener vigencia en los años 2007, 2008 y 2009.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada, por niveles de asistencia sanitaria, contenida en los Catálogos de Servicios, deberá ser remitida a los Servicios Centrales del ISFAS antes de la finalización del plazo de solicitudes para suscribir el Concierto y antes del 30 de noviembre del año anterior al inicio, en su caso, de la correspondiente Prórroga. Dicha remisión se efectuará en soporte informático de acuerdo a las características y requerimientos técnicos que se establezcan.

2.7.4 Invariabilidad de los Catálogos de Servicios.—El Catálogo de Servicios de la Entidad debe mantenerse sin modificación y garantizar los principios de continuidad asistencial de los pacientes y la no transferencia de riesgos de unas Entidades a otras.

Por ello, la oferta de medios de la Entidad publicitada en el Catálogo de Servicios deberá mantenerse estable, sin que puedan producirse bajas en 2007, salvo aquellas que se lleven a cabo a petición del especialista o centro por cese de actividad u otras circunstancias que habrán de acreditarse por la Entidad.

Si durante dicho período se materializara cualquier baja sobre la oferta de medios, los beneficiarios tendrán derecho a continuar utilizando los medios incluidos en el Catálogo de Servicios vigente hasta ese momento, durante todo el año 2007, correspondiendo a la Entidad asumir el abono de los gastos que pudieran facturarse por la utilización de tales servicios.

Si la Entidad no atendiera el abono de estos gastos, directamente a los correspondientes especialistas o servicios, el ISFAS podrá autorizar su abono por el procedimiento previsto en la cláusula 5.5.2. del Concierto, mediante Acuerdo del Subdirector de Prestaciones que se notificará a la Entidad.

2.7.5 Procedimiento para las bajas en los Catálogos de Servicios. Una vez concluido el primer año de vigencia del Concierto, si de manera excepcional, surgiera alguna causa suficientemente justificada que afectara a la oferta de medios publicitada en el Catálogo de Servicios, la Entidad lo comunicará previamente a la correspondiente Delegación del ISFAS, para su valoración, explicando claramente los motivos por los que considera conveniente la modificación o baja, excepto en el caso de variaciones en los servicios de medicina general o de familia, pediatría y enfermería, en los que no se requiere tal justificación.

En el caso de centros o servicios hospitalarios, deberá informar además sobre el número de beneficiarios de ISFAS que están siendo atendidos, en dichos centros o servicios.

La baja no podrá efectuarse hasta transcurridos al menos 30 días hábiles siguientes a la comunicación.

Si las bajas redujeran un Catálogo de Servicios en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en este Capítulo a partir del Nivel III, la Entidad procederá a completarlo simultáneamente, comunicando al ISFAS los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas y dirigirá una comunicación, con carácter generalizado, a los beneficiarios sobre las altas o bajas producidas en los Catálogos.

Además, si la reducción o los cambios afectan a más del 20% del contenido inicial del Catálogo, la Entidad queda obligada a adoptar las medidas precisas para que los titulares adscritos a la misma puedan disponer de los nuevos Catálogos.

Si la Entidad no cumpliera todas las exigencias establecidas en esta cláusula y en la siguiente, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los beneficiarios de los servicios que presten los centros y facultativos incluidos en el último Catálogo vigente.

2.7.6 Principio de Continuidad Asistencial.

a) Si se produce la baja de algún profesional de los Catálogos de Servicios, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves la continuidad asistencial para el proceso patológico del que viene siendo tratado, con el mismo facultativo durante los 12 meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que hubiese conformidad del facultativo.

b) Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la Entidad se obliga a garantizar a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso patológico la continuidad del tratamiento de dicho proceso en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta definitiva del proceso por curación. Por ello, la Entidad deberá informar a cada uno de los beneficiarios, en un plazo no superior a 5 días hábiles, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a la Entidad. En el caso de que se produjeran reingresos o revisiones en dichos centros o servicios, por el mismo proceso, la Entidad seguirá haciéndose cargo de los mismos, y el beneficiario deberá cumplir los requisitos establecidos en el Concierto, en cuanto a prescripción (por médico concertado o no concertado perteneciente a dicho centro o servicio) y autorización previa de la Entidad. Estas obligaciones, en tanto no se modifique su contenido, no quedan interrumpidas por la finalización de este Concierto o sus respectivas prórrogas y se mantendrán en el tiempo mientras la Entidad continúe suscribiendo sucesivos Conciertos o sus respectivas prórrogas.

### CAPÍTULO III

#### Utilización de los medios de la entidad

3.1 Norma general.—A los efectos previstos en los artículos 14 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, y 75.2 de su Reglamento General, se considera que los medios de la Entidad son los

servicios asignados para la asistencia sanitaria de los beneficiarios adscritos a la misma.

La utilización de los medios de la Entidad se realizará siempre con arreglo a la normativa sanitaria vigente.

3.2 Alcance de la acción protectora.—Los beneficiarios podrán utilizar los medios de la Entidad en los casos de enfermedad común o profesional, en los de lesiones derivadas de accidente, cualquiera que sea la causa, incluso si se trata de un acto de terrorismo, y por embarazo, parto y puerperio, así como en las actuaciones preventivas recogidas en el Concierto.

3.3 Ámbito territorial.—El derecho a la utilización de los medios de la Entidad podrá ejercitarse en todo el territorio nacional, con independencia de que los mismos sean propios, concertados o subconcertados.

3.4 Requisitos.

3.4.1 Identificación.—Se deberá acreditar previamente la condición de beneficiario, exhibiendo el correspondiente Documento de Afiliación al ISFAS.

En el caso de asistencia por maternidad a las beneficiarias a que se refiere la Cláusula 1.3 no incluidas en el Documento de Beneficiarios del/de la titular, el vínculo o situación se acreditará exhibiendo el Libro de Familia, la certificación de un registro oficial de parejas de hecho, una certificación de convivencia del correspondiente Ayuntamiento o cualquier otro medio de prueba admitido en derecho.

En los casos en que, por razones de urgencia, no sea posible aportar en el acto la documentación anterior, el beneficiario deberá identificarse con su D.N.I. u otro documento que acredite su personalidad y presentar aquella documentación en el plazo máximo de 48 horas.

3.4.2 Tarjetas sanitarias.—La Entidad, en el momento en que, por cualquier cauce, tenga conocimiento del alta de un beneficiario, le entregará una tarjeta provisional, un documento o bien cheques de asistencia que harán posible la utilización de los medios concertados desde el momento del alta. Posteriormente, emitirá la correspondiente tarjeta sanitaria definitiva, que será enviada al domicilio del beneficiario en el plazo máximo de siete días naturales desde la efectiva comunicación.

La Entidad se obliga a informar y poner en marcha los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en el párrafo anterior por parte de los profesionales y centros de su catálogo de servicios.

No obstante, en los casos en que, ante la solicitud expresa de un titular que hubiera sido dado de alta como beneficiario adscrito a la Entidad, no le fuera facilitada la tarjeta provisional o el documento que haga posible la utilización de los medios concertados, por el Delegado del ISFAS se emitirá un documento en el que se hará constar que todos los gastos que se ocasionen por la asistencia del titular y sus beneficiarios a través de los facultativos, servicios y centros incluidos en el Catálogo de Servicios de la Entidad podrán ser facturados directamente al ISFAS para la materialización del correspondiente abono. Posteriormente, el importe de estos gastos será deducidos de las cuotas mensuales que deban abonarse a la Entidad, conforme al procedimiento previsto en la cláusula 5.5.2. del Concierto.

Si la tarjeta es emitida por una Entidad subconcertada, deberá llevar siempre el logotipo de la Entidad concertada con el ISFAS, a efectos de facilitar la utilización de medios fuera de las provincias donde esté implantada la Entidad subconcertada.

El beneficiario deberá presentar la correspondiente tarjeta sanitaria cuando acuda a los medios de la Entidad.

En cualquier caso, la no presentación de la citada tarjeta sanitaria en el momento de la asistencia, cuando la Entidad no la hubiera emitido, o en situaciones de urgencia, no impide ni condiciona el derecho del beneficiario a hacer uso de los medios de la Entidad.

La Entidad se obliga a informar y poner en marcha los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en los párrafos anteriores por parte de los profesionales y centros de su Catálogo de Servicios.

En aquellas provincias en que la Entidad aun no haya completado el sistema de emisión de tarjetas, seguirán utilizándose los talonarios de cheques de asistencia que serán confeccionados por la Entidad y puestos a disposición de los beneficiarios sin coste alguno para éstos. El beneficiario deberá entregar el correspondiente cheque de asistencia sanitaria cuando acuda a los medios de la Entidad.

3.4.3 Requisitos adicionales.—Para los casos expresamente previstos en el presente Concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales que procedan, tales como prescripción médica o autorización previa. La Entidad, a través de los facultativos que prescriban o realicen las pruebas diagnósticas o tratamientos que precisen autorización, deberá informar debidamente de este requisito al beneficiario. En ningún caso podrán efectuarse con cargo al beneficiario las pruebas no autorizadas si no se le ha informado antes de la necesidad de tal autorización previa o por falta de tiempo, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizados en el momento de la consulta.

El Anexo III contiene una relación exhaustiva de los supuestos de utilización de los medios de la Entidad que exigen autorización previa de la misma.

El acceso a los médicos consultores, se realizará previa derivación por otro especialista y con autorización de la Entidad.

3.5 Libertad de elección de facultativo y centro.—Los beneficiarios podrán elegir libremente facultativo y Centro de entre los que figuran en los Catálogos de Servicios de la Entidad en todo el territorio nacional.

3.6 Contenido de la atención sanitaria.

3.6.1 Asistencia en consulta externa.—El beneficiario se dirigirá directamente al facultativo elegido de Atención Primaria y Especializada, para recibir la asistencia que precise, sin más requisito que acreditar su condición y presentar la correspondiente tarjeta sanitaria o entregar el correspondiente cheque de asistencia, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 3.4.2.

3.6.2 Asistencia Domiciliaria.—En Atención Primaria, la asistencia domiciliaria se prestará por los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el domicilio del paciente, cuando éste no pueda desplazarse, por razón de su enfermedad, a la consulta externa.

En Atención Especializada, la asistencia domiciliaria por parte de facultativo especialista precisa la previa prescripción escrita del médico de Atención Primaria. En todo caso, el especialista informará al médico que solicitó la interconsulta sobre la orientación diagnóstica y terapéutica del caso.

Se facilitará atención paliativa a enfermos terminales, que comprenderá una atención integral y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptibles de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, con asesoramiento a las personas a ellas vinculadas.

3.6.3 Asistencia Urgente.—La asistencia urgente podrá recabarse de los facultativos de medicina general o de Familia, pediatría y enfermería de la Entidad y, fuera de los horarios de consulta y en cualquier caso, de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la Entidad.

3.6.4 Asistencia en régimen de hospitalización.—Se prestará en los Centros de la Entidad, propios o concertados.

A) Requisitos.—El ingreso en un Hospital precisará:

- a) La prescripción del mismo por médico de la Entidad, con indicación del Centro.
- b) La autorización de la prescripción por la Entidad.
- c) La presentación de la prescripción autorizada por la Entidad en el Centro.

Dichos requisitos deberán cumplimentarse en el plazo mas breve posible en los supuestos de ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia.

B) Duración de la hospitalización.—La hospitalización persistirá mientras que, a juicio del facultativo responsable de la asistencia al enfermo, subsista la necesidad, sin que puedan ser motivos de ésta razones de tipo social.

C) Tipo de habitación.—La hospitalización se efectuará en habitación individual con baño o ducha y cama de acompañante, debiendo proporcionarse por la Entidad de superior nivel cuando no hubiera disponible del tipo señalado. En ningún caso podrán excluirse habitaciones que formen parte de la capacidad de alojamiento del Centro.

Con carácter excepcional, el ISFAS podrá autorizar que la Entidad disponga en su Cartera de Servicios de Centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior.

En los supuestos de hospitalización psiquiátrica no se exige cama de acompañante.

D) Gastos cubiertos.—La Entidad cubre todos los gastos médico-quirúrgicos producidos durante la hospitalización del paciente, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, incluyendo:

La realización de los exámenes y pruebas diagnósticas, y la aplicación de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que precise el paciente, tanto por la patología atendida como por cualquier otra intercurrente distinta del proceso principal que motivó el ingreso.

El tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial.

Tratamientos adicionales que pueda requerir el paciente, tales como: diálisis, rehabilitación, etc.

Tratamiento farmacológico, gases medicinales, material fungible y productos sanitarios que sean precisos.

Los medicamentos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical, administrados a los pacientes atendidos en las unidades funcionales de quimioterapia de los servicios de Oncología Médica.

Curas.

Alimentación según dieta prescrita.

Nutrición parenteral y enteral.

Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.

Estancias en habitación individual, incluyendo servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización.

Estancias en UCI.

E) Hospitalización de día: Quedan cubiertos todos los gastos de hospitalización que se puedan producir en el centro sanitario durante la estancia en el mismo para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

F) Hospitalización por maternidad.—En el momento del ingreso o, en todo caso antes del alta hospitalaria, deberá presentarse en el centro la autorización de la Entidad.

A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la Cláusula 1.4.2.

Si la práctica de la ligadura de trompas se decidiera en el mismo momento del parto sin haberse indicado en la prescripción del ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la Entidad.

G) Hospitalización por asistencia pediátrica.—Se prestará a los niños menores de 15 años. En todo caso, la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión alimenticia de acompañante. En los casos en que por el centro no se facilite pensión alimenticia al acompañante, la Entidad abonará al titular 20,00 € por día.

Cuando el acompañante resida en municipio distinto al del centro sanitario y además las características del centro no permitan su alojamiento por no disponer del mismo o porque el niño se encuentre en la UCI, la Entidad abonará al afiliado una cantidad compensatoria de 40,80 euros por día. No se abonará cuando el acompañante resida en el municipio en que se encuentre el centro hospitalario.

H) Hospitalización domiciliaria.—En los casos en que el paciente se encuentre en una situación clínica que requiera de atención continuada y no presente una inestabilidad clínica que pudiera suponer un riesgo en su evolución, podrá optarse por la hospitalización domiciliaria.

Dicha hospitalización se realizará en el domicilio del paciente, especialmente si es por cuidados paliativos y siempre que las condiciones familiares, domésticas y de proximidad al hospital lo permitan.

Durante esta hospitalización, la responsabilidad del seguimiento del paciente corresponde a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) y será prestada por los especialistas (médicos de familia o internistas) y el personal de enfermería que conforma dicha UHD, la cual deberá estar coordinada con la unidad de hospitalización médica o quirúrgica correspondiente a la patología del paciente y con el área de urgencias del hospital, con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial.

El ingreso en la UHD podrá realizarse desde un servicio hospitalario mediante el correspondiente informe de derivación y desde atención primaria o especializada ambulatoria. En estos dos últimos casos, corresponderá a la UHD valorar si el paciente cumple los criterios de ingreso en dicha unidad. El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos previstos en este Concierto para el ingreso en un hospital.

Las atenciones clínicas que reciba el paciente serán las mismas que hubiera recibido en el hospital, y de ellas se harán las mismas anotaciones de seguimiento y evolución de médicos y enfermería en la historia clínica. La UHD informará al paciente y su familia, por escrito de cómo contactar con la citada unidad, las 24 horas, para dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente parte médico de alta en los términos previstos por la ley.

Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, están amparados por este Concierto, son a cuenta de la Entidad y no podrán ser imputadas por ningún medio ni al beneficiario ni al ISFAS, todas las atenciones, productos y materiales que precise, como en toda hospitalización, además de toda la medicación, material de curas, nutriciones no comunes, pruebas complementarias, interconsultas, absorbentes, sondas, hemodiálisis domiciliaria y oxigenoterapia. Quedan excluidas, en todo caso, las dotaciones domésticas ordinarias, la nutrición común y los servicios de auxiliares de clínica.

La Entidad deberá comunicar a la Delegación del ISFAS la relación de beneficiarios que se encuentran en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria haciendo constar la fecha del inicio y, en su caso, de finalización de dicho servicio.

### 3.7 Farmacia.

3.7.1 Los facultativos de la Entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos en los términos establecidos en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, y desarrollos posteriores.

Las prescripciones deberán realizarse en las recetas oficiales del ISFAS que, en talonarios, se entregarán a los titulares. Su cumplimentación se llevará a efecto de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1910/1984, de 25 de septiembre, de Receta Médica.

La Entidad exigirá de sus facultativos la cumplimentación de dichas recetas con los datos de consignación obligatoria y garantizará que los datos de identificación de sus facultativos (nombre y dos apellidos, núm. de colegiado y provincia) en las recetas sean legibles, promoviendo que se hagan constar mediante sello.

La adquisición se realizará por los beneficiarios en las Oficinas de Farmacia, de acuerdo con las normas establecidas por el ISFAS para su prestación farmacéutica.

3.7.2 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Entidad impulsará el conjunto de actuaciones encaminadas a que las prescripciones de sus facultativos se ajusten a las dosis precisas, según los requerimientos individuales de los pacientes, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Asimismo, la Entidad fomentará el uso racional del Medicamento promoviendo la utilización de medicamentos genéricos entre sus facultativos, así como la prescripción por principio activo.

Si como consecuencia del análisis por el ISFAS de los datos correspondientes a las prescripciones se estimasen oportunas determinadas medidas en relación con las mismas, la Gerencia del ISFAS, previo informe de la Comisión Mixta Nacional, podrá acordar lo procedente para su ejecución y cumplimiento por la Entidad, incluyendo la propuesta de baja de un facultativo o servicio en el Catálogo de Servicios de la Entidad para asegurados del ISFAS.

3.7.3 Si en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza el ISFAS, se detectaran prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas excepcionalmente en recetas oficiales del ISFAS, aunque deberían haber sido a cargo de la Entidad, según lo dispuesto en este Concierto, el ISFAS procederá a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que deba de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en las cláusulas 7.2. y 7.3. del presente Concierto, trasladando a la Entidad una comunicación detallada de las prescripciones detectadas con su importe unitario.

Por otra parte, la Entidad se compromete a reintegrar a los beneficiarios, en un plazo no superior a quince días a contar desde la petición de reintegro, la cantidad que éstos hubieran abonado en la Oficina de Farmacia por estos medicamentos o productos sanitarios, bastando a estos fines la presentación por el interesado de la correspondiente factura de la Farmacia.

3.7.4 Los Medicamentos calificados como de Uso Hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de farmacia hospitalaria, conforme a lo establecido en la Ley 29/2006, de 26 de julio, del garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, serán a cargo de la Entidad.

Asimismo, serán a cargo de la Entidad aquellos medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud, que no se encuentran incluidos en la Cláusula 3.7.1 del presente Concierto, al no estar dotados de cupón precinto, y que requieren para su administración la intervención expresa de facultativos especialistas.

3.7.5 Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos u otros, serán facilitados por la Entidad, a su cargo.

3.8 Productos sanitarios.—Sin perjuicio de las obligaciones señaladas en otras cláusulas del presente Concierto, serán a cargo de la Entidad, y suministrados por sus medios a los beneficiarios, los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

Todos los dispositivos intrauterinos (DIU), autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos en todo o en parte y elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico.

Las jeringuillas de insulina —incluidas las agujas correspondientes— u otros sistemas no precargados de administración de la misma, así como el material fungible de las bombas de insulina y las agujas para inyectores y sistemas precargados de insulina que carezcan de ellas.

Las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarios para la medición en los pacientes diabéticos. En todo caso, la Entidad deberá garantizar a dichos pacientes cualquiera de los productos existentes en el mercado cuando a juicio del facultativo prescriptor, se adapte mejor a sus necesidades individuales y a sus habilidades personales.

### 3.9 Especificaciones complementarias.

3.9.1 Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad.—La Entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja.

Las técnicas de Reproducción Asistida serán a cargo de la Entidad cuando el causante de la esterilidad en la pareja, sea el hombre o la mujer,

esté adscrito a la Entidad. No obstante, en todos los casos en que la mujer tenga la condición de titular del ISFAS corresponderá atender la cobertura del tratamiento a la Entidad a la que esté adscrita.

La prestación alcanzará a la financiación de todas las pruebas y actuaciones necesarias en las parejas de las mujeres sometidas a las técnicas de Reproducción Asistida. La Entidad se compromete a difundir entre sus profesionales ginecólogos y responsables de unidades de reproducción asistida la «Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida», elaborada por MUFACE, a fin de promover y garantizar el desarrollo de una buena práctica clínica y un uso adecuado y racional de dicha prestación. Estarán comprendidas todas las técnicas de fertilización implantadas en el territorio nacional con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida, que además cumplan los criterios de cobertura de la prestación establecidos en la citada guía e incluidos en el Anexo IX del presente Concierto.

Asimismo, será por cuenta de la Entidad la criopreservación del semen, ovocitos y tejido ovárico durante el plazo que marca la legislación vigente, en aquellos casos de beneficiarios o beneficiarias que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de quimioterapia y radioterapia. La criopreservación de preembriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro, será la que marca la Ley sobre técnicas de reproducción asistida, debiendo ser a cargo de la Entidad el período de tiempo de criopreservación establecido en la Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida.

En los casos de congelación de ovocitos y tejido ovárico con fines reproductivos en beneficiarias, deberá cumplirse con la normativa vigente reguladora de los requisitos para la realización de experiencias controladas, con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

### 3.9.2 Estomatología y Odontología.

A) Comprenderá el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, incluyendo toda clase de extracciones, limpieza de boca una vez por año o previo informe justificativo del facultativo especialista, y la periodoncia. Asimismo incluirá el programa de salud buco-dental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empastes.

A las beneficiarias embarazadas se les realizará un seguimiento preventivo de la cavidad oral con aplicación de flúor tópico de acuerdo con las necesidades individuales.

B) Quedan excluidos, tanto en lo referente a su coste, como a su colocación, los empastes (excepto las obturaciones del programa de salud buco-dental), la endodoncia, las prótesis dentarias, los implantes osteointegrados y la ortodoncia.

C) No obstante, cuando mediara accidente en acto de servicio o enfermedad profesional, serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias necesarias, así como su colocación.

D) Para la periodoncia y la limpieza de boca, así como en caso de accidente de servicio o enfermedad profesional para las prótesis dentarias, será necesario prescripción de facultativo especialista de la Entidad, junto con presupuesto, si se trata de prótesis, para su autorización por la Entidad.

E) También serán a cargo de la Entidad los gastos de hospitalización, de quirófano y anestesia necesarios para la realización de los tratamientos y prestaciones odontológicas excluidos de la cobertura del Concierto, a pacientes discapacitados psíquicos, siempre que los tratamientos se efectúen con medios de la Entidad.

### 3.9.3 Rehabilitación y Fisioterapia.

A) Los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia podrán ser requeridos a la Entidad por los médicos rehabilitadores o por los médicos especialistas responsables de las patologías susceptibles de dichos tratamientos. La evolución del paciente y la determinación del alta serán responsabilidad del médico rehabilitador o, en su caso, del facultativo especialista que solicitó dicho tratamiento. Su aplicación podrá ser realizada por médico rehabilitador o fisioterapeuta, según corresponda.

B) La obligación de la Entidad terminará cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, al tratarse de una atención dirigida a pacientes con déficit funcional recuperable, atendiéndose en cualquier caso la rehabilitación que se indique por reagudización del proceso.

El número de sesiones está supeditado al criterio facultativo y a la situación del paciente, siendo orientativas las tablas de duración de las sesiones aprobadas por la Sociedad Española de Rehabilitación u otras sociedades científicas.

### 3.9.4 Psiquiatría.

A) La hospitalización, incluida la de día, se prolongará durante el tiempo que el psiquiatra responsable de la asistencia al paciente lo considere necesario y, por tanto, hasta el alta hospitalaria y abarcará todos los procesos tanto agudos como crónicos. Si el ingreso se produce en un centro no concertado, no se precisa autorización previa de la Entidad y en este caso, la misma abonará al afiliado los gastos de hospitalización con el límite de 69,31 euros por día. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos ante la Entidad.

B) Se incluye la psicoterapia, individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad, realizada en medios concertados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas. La Entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo en los trastornos de la alimentación, en los que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesario para la correcta evolución del caso.

C) Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria, así como el internamiento social de pacientes afectados de demencias neurodegenerativas tales como Alzheimer y otras.

No obstante lo anterior, quedan incluidos:

Los internamientos de los pacientes de Alzheimer que a 1 de enero de 2000 se encontraran ingresados en centros psiquiátricos.

Los internamientos de aquellos enfermos que, padeciendo algún tipo de demencia neurodegenerativa, precisen hospitalización psiquiátrica a causa de procesos intercurrentes o descompensaciones severas. En este caso la hospitalización habrá de llevarse a cabo en centro concertado.

3.9.5 Cirugía plástica, estética y reparadora.—Queda excluida la cirugía plástica, estética y reparadora que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita. En los supuestos de accidente de servicio o enfermedad profesional, se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía plástica, estética y reparadora en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente.

3.9.6 Trasplantes.—Queda incluida la cobertura los trasplantes de todo tipo: de órganos, de tejidos y de células de origen humano, así como los injertos óseos. La obtención y trasplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiendo a la Entidad asumir todos los gastos de obtención y trasplante del órgano o tejido, incluyendo los estudios de compatibilidad.

3.9.7 Programas preventivos.—La Entidad realizará las actuaciones que correspondan y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los programas preventivos incluidos en el Anexo IV, garantizando la información adecuada a los beneficiarios, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo las vacunaciones y los programas de prevención. Asimismo la Entidad remitirá a las Delegaciones del ISFAS la relación detallada de los centros de vacunación de la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

La Gerencia del ISFAS podrá informar específicamente a sus beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno, sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos de los incluidos en el Anexo IV.

En los casos en que la entidad no hubiera desarrollado alguno de los programas específicos reseñados en el citado Anexo, deberá atender la cobertura de las actuaciones realizadas a los beneficiarios en el marco de un programa prevención desarrollado por las correspondientes administraciones sanitarias.

### 3.10 Supuestos especiales.

#### 3.10.1 Facultativo ajeno.

A) Cuando, por decisión propia y para una determinada intervención, un beneficiario elija a un médico ajeno a la Entidad, podrá solicitar de ésta que se haga cargo del internamiento en un Centro de la misma, siempre que la petición esté fundada en la continuidad asistencial en procesos patológicos graves o en que el médico sea familiar suyo, incluyendo el concepto de familiar hasta el quinto grado de parentesco, tanto por consanguinidad como por afinidad.

B) La Entidad deberá autorizar el internamiento, a su cargo, si concurre alguna de dichas circunstancias y si, además, el médico reúne las condiciones exigidas por el Centro para actuar profesionalmente en el mismo.

C) El internamiento será autorizado por el período de tiempo que se estime habitualmente suficiente para la intervención de que se trate, sin perjuicio de su prórroga en caso de que exista causa médica que la justifique.

D) La Entidad cubrirá los gastos del internamiento en los términos de la Cláusula 3.6.4. D), con excepción de los honorarios de los médicos y, en caso de parto, matrona, que serán por cuenta del beneficiario.

3.10.2 Hospitales Militares.—A solicitud del beneficiario, la Entidad podrá discrecionalmente autorizar a su cargo cualquier tratamiento o internamiento en un hospital militar.

## CAPÍTULO IV

### Utilización de medios no concertados

4.1 Norma general.—De conformidad con lo establecido en los artículos 14 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, y 76 de su Reglamento General, en relación con la Cláusula 3.1 del presente Concierto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios ajenos a la Entidad, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia y en los de asistencia urgente de carácter vital.

#### 4.2 Denegación injustificada de asistencia.

4.2.1 A los fines previstos en el artículo 76 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, se considerará que se produce denegación injustificada de asistencia:

A) Cuando el beneficiario solicite por escrito a la Entidad la prestación de una determinada asistencia sanitaria y ésta no le ofrezca, también por escrito y antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la comunicación, la procedente solución asistencial en el Nivel que corresponda.

En este caso, el beneficiario tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

B) Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en las Cláusulas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 y 2.2.5 del presente Concierto.

En este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o Centros que existan en el nivel correspondiente y, sin necesidad de comunicar a la Entidad el comienzo de la asistencia recibida, tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados.

En el caso de ingresos hospitalarios, si el beneficiario comunica a la Entidad el ingreso dentro de los tres primeros días, tendrá derecho a que ésta abone directamente al centro el importe de la asistencia recibida. No obstante, en el supuesto de que la falta de medios por parte de la Entidad hubiera originado una asistencia continuada en el tiempo en medios ajenos, el afiliado tendrá derecho a que la Entidad realice siempre directamente el abono de los gastos producidos. El abono directo de los gastos se deberá efectuarse por la Entidad en el momento en que le sea presentada la factura.

En su caso, el reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de los gastos.

C) Cuando un facultativo de la Entidad prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o Centro no concertado, el beneficiario debe presentar la citada prescripción en la Entidad, a fin de que ésta, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación, autorice la remisión al facultativo o Centro no concertados, o bien ofrezca una alternativa asistencial con sus medios.

En este supuesto de denegación, el beneficiario que utilice los medios ajenos especificados en la prescripción presentada a la Entidad tendrá derecho a que la misma le reintegre los gastos ocasionados, igualmente sin necesidad de comunicarle el comienzo de la asistencia sanitaria.

El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

Si la Entidad aprueba la remisión a un facultativo o centro no concertados, debe asumir los gastos ocasionados durante todo el proceso asistencial, sin exclusiones. Si ofrece medios propios o concertados, la oferta debe especificar expresamente el facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que puede llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

D) Cuando un Centro de la Entidad, en el que esté ingresado un beneficiario o al que haya acudido para recibir asistencia, no existan o no estén disponibles los medios adecuados, según criterio del facultativo de la Entidad o del Centro que tenga a su cargo la asistencia, manifestado implícitamente en la remisión del beneficiario a Centro no concertado.

En este supuesto de denegación, el beneficiario tendrá derecho a que la Entidad abone directamente los gastos ocasionados, incluidos los del traslado, en los límites y condiciones establecidos en la cláusula 2.5. No es preciso que el beneficiario comunique a la Entidad su ingreso en el Centro ajeno, ya que la denegación ha tenido su origen en un Centro de la propia Entidad.

En cualquiera de los supuestos señalados, la Entidad abonará los gastos ocasionados por la asistencia del beneficiario directamente a los correspondientes servicios, siempre que se solicite expresamente, con las salvedades recogidas en el apartado B) precedente.

4.2.2 El beneficiario podrá presentar reclamación en la Delegación del ISFAS correspondiente cuando la Entidad incurra en alguno de los supuestos de denegación injustificada de asistencia previstos en el apartado anterior o no efectúe el reintegro o el pago directo de los gastos ocasionados en los plazos señalados en dicho apartado.

4.2.3 La aceptación por la Entidad o, en su caso, la declaración por el ISFAS de que existe un supuesto de denegación injustificada de asistencia, no supone la aceptación o declaración, respectivamente, de que haya existido denegación de asistencia a otros fines civiles o penales, para lo que, en su caso, el beneficiario habrá de acudir a la vía jurisdiccional ordinaria correspondiente.

#### 4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

4.3.1 Concepto.—A los fines igualmente previstos en el artículo 76 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, se considera situación de urgencia de carácter vital aquella en que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo o un daño irreparable para la integridad física de la persona, de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato. Para apreciar la concurrencia de esta circunstancia se tendrá en cuenta lo establecido en el Anexo V.

La asistencia que precisen los titulares del ISFAS pertenecientes a cualquier Ejército o Cuerpo de la Guardia Civil, con motivo de lesiones o daños corporales sufridos en el ejercicio de las funciones propias de su actividad o como consecuencia o con ocasión de actos cometidos por personas integradas en bandas o grupos organizados y armados, se considera siempre que reúne la consideración de urgencia vital y que la asistencia recibida de haberse utilizado medios ajenos, posee también el requisito previsto en la Cláusula 4.3.2.A). El beneficiario u otra persona en su nombre, deberá cumplir el requisito señalado en la Cláusula 4.3.2.B), siendo además de aplicación todo el resto de lo previsto en la Cláusula 4.3.

4.3.2 Requisitos.—Para que el beneficiario tenga derecho al reintegro de gastos producidos por utilización de medios ajenos a la Entidad en situación de urgencia vital, deben concurrir los siguientes requisitos:

A) Que el facultativo o Centro ajeno al que se dirija o sea trasladado el paciente sea razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se haya producido, así como la capacidad de decisión del enfermo y, en su caso, de las personas que hayan prestado los primeros auxilios.

B) Que el beneficiario u otra persona en su nombre comunique a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, la asistencia recibida en Urgencias o, en su caso, el ingreso hospitalario. Asimismo deberá aportar el correspondiente informe médico.

4.3.3 Alcance.—La situación de urgencia de carácter vital se extiende desde el ingreso hasta el alta hospitalaria del paciente, salvo en los dos supuestos siguientes:

A) Cuando la Entidad, con la conformidad del facultativo que estuviese prestando la asistencia, decida el traslado del paciente a un Centro propio adecuado y el enfermo o sus familiares responsables se nieguen a ello.

B) Cuando el paciente sea trasladado a un segundo Centro ajeno y no existan causas que impidan su traslado a un Centro de la Entidad.

4.3.4 Comunicación a la Entidad.—El beneficiario procurará comunicar a la Entidad la asistencia recibida con medios ajenos dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al inicio de la asistencia, sin perjuicio de que el uso de esos medios esté cubierto siempre en caso de urgencia vital.

4.3.5 Obligaciones de la Entidad.—Cuando la Entidad reciba la comunicación del beneficiario, deberá contestar por escrito y en el plazo de los quince días siguientes a la recepción de la comunicación, si acepta la situación de urgencia vital y, por tanto, el abono de los gastos producidos, o por el contrario, si no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia vital.

La Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente los justificantes de dichos gastos. No obstante, siempre que se solicite expresamente, la Entidad abonará los gastos ocasionados por la asistencia del beneficiario directamente a los correspondientes servicios.

4.3.6 Reclamación del beneficiario.—El beneficiario podrá presentar reclamación en la correspondiente Delegación del ISFAS cuando la Enti-

dad incumpla las obligaciones previstas en la Cláusula 4.3.5 y en caso de discrepancia con el criterio de la Entidad.

4.4 Transporte en medios ajenos para la asistencia sanitaria en los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital.—Cuando en estos supuestos fuera necesaria la utilización de medios ajenos de transporte, tanto ordinario como extraordinario, las condiciones y requisitos serán las establecidas en la Cláusula 2.5. de este Concierto. Asimismo, el beneficiario tendrá derecho a que la Entidad le reintegre los gastos ocasionados por dicho traslado. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

## CAPÍTULO V

### Régimen jurídico del concierto

#### 5.1 Naturaleza y régimen del concierto y de las relaciones en él basadas.

5.1.1 El presente Concierto, tiene naturaleza de Convenio de Colaboración y se regulará por sus propias normas, quedando excluido del ámbito de aplicación del texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3.1.d) de la misma, en relación con lo preceptuado en el artículo 5.1. del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, y sin perjuicio de que le sean de aplicación los principios de aquella Ley para resolver las dudas o lagunas que pudieran presentarse.

#### 5.1.2 Son relaciones basadas en el Concierto:

A) Las relaciones entre el ISFAS y la Entidad, con motivo del cumplimiento de los derechos y obligaciones que, según la Cláusula 1.1, constituyen los respectivos objetos del Concierto.

B) Las relaciones entre los beneficiarios y la Entidad, con motivo del cumplimiento por la misma de las obligaciones señaladas en el párrafo precedente.

5.1.3 Las cuestiones que surjan en el ámbito de las relaciones enumeradas en el apartado B) de la Cláusula anterior tendrán naturaleza administrativa y serán resueltas por el órgano del ISFAS que tenga atribuida la competencia, previo el procedimiento, que en este Capítulo se determina. Contra cualquiera de los acuerdos que se dicten cabrá recurso de alzada ante el Ministro de Defensa. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

5.1.4 Con los límites, requisitos y efectos señalados en el citado texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, corresponde a la Gerencia del ISFAS la facultad de interpretar el Concierto, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlo por razones de interés público, acordar su resolución por incumplimiento de la Entidad, y determinar los efectos de ésta. Asimismo corresponde a la Gerencia del ISFAS fijar las compensaciones económicas previstas en la cláusula 5.6. del presente Concierto por incumplimiento parcial de las obligaciones de la Entidad.

Los acuerdos correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente en el que se le dará audiencia a la Entidad, pondrán fin a la vía administrativa y serán inmediatamente ejecutivos, procediendo contra ellos el recurso de reposición, con carácter potestativo, y el recurso contencioso-administrativo, conforme a lo dispuesto en la Ley reguladora de esta jurisdicción.

#### 5.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

5.2.1 El presente Concierto no supone ni hace surgir ninguna relación entre el ISFAS y los facultativos o Centros de la Entidad que presten la asistencia. Las relaciones entre la Entidad y los facultativos o Centros son en todo caso ajenas al Concierto.

5.2.2 Consecuentemente, son también ajenas al conjunto de derechos y obligaciones que determinan los fines del Concierto y se configuran como relaciones autónomas entre las partes:

A) Las relaciones de los beneficiarios con los facultativos de la Entidad por causa que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de dichos facultativos.

B) Las relaciones de los beneficiarios con los Centros de la Entidad, por causa de la actividad asistencial de dichos medios o del funcionamiento de sus instalaciones o por motivo que afecte o se refiera al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos que, bajo cualquier título, desarrollen actividad en dichos Centros.

Tanto las relaciones del apartado A) como las del B) de la presente Cláusula, seguirán siendo ajenas a los fines del Concierto aun cuando, en

virtud de las vinculaciones existentes entre los facultativos y Centros y la Entidad, puedan generar efectos directos o subsidiarios sobre éstas.

5.2.3 Las relaciones mencionadas en la Cláusula precedente tendrán la naturaleza que, con arreglo a derecho, corresponda a su contenido, y el conocimiento y decisión de las cuestiones que puedan surgir en las mismas serán competencia de la jurisdicción ordinaria civil o, en su caso, de la penal.

#### 5.3 Comisiones Mixtas.

5.3.1 Las Comisiones Mixtas, con composición paritaria, tienen por cometido:

a) El seguimiento, análisis y evaluación del cumplimiento del presente Concierto.

b) El análisis de las iniciativas del ISFAS sobre compensaciones económicas derivadas de posibles incumplimientos por alguno de los supuestos recogidos en la cláusula 5.6.

c) El conocimiento de las reclamaciones que pudieran formularse por los beneficiarios o, en su caso, de oficio por el ISFAS, con arreglo a lo previsto en el presente Capítulo.

A los efectos de los cometidos recogidos en los apartados b) y c) se entiende que con la intervención de la Entidad tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite establecido en el artículo 84 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

5.3.2 El régimen de funcionamiento de las Comisiones Mixtas será el regulado en las Cláusulas siguientes y, en lo no previsto en ellas, se aplicarán las normas de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

5.3.3 Las funciones señaladas en la cláusula 5.3.1 se desempeñarán por las Comisiones Mixtas Provinciales cuando las mismas se refieran al ámbito provincial y por la Comisión Mixta Nacional cuando afecten a todo el territorio nacional.

Si se trata de reclamaciones la distribución de funciones se acomodará a lo previsto en la cláusula 5.4.

Si se trata de compensaciones económicas derivadas de posibles incumplimientos por alguno de los supuestos recogidos en la cláusula 5.6., la distribución de funciones se acomodará a lo previsto en dicha cláusula 5.6.

5.3.4 Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas, por parte del ISFAS, por el Delegado territorial correspondiente, que las presidirá, y por un funcionario de la Delegación que actuará, además, como Secretario; y, por parte de la Entidad, por uno o dos representantes de la misma con facultades decisorias suficientes. Podrá asistir a las reuniones el Asesor Médico de la Delegación.

5.3.5 El funcionamiento de las Comisiones Mixtas Provinciales se ajustará a las siguientes normas:

A) Siempre que hubiera asuntos a tratar, la Comisión celebrará reunión con carácter ordinario dentro de los diez primeros días de cada mes. Con carácter extraordinario, se reunirán a petición de una de las partes integrantes.

B) En caso de incomparecencia a una reunión de los representantes de la Entidad, se remitirán las actuaciones a la Comisión Mixta Nacional para el estudio de las reclamaciones y cuestiones incluidas en el Orden del día.

C) En el supuesto de que los representantes de la Entidad no acudan a las reuniones durante dos sesiones consecutivas, se entenderá que aquélla acepta los acuerdos que adopte el ISFAS en relación con los asuntos que debieran haberse examinado en la segunda incomparecencia y en las sucesivas sesiones en las que no comparezca.

D) De cada sesión se levantará Acta por el Secretario, cuyo proyecto, con su firma, se enviará inmediatamente a la Entidad para su conocimiento, conformidad y devolución. Dicha devolución firmada por el representante de la Entidad deberá realizarse en el plazo máximo de siete días hábiles. Una vez firmada por el representante de la misma, se entenderá aprobada. De existir discrepancias sobre el contenido del acta, se solventarán mediante las gestiones oportunas entre ambas partes y, en todo caso, en la reunión siguiente.

5.3.6 La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por tres representantes del ISFAS y tres de la Entidad. El presidente será el Subdirector de Prestaciones o el funcionario en quien delegue y como Secretario actuará un funcionario del ISFAS, con voz pero sin voto.

5.3.7 El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas en la Cláusula 5.3.5 para las Comisiones Provinciales, excepto las contenidas en el apartado B).

#### 5.4 Procedimiento para las reclamaciones.

5.4.1 Los beneficiarios podrán reclamar del ISFAS que, con arreglo a lo previsto en la Cláusula 5.1, acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad:

A) Cuando la Entidad deniegue alguna de las autorizaciones específicamente contempladas en el Concierto o cuando no conteste a la petición de las mismas y, además, no esté previsto un efecto positivo para dicha ausencia de contestación.

B) Cuando la Entidad esté obligada a asumir directamente algún gasto o a reintegrar su importe y, previa petición del beneficiario, no lo haga así.

C) Cuando la Entidad incumpla cualquier otra de las obligaciones que le corresponden según los términos del Concierto.

No será utilizable esta vía administrativa para reclamaciones sobre cuestiones referentes a las relaciones mencionadas en la Cláusula 5.2. En caso de plantearse, se contestará al interesado que, por razón de incompetencia del ISFAS, no resulta posible resolver sobre el fondo de la reclamación, con indicación de que puede formularse, si se estima oportuno, frente a los facultativos, Centros o, si procede, la propia Entidad, en la vía jurisdiccional ordinaria que corresponda según la naturaleza de los hechos.

En aquellos supuestos excepcionales en los que el beneficiario no pueda presentar reclamación y se haya producido una facturación a su nombre por una asistencia que la Entidad podría estar obligada a reintegrar, el ISFAS podrá iniciar de oficio la reclamación ante la Comisión Mixta que considere oportuna, motivando la causa de esa iniciación de oficio.

5.4.2 Las reclamaciones se formularán por escrito ante la correspondiente Delegación territorial del ISFAS, acompañando cuantos documentos puedan justificar la misma.

5.4.3 Recibida cualquier reclamación, la Delegación del ISFAS, si considera inicialmente que existen razones para su estimación, realizará de manera inmediata las gestiones oportunas ante la Entidad para obtener la satisfacción de la misma, en cuyo caso se archivará sin más trámites con anotación de la solución adoptada.

5.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperen, y con independencia la cuantía que motive la reclamación, la Delegación formalizará el oportuno expediente, lo incluirá en el Orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y, estudiado el mismo, se levantará la correspondiente Acta en la que constarán necesariamente las posiciones del ISFAS y de la Entidad sobre la reclamación planteada.

5.4.5 En todos los supuestos en que las posiciones de las partes que componen la Comisión Mixta Provincial fueran concordantes, la reclamación será resuelta por el Delegado del ISFAS.

5.4.6 En caso de que existan discrepancias en el seno de la Comisión Mixta Provincial, el expediente se elevará para su estudio por la Comisión Mixta Nacional y será incluido en el Orden de día de la primera reunión que se celebre. Estudiado por la misma, resolverá la Gerencia del ISFAS.

5.4.7 Las resoluciones de las reclamaciones a que se refieren las Cláusulas anteriores deberán quedar dictadas en un plazo máximo de seis meses, conforme a lo previsto en el art. 3.2. del Real Decreto 1728/1994, de 29 de junio, en relación con lo establecido en la Disposición transitoria primera, 2, de la Ley 4/1999, de 13 de enero.

5.4.8 Las resoluciones dictadas por los Delegados y por la Gerencia del ISFAS serán notificadas a la Entidad y a los interesados. Contra ellas podrá interponerse recurso de alzada, ante el Ministro de Defensa, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y 31.1 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio.

#### 5.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones de reembolso estimadas.

5.5.1 En las reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por los Delegados del ISFAS, el procedimiento de ejecución será el siguiente:

A) La Entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la Resolución, al reembolso total de los gastos reclamados previa presentación, en su caso, de los oportunos justificantes del gasto, los que, a dicho fin y si los hubiera presentado, serán devueltos al reclamante. No obstante, cuando así se solicite por el interesado, la Entidad hará efectiva la prestación estimada, mediante el pago directo de los gastos a los correspondientes servicios asistenciales.

B) Dentro del plazo citado, la Entidad deberá comunicar a la Delegación del ISFAS:

a) Que ha realizado el pago, o

b) Que no se ha efectuado el pago por no haberse presentado el interesado, por no haberse aportado por el mismo los justificantes oportunos o por no haber sido aceptado el pago por éste.

C) Si el ISFAS no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, superado este plazo, tuviese conocimiento de que se hubiera denegado el pago al interesado, bajo cualquier motivo, el Delegado del ISFAS, sin más trámites y siempre que existiese Concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá a la Subdirección de Prestaciones del ISFAS. Ésta, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo a la Secretaría General Gerente y se deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad y se pagará directamente al interesado, por cuenta de la misma, la cantidad incluida en la certificación, con un incremento del 20% en concepto de penalización a la Entidad y de recíproca compensación al titular por la demora en el reintegro.

5.5.2 En el supuesto de reclamaciones de reembolso resueltas positivamente por la Gerencia del ISFAS, el pago de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por el ISFAS al interesado por cuenta de la Entidad, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la misma y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

Si la asistencia reclamada hubiera sido facturada al interesado y éste aún no hubiera hecho efectivo el pago, el ISFAS podrá realizar el abono directo al acreedor, a partir de la fecha de la resolución estimativa, siempre y cuando el interesado autorice de forma expresa dicho pago directo a su nombre. En este supuesto, además de los cargos facturados por la asistencia prestada, se abonarán con cargo a la Entidad los costes de posibles recargos de apremio o intereses de demora, cuando la demora fuera imputable a la misma. En el caso de incumplimiento de los plazos de resolución señalados en la cláusula 5.4.7. estos recargos serían por cuenta del ISFAS.

5.5.3 Las Resoluciones administrativas o Sentencias que resuelvan gastos interpuestos contra actos del ISFAS en materia de reintegro de gastos sujetos al presente Concierto, serán ejecutadas, en su caso, conforme al procedimiento establecido en la precedente Cláusula 5.5.2.

#### 5.6 Compensaciones económicas por incumplimiento de las obligaciones definidas en el concierto.

5.6.1 La Entidad está obligada a cumplir las obligaciones previstas y los plazos fijados en las cláusulas 2.7.3., 2.7.5., 6.2., 6.3. y 6.4. Cuando, tras el análisis efectuado en la correspondiente Comisión Mixta y tras el procedimiento recogido para cada caso en las cláusulas 5.6.2. y 5.6.3. se determine que la Entidad ha incurrido en el incumplimiento de alguna de estas obligaciones, la Gerencia del ISFAS fijará las siguientes compensaciones económicas:

a) El retraso en el cumplimiento de los plazos previstos en la cláusula 2.7.3. dará lugar a:

Si la Entidad no hiciera entrega de los Catálogos de Servicios en los Servicios Provinciales o en los Servicios Centrales del ISFAS antes del 15 de diciembre del año anterior al inicio de la vigencia del Concierto o, en su caso, de la correspondiente prórroga, vendrá obligada a abonar una compensación económica del 10% del importe de la prima mensual, correspondiente al colectivo de las provincias en las que no se hubieran entregado los catálogos dentro del plazo antedicho, cuando la entrega se efectúe durante el mes de enero. En el supuesto de dilatarse la entrega, se incrementará la compensación económica en un 5% adicional por cada mes transcurrido.

En los ejercicios de prórroga del Concierto, si la Entidad no hiciera entrega de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada de ámbito nacional, por niveles de asistencia sanitaria, contenida en los Catálogos de Servicios, en soporte informático, en formato establecido, antes de la conclusión del plazo fijado para suscribir la correspondiente prórroga, vendrá obligada a abonar una compensación económica de 3000 € por mes de demora respecto a la fecha de entrega.

b) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la Cláusula 2.7.5. en relación con la actualización de los Catálogos de Servicios o en su caso con la elaboración de una «Addenda» a los mismos, dará lugar al abono por parte de la Entidad de una compensación económica de 3000 € por mes de demora respecto a la fecha de entrega, que será de 15 días desde el requerimiento de la referida documentación por el ISFAS.

c) El incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 6.2. dará lugar al abono de una compensación económica del 1% del importe total de las primas del colectivo de la entidad por mes de demora producido en la entrega de la información requerida, con un mínimo de 3.000 €.

5.6.2 En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en las cláusulas 2.7.3, 2.7.5 y 6.2 del Concierto, la Subdirección de Prestaciones del ISFAS informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Nacional para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes.

Estudiado el asunto, se incluirá en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por el ISFAS y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido bastará que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá la Gerencia del ISFAS, se procederá a descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación y se notificará a la Entidad que podrá interponerse recurso de alzada ante el Ministro de Defensa, de acuerdo con lo previsto en los artículos 107 a 115 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y 82 de la Ley 50/1998 de 30 de diciembre, en relación con el artículo 31.1 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio.

## CAPÍTULO VI

### Información y documentación sanitaria

6.1 Normas generales.—A fin de que el ISFAS disponga de la información necesaria para la evaluación de las prestaciones sanitarias que han de ser cubiertas por este concierto, su planificación y toma de decisiones, la Entidad facilitará todos los datos sobre los servicios prestados a los titulares y beneficiarios que se especifican en este Capítulo. Igualmente lo hará sobre aquéllos que, y los que no especificados, durante la vigencia del Concierto, pudieran ser demandados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se obliga a requerir de sus profesionales la cumplimentación de cuantos documentos se especifican en este capítulo.

En cualquier caso, la Entidad se obliga a cumplir y hacer cumplir a los profesionales y centros sanitarios incluidos en su Catálogo de Servicios todos los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los beneficiarios del ISFAS, así como a salvaguardar el ejercicio de los derechos de los pacientes recogidos en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

#### 6.2 Información general sobre actividad.

6.2.1 La Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número, tipo y coste de los servicios proporcionados a los beneficiarios del ISFAS con medios propios o concertados.

6.2.2 La Entidad facilitará al ISFAS los datos sobre actividad asistencial relativos a los distintos servicios, ambulatorios y hospitalarios, que hayan sido prestados, según el formato que aparece recogido en el Anexo VII del presente Concierto.

6.2.3 Dichos datos deberán presentarse por trimestre natural vencido, dentro de los seis meses siguientes a la finalización del trimestre correspondiente.

6.3 Información económica.—La Entidad deberá facilitar a requerimiento del ISFAS los datos estadísticos legalmente establecidos de las Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público del Plan Estadístico Nacional 2005-2008, así como aquellos otros datos que sean solicitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Todo ello en el formato y con la periodicidad que le sean requeridos por el ISFAS, para su posterior traslado al Ministerio de Sanidad y Consumo.

#### 6.4 Información sobre asistencia hospitalaria.

6.4.1 La recopilación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los procesos de hospitalización es un requisito de obligado cumplimiento en todo el Sistema Nacional de Salud. Desde hace tres años se han estado dando los pasos y estableciendo las bases para llevar a cabo este objetivo en el marco específico de relación del ISFAS con las Entidades y de éstas con sus centros, siendo su remisión, según queda establecido en este capítulo, una práctica obligatoria a partir de este ejercicio.

El tratamiento de la información contenida en este Conjunto Mínimo Básico de Datos permitirá al ISFAS disponer del conocimiento de los servicios prestados y de los procesos atendidos a sus beneficiarios en los centros propios y concertados de la Entidad, lo que le permitirá desarrollar adecuadamente las funciones de gestión, estudios epidemiológicos y evaluación de la calidad de sus servicios sanitarios que viene obligada a realizar como administración sanitaria pública y para las que está legalmente habilitada de acuerdo con su normativa específica y el artículo 53 y la Disposición Adicional Cuarta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. El ISFAS informará de

forma expresa a sus beneficiarios/as acerca de que sus datos de salud pueden ser tratados a estos fines.

En cumplimiento de lo establecido en los artículos 9 y 12 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el ISFAS, como responsable del tratamiento de dicha información exigirá que la Entidad recabe de los centros sanitarios detallados en los Catálogos de Servicios, los datos de los beneficiarios del ISFAS que tenga adscritos y que hayan sido dados de alta hospitalaria o sometidos a procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, los custodie y los transmita al ISFAS. En este proceso de transmisión de la información de los centros a la Entidad y de la Entidad al ISFAS, los datos transmitidos no podrán ser comunicados a otras personas ni utilizados o aplicados por la Entidad para fines distintos a los mencionados en el párrafo anterior, para lo que se aplicarán las pertinentes medidas de seguridad de nivel alto, que garanticen la confidencialidad de los datos relativos a la salud de los protegidos y eviten cualquier alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado de los mismos.

6.4.2 La Entidad requerirá a sus centros para que cumplimenten el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o el informe de consulta externa en atención especializada. El informe de alta deberá adaptarse a lo establecido en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 y demás disposiciones que son de aplicación para los hospitales públicos, debiendo contener, en todo caso, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, que se estableció desde 1987 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y que contiene en la actualidad las 27 variables al alta hospitalaria siguientes:

1. Identificación de la Mutualidad.
2. Identificación de la Aseguradora.
3. Identificación del Hospital.
4. Código postal del Domicilio (residencia).
5. Número de historia clínica.
6. Número de episodio.
7. Código de identificación del paciente.
8. Fecha de nacimiento.
9. Sexo.
10. Tipo de asistencia (código de identificación de asistencia sanitaria).
11. Fecha de ingreso.
12. Tipo de ingreso.
13. Fecha de alta.
14. Circunstancia de alta Local/ Motivo de alta local.
15. Servicio de ingreso.
16. Servicio de alta.
17. Código del hospital de traslado.
18. Médico al alta.
19. Diagnóstico Principal.
20. Diagnóstico/s secundario/s.
21. Morfología de la/s neoplasia/s (Código M).
22. Código E.
23. Procedimiento/s.
24. Fecha de procedimiento principal/fecha de intervención.
25. Semanas de gestación.
26. Peso/s del recién nacido/s.
27. Sexo/s del recién nacido/s.

No obstante, en aquellas Comunidades Autónomas cuya normativa exija otras variables diferentes a las descritas, se podrá admitir el CMBD exigible en esa Comunidad.

6.4.3 La Entidad se ocupará de informar a los beneficiarios de este Concierto en las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita de que sus datos de salud pueden ser tratados por el ISFAS para los fines establecidos, siempre con las recomendaciones y cautelas establecidas por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

6.4.4 La Entidad facilitará al ISFAS los datos del CMBD para su posterior explotación y análisis en soporte magnético, según el formato e instrucciones que aparecen recogidos en el Anexo VIII del presente Concierto.

6.4.5 Dichos datos deberán presentarse por trimestre natural vencido, dentro de los seis meses siguientes a la finalización del trimestre correspondiente.

#### 6.5 Documentación clínica.

6.5.1 Toda la información a que se refiere el apartado anterior se ha de conservar durante el tiempo que la legislación establezca en soporte papel y/o soporte magnético; en cualquier caso deberá cumplirse con los requisitos legales ya referidos en la Cláusula 6.1.

6.5.2 El informe de alta, tanto en régimen de hospitalización como de consulta externa, será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal, en el momento en que se produzca el alta del centro sanitario o del proceso del que esté siendo

atendido en consulta externa. Asimismo, se le proveerá de una copia para su entrega al médico responsable del seguimiento del paciente en el ámbito extrahospitalario, mientras que otra copia del informe de alta quedará archivada en la historia clínica.

6.5.3 También se hará entrega, a petición del interesado, una copia de su historia clínica o determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario, dejando constancia escrita de todo el proceso y garantizando, en todo caso, la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y la estancia del paciente en instituciones sanitarias, según establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

#### 6.6 Documentación sanitaria.

6.6.1 La Entidad se ocupará activamente de que los profesionales y centros sanitarios incluidos en sus Catálogos de Servicios cumplan con las siguientes obligaciones:

a) Cumplimentar los informes médicos precisos establecidos por el ISFAS para la valoración de la baja inicial por enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo y maternidad y su continuidad. En dichos informes el diagnóstico deberá figurar codificado según las normas de clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC, DSM-IV...). Asimismo los facultativos colaborarán en los procedimientos dirigidos a la comprobación de la patología que originó una incapacidad o licencia por enfermedad y sus prórrogas.

b) Facilitar los antecedentes e informes médicos previstos en el apartado quinto de la Resolución de la Secretaría de Estado para la Administración Pública de 29 de diciembre de 1995, y demás normas concordantes, para la tramitación de los procedimientos de jubilación de titulares funcionarios civiles por incapacidad permanente para el servicio.

c) Emitir los informes médicos exigidos por el ISFAS a sus beneficiarios para determinadas prestaciones sanitarias o complementarias de éstas.

d) Emitir la documentación o certificación médica de nacimiento, defunción y demás extremos para el Registro Civil, y otros informes o certificados sobre el estado de salud exigibles por disposición legal o reglamentaria.

e) Cumplimentar, en las prescripciones de material ortoprotésico, el código del producto ortoprotésico que prescriben, según figura en el Catálogo del ISFAS sobre Material Ortoprotésico.

## CAPÍTULO VII

### Duración, régimen económico y precio del Concierto

#### 7.1 Duración del Concierto.

7.1.1 Los efectos del presente Concierto se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2007 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo que se establece en las Cláusulas siguientes.

7.1.2 Para los años 2008 y 2009 el presente Concierto podrá ser prorrogado, año a año, por mutuo acuerdo de las partes, expresado por escrito en el mes de octubre del año precedente al de la prórroga. El cómputo del inicio y finalización del período de la prórroga, referido al año de que se trate, se hará de igual forma que la establecida en la Cláusula 7.1.1.

7.1.3 Si no existiese acuerdo de prórroga del Concierto para el año 2008, la Entidad continuará obligada por el contenido de éste en el año 2007, para el colectivo que tuviera adscrito al treinta y uno de diciembre de dicho año, hasta el treinta y uno de enero del año 2008 o, en los casos en que se estuviese prestando en dicha fecha una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año 2008 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año 2007, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban la prórroga del Concierto para el año 2008. No obstante, del importe a abonar por dicho mes el ISFAS retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de diciembre del año 2008, con la finalidad exclusiva de hacer frente, por cuenta de la Entidad, a los reembolsos de gastos que sean acordados durante el citado año al amparo del presente Concierto. Si la cantidad estimada se agotase o los reembolsos se acordaran con posterioridad a la fecha indicada, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

El colectivo afectado deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca el ISFAS y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno

de febrero del año 2008, sin perjuicio, en todo caso, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en el párrafo primero de esta Cláusula.

7.1.4 Cuanto se dispone en la Cláusula 7.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el Concierto para el año 2008, no se prorrogase, sin embargo, para el año 2009, y para el supuesto de que, habiéndose prorrogado para el 2009 no se formalizara un nuevo Concierto, entendiéndose que las referencias de fechas en aquella contenidas se desplaza a los años siguientes.

#### 7.2 Régimen económico del Concierto.

7.2.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción para los beneficiarios de los derechos derivados del Concierto en los términos previstos en las Cláusulas correspondientes, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día uno del mes siguiente a aquél en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar.

7.2.2 Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de titulares y de beneficiarios existente a las cero horas del día uno del mes de que se trate, a cuyos efectos, el ISFAS emitirá la oportuna certificación, comunicando la cifra de titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la cláusula 7.3.1. El pago se efectuará por el ISFAS, por cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la Resolución de Convocatoria y al Concierto con sus Anexos. El pago mensual correspondiente a diciembre podrá anticiparse, total o parcialmente, a los diez últimos días de dicho mes.

7.2.3 EL ISFAS pondrá a disposición de la Entidad, en los primeros quince días de cada mes, un fichero con la relación completa con todos los datos del colectivo, incluyendo las altas, bajas y variaciones producidas durante ese período, referida a las veinticuatro horas del último día del mes precedente.

7.2.4 La relación del colectivo incluida en el fichero podrá ser comprobada por la Entidad, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular las siguientes reclamaciones:

- Las relativas a los titulares, incluidas las que afecten a sus beneficiarios, si existen.
- Las relativas a beneficiarios exclusivamente.

7.2.5 La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, y las acompañará de fichero con las mismas características técnicas que el entregado por el ISFAS, conteniendo la información en la que se funda la reclamación. Las reclamaciones deberán ser presentadas en el plazo máximo de tres meses a partir de la comunicación mensual del estado del colectivo y relación de incidencias, transcurrido el cual sin que se hubiese formulado reclamación se entenderá que existe conformidad por parte de la Entidad, adquiriendo firmeza el pago efectuado en función de dicho colectivo. Las reclamaciones presentadas serán resueltas por el ISFAS, dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

La consolidación de la firmeza del pago, a que se refiere el párrafo anterior, se entiende sin perjuicio de que en ningún caso pueda originarse una atribución patrimonial sin causa para el ISFAS o para la Entidad.

7.2.6 Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que graven este Concierto o los actos que de él se deriven serán de cuenta de la Entidad.

7.2.7 En el supuesto de asistencia sanitaria por lesiones producidas o enfermedad derivada o agravada por accidentes cubiertos por cualquier modalidad de seguro obligatorio o cuando el coste de la asistencia sanitaria prestada deba ser satisfecho legal o reglamentariamente por organismos públicos distintos del ISFAS o por entidades privadas, la Entidad, sin perjuicio de cubrir en todo caso la asistencia, podrá subrogarse en los derechos y acciones de los beneficiarios relativos al importe de los gastos derivados de dicha asistencia sanitaria, realizando a su cargo las gestiones necesarias para reintegrarse del coste de la misma. Los beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la Entidad los datos necesarios para ello.

7.2.8 Siempre que exista Sentencia judicial firme en la que se ordene al ISFAS el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, el ISFAS, sin perjuicio de ejecutar la Sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en el epígrafe 5.5 del presente Concierto.

#### 7.3 Precio del Concierto.

7.3.1 La composición de la población protegida por este concierto ha experimentado variaciones importantes, por lo que, con el fin de equilibrar las desigualdades producidas, derivadas fundamentalmente de la evolución de la pirámide de edad del colectivo del ISFAS, durante la vigencia del presente concierto, el pago se realiza en función de los parámetros siguientes:

a) El ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 59,93 € por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese 65 o más años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

b) El ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 50,53 € por mes, por cada beneficiario protegido que fuese menor de 65 años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

Las cantidades serán satisfechas con cargo al concepto 14.113.312E.251, dentro de las disponibilidades presupuestarias del Organismo.

7.3.2 En caso de prórroga del Concierto, el precio para los años 2008 y 2009 experimentará un incremento sobre el precio abonado en el año anterior que tendrá en cuenta el aumento que experimenten los créditos de la Política de Sanidad, así como las disponibilidades presupuestarias del ISFAS. En todo caso, el incremento no será inferior a la variación prevista para el IPC para el año al que se aplique la prórroga.

7.3.3 Las mejoras en la financiación de las prestaciones objeto del Concierto deben incidir en todos los factores que contribuyan a una mejora real de la calidad del servicio percibido por los beneficiarios, incluyendo, entre otros, los de tipo tecnológico, dotación material y recursos humanos.

#### *Relación de anexos*

- I. Medios de asistencia en zonas rurales.
- II. Territorio insular. condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos Balear y Canario.
- III. Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma.
- IV. Programas preventivos.
- V. Patologías con riesgo vital.
- VI. Modalidades asistenciales complementarias.
- VII. Información sobre actividad asistencial y datos económicos.
- VIII. Información sobre asistencia hospitalaria.
- IX. Criterios de cobertura de los tratamientos de esterilidad.

### **ANEXO I**

#### **Medios de asistencia en zonas rurales**

Según el presente Concierto, la Entidad debe disponer de determinados medios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, pero en las zonas rurales se produce la circunstancia de que, por lo general, no existen medios privados que puedan llevar a cabo dicha asistencia bajo la dependencia de la Entidad, puesto que únicamente disponen de medios los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo dispuesto en la legislación sanitaria general, dichos organismos públicos pueden prestar asistencia sanitaria urgente o que no pueda llevarse a cabo por otros medios a cualquier persona, aunque no sea beneficiario del Sistema General de la Seguridad Social, reintegrándose, en su caso, del tercero obligado al pago del coste de la asistencia prestada, por lo que, a fin de posibilitar la prestación de dichos servicios sanitarios a los titulares y demás beneficiarios adscritos a la Entidad y de acuerdo con la posibilidad de establecer Convenios de Colaboración entre los órganos de la Administración del Estado y los de las administraciones de las Comunidades Autónomas, recogida en el artículo 6 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

Primero.-El ISFAS podrá convenir con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la prestación de los siguientes servicios a los titulares y demás beneficiarios que la Entidad tenga adscritos:

A) Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la Entidad no dispongan de medios concertados suficientes.

B) Servicios de urgencias en municipios de hasta 20.000 habitantes, que se prestan a través de los Servicios de Atención Primaria.

La Entidad concede su expresa y total autorización al ISFAS para dicho fin.

Segundo.-Los Convenios serán comunes para todas las Entidades firmantes del Concierto y el contenido asistencial, la contraprestación económica y la relación de municipios, convenidos con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a la Entidad. El importe final del convenio estará en función del colectivo afectado y será satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado, el ISFAS debe abonarle por el presente Concierto de Asistencia Sanitaria, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la Entidad.

Tercero.-El ISFAS realizará cada pago mensual con cargo al importe del mismo mes que deba abonar a la Entidad por el Concierto, trasladándole la justificación correspondiente.

Cuarto.-La autorización al ISFAS contenida en el punto PRIMERO debe entenderse que ampara también la prórroga de Convenios suscritos al mismo fin con anterioridad al 1 de enero del año 2007.

### **ANEXO II**

#### **Condiciones especiales complementarias para las islas de los archipiélagos Balear y Canario**

1. La Entidad contará en las islas de los archipiélagos balear y canario con medios suficientes y estables para prestar asistencia sanitaria.

En las islas no capitalinas con población inferior a 75.000 habitantes, el Catálogo de Servicios de la Entidad deberá incluir los servicios establecidos en el Capítulo II del presente Concierto para los Niveles I y II de Asistencia Sanitaria. En las islas no capitalinas, con población superior a 75.000 habitantes, el Catálogo de Servicios de la Entidad deberá incluir los servicios establecidos en el Capítulo II del presente Concierto para el Nivel III de Asistencia Sanitaria. En caso de inexistencia de dichos medios, la Entidad garantizará la asistencia en la isla más próxima en que disponga de los mismos, debiendo asumir los gastos de desplazamiento.

2. La Asistencia Sanitaria de Nivel IV, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquella Comunidad que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento.

3. La Entidad asumirá los gastos de desplazamiento del beneficiario a los Servicios del Nivel III y IV de Asistencia Sanitaria y en el supuesto de inexistencia de medios previsto en el Punto 1 anterior, en los medios especificados en la Cláusula 2.5.1 ó 2.5.2., según proceda, previa prescripción escrita de facultativo de la Entidad.

A dichos efectos, la Entidad procederá a su inmediato pago, previa presentación por el beneficiario del Informe del facultativo que haya prestado la asistencia, con indicación de la asistencia practicada y de la fecha en que se realizó o, en caso de internamiento, de las fechas inicial y final, y la factura de gastos.

4. En caso de que el enfermo precisara acompañante, los gastos de desplazamiento del acompañante serán a cargo de la Entidad. Para ello deberá aportarse ante la Entidad Informe del facultativo que prestó la asistencia en el que se justifique dicha necesidad.

### **ANEXO III**

#### **Relación de servicios de la entidad que precisan autorización previa de la misma**

1. Hospitalizaciones.
  - a) Hospitalización.
  - b) Hospitalización de día.
  - c) Hospitalización domiciliaria.
2. Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas.
  - a) Cirugía ambulatoria.
  - b) Odontología: Tartrectomía -limpieza de boca- y Periodoncia.
  - c) Rehabilitación y Fisioterapia.
  - d) Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia.
  - e) Tratamientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
  - f) Oncología: Inmunoterapia y Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isótopos Radiactivos, Braquiterapia y Acelerador Lineal.
    - g) Diagnóstico por imagen: Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía y Mamografía.
    - h) Tratamiento en Unidad de Dolor.
    - i) Tratamiento en Unidad del Sueño.
    - j) Litotricia renal.
    - k) Psicoterapia.
    - l) Asistencia a médicos consultores.
3. Servicios correspondientes al Nivel IV de Asistencia sanitaria. (Excepto consultas ambulatorias de especialistas)

### **ANEXO IV**

#### **Programas preventivos**

- I. Programas de Inmunizaciones:
  - Calendario vacunal del niño.
  - Vacunación de la rubéola en mujeres.

Vacunación de tétanos en adultos.  
 Vacunación de la gripe en grupos de riesgo.  
 Vacunación de la Hepatitis «B» a grupos de riesgo.

Cualquier otro programa o campaña de de vacunación que pueda desarrollarse por las administraciones sanitarias sobre población general o grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen.

Todas las vacunaciones incluyen registro de personas vacunadas.

Las vacunas serán facilitadas por la Entidad, sin cargo para el beneficiario.

II. Programas de Prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama.

## ANEXO V

### Patologías con riesgo vital

A título puramente indicativo y no exhaustivo, en los siguientes supuestos se entenderá que existe un riesgo inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato, por lo que, si concurren los requisitos exigibles según la Cláusula 4.3.2, resultará procedente el reintegro de los gastos en caso de utilización de medios ajenos a la Entidad:

1. Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre o con hemorragia interna.
2. Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
3. Shocks cardiaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
4. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardiaca.
5. Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
6. Lesiones con desgarros externos con afectación de vísceras.
7. Fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.
8. Accidentes cerebro-vasculares.
9. Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.
10. Anuria. Retención aguda de orina.
11. Difteria. Botulismo. Meningitis. Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.
12. Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural. Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.
13. Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva de urgencia. Embolia arterial periférica. Asistolia. Taquicardia paroxística.
14. Coma diabético. Hipoglucemia.
15. Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.
16. Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.

## ANEXO VI

### Modalidades asistenciales complementarias

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 75 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el ISFAS mantiene un régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar, en el que se contempla la cobertura de la Asistencia Especializada y de Hospitalización a través de los Hospitales Militares de Cartagena, Ceuta, Ferrol, Madrid, Melilla, San Fernando, Valencia y Zaragoza, conforme se recoge en la Orden Ministerial 52/2004, de 18 de marzo, quedando al margen de dicho régimen la asistencia correspondiente al escalón primario y la de urgencia, asistencia que, en consecuencia, puede ser prestada por Entidades que suscriban Concierto con este Instituto, siempre que así lo elijan los titulares.

Por otro lado, la existencia de medios propios del ISFAS para la Atención Primaria en Sevilla, donde actualmente no existe ningún Hospital de la Defensa, hace preciso que la asistencia médico-quirúrgica de especialidades en régimen ambulatorio y de hospitalización del colectivo que decida continuar recibiendo la atención primaria en los Consultorios del ISFAS, deba ser también cubierta por las mismas Entidades, igualmente en el supuesto de que sean elegidas para ello por los afectados.

Por tales motivos resulta necesario definir dos modalidades asistenciales complementarias: la Modalidad de Atención Primaria, y la de Asistencia de Especialidades y Hospitalización, a las que podrán adscribirse determinados afiliados y beneficiarios conforme a las condiciones que a continuación se señalan.

### Modalidad de Atención Primaria (Modalidad C)

Primero.—Podrán adscribirse a la Entidad, para la cobertura exclusiva de la Atención Primaria y de Urgencias, los titulares y beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas que, habiendo fijado su residencia en cualquiera de las localidades señaladas en el Apartado Quinto, reciban la Asistencia Especializada y de Hospitalización a través de Hospitales de la Defensa, de acuerdo con el régimen de colaboración concertada entre el ISFAS y la Sanidad Militar vigente en cada momento.

La citada relación de localidades podrá ser modificada en cualquier momento por Resolución de la Gerencia ISFAS.

Segundo.

A) Los servicios sanitarios que prestará la Entidad al colectivo adscrito para la Atención Primaria y de Urgencias serán los siguientes:

Medicina General o de Familia, Pediatría y Enfermería, ya sea en régimen ambulatorio, domiciliario o de urgencia.

Servicios sanitarios de urgencia (sin hospitalización), durante las 24 horas del día, en las mismas condiciones que a los beneficiarios con asistencia completa a cargo de la Entidad.

B) Con carácter general, se tendrá en cuenta que, cuando un beneficiario reciba asistencia de urgencia en cualquiera de las localidades reflejadas en el Apartado Quinto, si de su valoración inicial se dedujese la necesidad de internamiento, el Servicio de Urgencias remitirá al paciente al correspondiente Hospital Militar, gestionando si fuese necesario el traslado en ambulancia. En el resto del territorio nacional el beneficiario deberá ingresar en Hospitales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

C) Únicamente podrá gestionarse el ingreso del beneficiario en el centro concertado con la Entidad que hubiera prestado la asistencia de urgencia, cuando su estado clínico no permitiera el traslado a los centros hospitalarios señalados, no corriendo a cargo de la Entidad los gastos que se deriven de este internamiento.

D) Además, todo facultativo de la Entidad, por causa de una asistencia urgente e inmediata que haya de ser prestada por él mismo, podrá prescribir el ingreso de un beneficiario en un Hospital Militar.

E) Los correspondientes facultativos de la Entidad deberán realizar la prescripción de medicamentos y demás productos farmacéuticos en las recetas oficiales del ISFAS, formalizar los informes para la propuesta de baja o Incapacidad Temporal (I.T.) en los modelos oficiales y la prescripción de pruebas o medios de diagnóstico en los correspondientes volantes. Los talonarios de recetas y de Informes-Propuestas de I.T. serán presentados a los facultativos de la Entidad por los beneficiarios del ISFAS cuando sean necesarios.

F) En ningún caso será objeto de cobertura la prestación farmacéutica ni los traslados en ambulancia que, al margen de la asistencia por servicios de urgencia, pudieran precisarse.

Tercero.—Los servicios sanitarios mencionados en el Apartado precedente se prestarán en todo el territorio nacional con la misma extensión y en las mismas condiciones establecidas en el presente Concierto para los afiliados y beneficiarios con Asistencia completa por la Entidad, considerándose de aplicación las Cláusulas relativas a tales servicios.

Como única excepción, se tendrá en cuenta que las técnicas básicas de diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria se consideran como parte de los servicios de Medicina General, de Familia y Pediatría a los que se alude en el subepígrafe a) del Apartado Segundo precedente, por lo que la Entidad se hará cargo de su cobertura, siempre que la prescripción se hubiera formulado por los correspondientes facultativos del Catálogo de Servicios. A estos efectos, tendrán la consideración de técnicas básicas de diagnóstico los estudios de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional simple, sin contrastes, así como las determinaciones analíticas incluidas en el Catálogo Básico de Pruebas Analíticas recogido en el Apartado Sexto.

Cuarto.—El precio a abonar por los servicios asistenciales correspondientes a la Modalidad de Atención Primaria y de Urgencias para el año 2007 será el siguiente:

a) El ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 11,26 € por mes, por cada beneficiario adscrito a la Modalidad C que tuviese 65 o más años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

b) El ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 9,50 € por mes, por cada beneficiario adscrito a la Modalidad C que fuese menor de 65 años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

Este precio será actualizado, en caso de prórroga, en la misma medida que el precio del Concierto por la asistencia completa.

Quinto.-Podrán acogerse a la modalidad de Atención Primaria y de Urgencias únicamente los asegurados y beneficiarios que tengan fijada su residencia habitual en algunas de los siguientes municipios:

Cádiz.

Algeciras.

Arcos de la Frontera.

Barbate.

Cádiz.

Conil.

Chiclana.

Chipiona.

Jerez de la Frontera.

Línea de la Concepción (La).

Medina Sidonia.

Puerto de Santa María (El).

Puerto Real.

Rota.

San Fernando.

Sanlúcar de Barrameda.

Tarifa.

Coruña (A).

Coruña (A).

Ferrol (El).

Carballo.

Oleiros.

Santiago de Compostela.

Madrid

Alcalá de Henares.

Alcobendas.

Alcorcón.

Aranjuez.

Arganda.

Boadilla del Monte.

Colmenar Viejo.

Collado Villalba.

Coslada.

Fuenlabrada.

Galapagar.

Getafe.

Leganés.

Madrid (incluso Aravaca y El Pardo).

Majadahonda.

Móstoles.

Pozuelo de Alarcón.

Rivas Vaciamadrid

Rozas (Las).

San Fernando de Henares.

San Sebastián de los Reyes.

Torrejón de Ardoz.

Tres Cantos.

Valdemoro.

Villanueva de la Cañada.

Villaviciosa de Odón.

Murcia

Aguilas.

Alcantarilla.

Alhama de Murcia.

Archena.

Cartagena.

Cehegin.

Ceuti.

Cieza.

Lorca.

Mazarrón.

Molina de Segura.

Mula.

Murcia.

San Javier.

Santiago de la Ribera.

Torre Pacheco.

Yecla.

Valencia

Alaquas.

Alboraya.

Alcudia (L).

Alfajar.

Algemesí.

Alginet.

Alzira.

Beteta.

Burjassot.

Carcaixent.

Carlet.

Catarroja.

Cullera.

Onteniente.

Paterna.

Pincaya.

Pucol.

Eliana (L).

Gandía.

Lliria.

Manises.

Mislata.

Quart de Poblet.

Requena.

Sagunto.

Silla.

Sueca.

Tabernes de Valldigna.

Torrent.

Valencia.

Xativa.

Xirivella.

Zaragoza

Calatayud.

Egea de los Caballeros.

Zaragoza.

Ceuta.

Melilla.

Sexto.-Las determinaciones analíticas a las que se alude en el Apartado Tercero son las incluidas en el siguiente Catálogo de Pruebas Analíticas.

*Catálogo Básico de Pruebas Analíticas*

00 Hematología

Hemograma/coulter.

V. Sedimentación.

00 Hematología banco

Grupo sanguíneo.

Coombs directo.

Coombs indirecto.

Reticulocitos.

00 Coagulación I

Tiempo de protrombina.

APTT.

Fibrinógeno.

00 Bioquímica sangre I

Glucosa.

Curva glucosa adultos.

Curva glucosa gestantes.

Test de O'Sullivan.

Úrea.

Creatinina.

Ácido úrico.

Colesterol total.

Triglicéridos.

Hdl-colesterol.

Ldl-colesterol.

Bilirrubina total.

Bilirrubina directa.

Bilirrubina indirecta.

GOT/AST.

GPT/ALT.

GGT.

Amilasa.

Fosfatasa alcalina.  
 CPK.  
 LDH.  
 Calcio.  
 Fósforo.  
 Hierro.  
 Ferritina.  
 Transferrina.  
 I. S. Transferrina.  
 Sodio.  
 Potasio.  
 Proteínas totales.  
 Colinesterasa.  
 Factor reumatoideo.  
 Proteína C reactiva.  
 Aslo.  
 Albúmina.  
 Proteinograma.

01 Bioquímica especial

Hemoglobina glicosilada.  
 TSH.

01 Inmunología

IgG  
 IgA  
 IgM  
 IgE  
 AC Anti-gliadina IgG  
 AC. Anti Endomisio  
 AC. Anti Nucleares

01 Serología

Brucella, Anticuerpos.  
 Brucella (Rosa de Bengala).  
 Citomegalovirus, IgM.  
 Epstein-Barr: IgM anti-VCA.  
 Epstein-Barr: Paul Bunnell.  
 Hepatitis A, IgM.  
 Hepatitis B (marcadores).  
 Hepat. B, anti-HBs (post-vacunación).  
 Hepatitis C, anti-HCV.  
 Rubéola, Ig G.  
 Rubéola, Ig M  
 Sífilis, RPR.  
 Sífilis, TPHA.  
 Toxoplasmosis, AC Ig G.  
 Toxoplasmosis, AC Ig M.  
 VIH, Anticuerpos.

01 Microbiología

Urocultivo.  
 Coprocultivo.  
 Esputo cultivo estandar.  
 Esputo Baciloscopia-Lowenstein.  
 Exudado vaginal.  
 Frotis faríngeo  
 Frotis Ótico  
 Estudio parasitológico.

02 Orina

Sistematico de orina.  
 Test de embarazo.  
 Microalbuminuria.

02 Bioquímica. Orina de 24 horas

Glucosa (Orina).  
 Creatinina (Orina).  
 Urea (Orina).  
 Ácido úrico (Orina).  
 Calcio (Orina).

Alfa Amilasa(Orina).  
 Fosfato inorgánico.  
 sodio (Orina).  
 Potasio (Orina).  
 Proteínas (Orina).

03 Varios

Cálculos urinarios.  
 Sangre oculta en heces.

*Modalidad de Atención de Especialidades y Hospitalización  
 (Modalidad B)*

Primero.–Podrán acogerse a esta modalidad asistencial los titulares y beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas que hayan optado por recibir la Atención Primaria (Medicina General o de Familia, Pediatría y Enfermería) a través de los Consultorios del ISFAS, y tengan fijada su residencia habitual en el municipio de Sevilla. De producirse el cierre de algún Hospital Militar en el futuro, el colectivo residente en la localidad o zona donde se encontrara ubicado también podrá acogerse a esta modalidad asistencial.

Segundo.–Los Servicios sanitarios que prestará la Entidad al colectivo adscrito a la presente modalidad asistencial serán todos los recogidos en el presente Concierto, a excepción de los de Medicina General o de Familia, Pediatría y Enfermería en el municipio de Sevilla. Cuando los beneficiarios se desplacen a otros municipios del territorio nacional la Entidad también atenderá la cobertura de los servicios de Medicina general o de Familia, Pediatría y Enfermería.

Tercero.–Los Servicios sanitarios mencionados en el Apartado precedente se prestarán con la misma extensión y en las mismas condiciones establecidas en el presente Concierto para los afiliados y beneficiarios con Asistencia completa por la Entidad, si bien en el caso de los beneficiarios que se hubieran desplazado a municipios distintos al de residencia habitual, se tendrá en cuenta que las técnicas básicas de diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria se consideran como parte de los servicios de Medicina General o de Familia y Pediatría, por lo que la Entidad se hará cargo de su cobertura, siempre que la prescripción se hubiera formulado por los correspondientes facultativos del Catálogo de Servicios. A estos efectos, tendrán la consideración de técnicas básicas de diagnóstico los estudios de diagnóstico por imagen mediante radiología convencional simple, sin contrastes, así como las determinaciones analíticas incluidas en el Catálogo Básico de Pruebas Analíticas recogido en el Apartado Sexto del Título relativo a la Modalidad de Atención Primaria.

Cuarto.–El precio por beneficiario y mes que el ISFAS abonará a la Entidad por los servicios correspondientes a la Modalidad de asistencia de Especialidades y Hospitalización será el fijado por Asistencia completa en cada año de vigencia del Concierto, menos el precio fijado para la Modalidad de Atención Primaria (Modalidad C), más una cantidad igual a la doceava parte del citado precio, a fin de compensar el coste de Atención Primaria que pueda precisar un beneficiario cuando se encuentre desplazado fuera de su localidad de residencia.

Conforme a estos criterios, el precio a abonar por los servicios asistenciales correspondientes a la Modalidad de Atención de Especialidades y Hospitalización para el año 2007 será el siguiente:

a) El ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 49,61 € por mes, por cada beneficiario adscrito a la Modalidad B que tuviese 65 o más años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

b) El ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 41,82 € por mes, por cada beneficiario adscrito a la Modalidad B que fuese menor de 65 años de edad a las veinticuatro horas del último día del mes anterior al que corresponda el pago, según los criterios de altas y bajas que a efectos económicos se establecen en la Cláusula 7.2.1.

Este precio será actualizado, en caso de prórroga, en la misma medida que el precio del Concierto por la asistencia completa

## ANEXO VII

## INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DATOS ECONÓMICOS

CUADRO 1

ESPECIALIDAD	Nº DE CONSULTAS *	COSTE TOTAL	COSTE MEDIO
Medicina General Familiar			
Pediatría			
Alergología			
Anestesiología y Reanimación			
Angiología y Cirugía Vascul ar			
Aparato digestivo			
Cardiología			
Cirugía Cardiovascular			
Cirugía General y del Aparato digestivo			
Cirugía Maxilofacial			
Cirugía Pediátrica			
Cirugía Plástica y Reparadora			
Cirugía Torácica			
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología			
Endocrinología y Nutrición			
Estomatología/Odontología			
Geriatría			
Hematología y Hemoterapia			
Inmunología			
Medicina Intensiva			
Medicina Interna			
Medicina Nuclear			
Nefrología			
Neumología			
Neurocirugía			
Neurología			
Obstetricia y Ginecología			
Oftalmología			
Oncología Médica			
Oncología Radioterápica			
Otorrinolaringología			
Psiquiatría			
Rehabilitación			
Reumatología			
Traumatología y Cirugía Ortopédica			
Tratamiento del dolor			
Urología			
Servicio concertado a precio fijo/pago cap itativo			
Otros (**)			

Se incluyen todas las consultas (primeras, revisiones y domiciliarias).

\*\*Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

CUADRO 2

TIPO HOSPITALIZACIÓN	Nº INGRESOS	Nº ESTANCIAS	COSTE TOTAL (12)	COSTE/INGRESO	COSTE ESTANCIA
MEDICA (1)					
QUIRÚRGICA (2)					
OBSTÉTRICA (3)					
PEDIÁTRICA (4)					
PSIQUIÁTRICA (5)					
Frecuentación hospitalaria (6)					
Total de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor (7)					
Frecuentación quirúrgica (8)					
SERVICIOS CONCERTADOS A PRECIO FIJO					
CIRUGÍA AMBULATORIA (9)					
HOSPITAL DE DÍA: (10)					
Oncología Médica					
Psiquiatría					
Hematología					
OTROS (11)					
LOS 10 PROCESOS HOSPITALARIOS MÁS FRECUENTES					
Proceso 1.....					
Proceso 2.....					
LOS 10 PROCESOS MÁS COSTOSOS					
Proceso 1.....					
Proceso 2.....					
ACTIVIDAD Y COSTE EN LAS ESPECIALIDADES:					
Cirugía General					
Cirugía Cardiovascular					
Cirugía Ortopédica y Traumatológica					
Oftalmología					

## DEFINICIONES:

- (1) **Hospitalización médica:** son todos aquellos ingresos en hospital o clínica a por prescripción de especialidades médicas. Excepto la Pediatría.
- (2) **Hospitalización quirúrgica:** son todos aquellos ingresos en hospital o clínica por prescripción de una especialidad quirúrgica, incluida la cirugía pediátrica. Además deben recogerse los procesos de cirugía mayor sin ingreso (cataratas, varices ambulatorias, artroscopias, hallus valgus, hernias inguinales, legrados, quistes pilonidales, rinoplastias, adenoidectomías, amigdalectomías y, en general, todas aquellas intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en UCSI)
- (3) **Hospitalización obstétrica:** Incluye todos aquellos ingresos relacionados con la asistencia al embarazo y partos.
- (4) **Hospitalización pediátrica:** son todos aquellos médicos en personas hasta 14 años de edad.
- (5) **Hospitalización siquiátrica:** son todos aquellos ingresos en hospital o clínica prescritos y bajo seguimiento de un psiquiatra.
- (6) **Frecuentación hospitalaria:** es la tasa de ingresos hospitalarios por cada 1000 personas con cobertura. Se calcula con la siguiente fórmula  $Fr_{Hosp} = \text{total de ingresos en hospital} (1+2+3+4+5) \times 1000 / n^\circ \text{ de mutualistas medio del año}$ .
- (7) **Total de intervenciones de cirugía mayor:** incluye el nº de intervenciones realizadas con ingreso (programadas y urgentes) y el total de intervenciones de cirugía mayor realizadas en las UCSI.
- (8) **Frecuentación quirúrgica:** es la tasa de utilización de la cirugía mayor por cada mil personas cubiertas en un año. Se calcula con la siguiente fórmula  $Fr_{Quir} = \text{total de cirugías mayores} (7) \times 1000 / n^\circ \text{ medio de mutualistas protegidos del año}$ .
- (9) **Cirugía ambulatoria:** Se imputará todas las intervenciones quirúrgicas de cirugía menor y/o procedimientos terapéuticos quirúrgicos que no generen estancia, con independencia del lugar donde se realice. (consulta, hospital, etc.).
- (10) **Hospital de día:** se recogerán todas aquellas asistencias prestadas en este servicio, dependiente de un centro hospitalario, siempre que no generen ingreso.
- (11) **Otros:** Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.
- (12) **Coste Total:** Se imputará la estancia hotelera, pruebas diagnosticas, honorarios profesionales, procedimientos terapéuticos/ intervenciones quirúrgicas, farmacia, prótesis y demás servicios que se generen durante el ingreso.

CUADRO 3

TIPO DE URGENCIA	Nº URGENCIAS	FRECUENTACIÓN (5)	COSTE TOTAL	COSTE MEDIO
HOSPITALARIA (1)				
AMBULATORIA (2)				
URGENCIA DOMICILIARIA (3)(*)				
CENTRO/SERVICIO DE URGENCIA A PRECIO FIJO (4)				
OTROS (**)				

(1) Urgencias hospitalarias: son todas aquellas que han sido atendidas en los servicios de urgencia de un hospital, incluyendo aquellas urgencias que hayan acabado en ingreso hospitalario.

(2) Urgencias ambulatorias: son todas aquellas que hayan sido atendidas por los servicios de urgencias de los centros sanitarios no hospitalarios (policlínicas, servicios de urgencias externos, etc.)

(3) Urgencias domiciliarias: son todas aquellas asistencias urgentes atendidas en el domicilio del paciente por servicios de urgencias.

(4) Centros o servicio de urgencia a precio fijo: en este apartado se recogerán aquellos servicios financiados con independencia de su nivel de utilización. Si no se computa la actividad deberá recogerse sólo el coste. Haciendo referencia a que no hay actividad recogida en estos servicios.

(5) Frecuentación: es la tasa de utilización de los servicios por cada mil personas cubiertas. Se calcula  $Frecuentación = (n^\circ \text{ de urgencias} \times 1000) / \text{total de mutualistas protegidos de ese año}$ .

(\*) No se incluye la visita domiciliaria "urgente" del médico de cabecera. Estas visitas se imputaran en consultas externas.

(\*\*) Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

CUADRO 4

TIPO DE PRUEBA DIAGNOSTICA	Nº DE PRUEBAS	COSTE TOTAL	COSTE MEDIO
<b>DIAGNOSTICO POR IMAGEN:</b>			
Radiología Simple (cabeza, tronco, miembros, radiología estomatológica.)			
Radiología Especial (radiología de contraste, mamografía...)			
Radiología intervencionista (flebografía, arteriografía, ...)			
Ecografía/Doppler			
Tomografía (TAC, PET)			
Resonancia Nuclear Magnética			
Densitometría Ósea			
Otras técnicas			
ANÁLISIS CLÍNICOS (*): (Hematología, Bioquímica, Inmunología, Microbiología, Parasitología, Genética, Determinación Hormonal...)			
ANATOMÍA PATOLÓGICA: (Citología, Paaf, otros...)			
MEDICINA NUCLEAR: (Gammagrafía tiroidea, renal, Rastreo, Spect...)			
OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: (Pruebas alérgicas, ECG, EEG, espirografía, audiometría, campimetría, potenciales evocados, cateterismo ureteral, endoscopia diagnóstica, ...)			
OTROS (**)			
Frecuentación de TAC: (1)			
Frecuentación de RNM: (1)			
Frecuentación de análisis clínicos: (1)			

(1) Frecuentación: Se calculará como la tasa de utilización por cada 1000 beneficiarios al año. La fórmula es  $Frec = (n^\circ \text{ de exploraciones} \times 1000) / n^\circ \text{ de mutualistas medio del año}$ .

\* Se computaran exclusivamente el número de peticiones con independencia del número de pruebas que se solicite en cada petición.

\*\* Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

CUADRO 5

TIPO DE TRATAMIENTO/PRESTACION	Nº DE SESIONES	COSTE TOTAL	COSTE MEDIO
<b>D.U.E.</b>			
<b>MATRONA</b>			
<b>FISIOTERAPIA</b>			
<b>FONIATRIA/LOGOPEDIA</b>			
<b>PSICOTERAPIA</b>			
<b>OXIGENOTERAPIA/VENTILOTERAPIA</b>			
<b>TRANSPORTE SANITARIO</b>			
<b>OTRAS PRESTACIONES: (Tiras reactivas de glucosa, jeringuillas de insulina, farmacia (V04, Uso Hospitalario...)).</b>			
<b>INDEMNIZACIONES (Pagos directos a Asegurados por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, Convenios de zona rural...)</b>			
OTROS (*)			
<b>PODOLOGIA</b>			
<b>DIÁLISIS</b>			
<b>LITOTRICIA</b>			
<b>ONCOLOGIA RADIOTERAPICA</b>			
<b>ACTOS TERAPÉUTICOS</b>			

(\*) Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores; en ese caso se deberá especificar cada concepto incluido y su coste.

## ANEXO VIII

## Información sobre asistencia hospitalaria

## Estructura del CMBD

Variable	Longitud
1. Identificación de la Mutuality	2
2. Identificación de la Aseguradora	6
3. Identificación del Hospital	6
4. Código postal del Domicilio (residencia)	5
5. Número de historia clínica	10
6. Número de episodio	12
7. Código de identificación del paciente	16
8. Fecha de nacimiento	8
9. Sexo	1
10. Tipo de asistencia	3
11. Fecha de ingreso	8
12. Tipo de ingreso	1
13. Fecha de alta	8
14. Circunstancia de alta Local/ Motivo de alta local	2
15. Servicio de ingreso	4
16. Servicio de alta	4
17. Código del hospital de traslado	6
18. Médico al alta	5
19. Diagnóstico Principal	6
20. Diagnóstico/s secundario/s	6
21. Morfología de la/s neoplasia/s (Código M)	7
22. Código E	6
23. Procedimiento/s	5
24. Fecha de procedimiento principal/fecha de intervención	8
25. Semanas de gestación	2
26. Peso/s del recién nacido/s	4
27. Sexo/s del recién nacido/s	1

## Formatos de archivo

Los formatos de archivo de CMBD pueden ser:

Texto de ancho fijo.  
 Texto delimitado por el carácter «|».

Formatos de la fecha:

Si el formato del archivo es de texto de ancho fijo, el formato de las fechas debe ser DDDMMYYYY (Día con 2 cifras, mes con 2 cifras, año con 4 cifras).

Si el formato del archivo es de texto delimitado, el formato de las fechas debe ser DD/MM/YYYY (día con 2 cifras, mes con 2 cifras, año con 4 cifras).

## Descripción de los campos

Identificador de la Mutuality.

Campo alfanumérico de 2 posiciones.

Se refiere a la Mutuality a la que pertenece el beneficiario que ha recibido la asistencia sanitaria.

El código identificador del ISFAS será 70.

Identificador de la Aseguradora.

Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Se refiere a la entidad o institución que financia el episodio del paciente. Se rellenará con el código correspondiente, rellenando con ceros los espacios sobrantes a la derecha del mismo.

Identificación del Hospital.

Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Código que figura en el catálogo nacional de hospitales.

Código Postal.

Campo alfanumérico de 5 posiciones.

Código postal del domicilio habitual del paciente.

Número de la historia clínica del paciente.

Campo alfanumérico de 10 posiciones.

El paciente se identificará única y exclusivamente por el número de la historia clínica, lo que exige la utilización de un número de historia único por paciente en cada hospital.

En caso de que el número de historia tenga menos de 9 caracteres, se justificará a la izquierda, dejando las restantes posiciones a la derecha en blanco.

Número de Episodio.

Campo alfanumérico de 12 caracteres.

Código propio de cada centro. Es un número único, asignado a cada uno de los episodios de cada paciente atendido en el centro.

En caso de que el número de episodio tenga menos de 12 caracteres, se justificará a la izquierda, dejando las restantes posiciones a la derecha en blanco.

Código de identificación Individual.

Campo alfanumérico de 16 posiciones.

Fecha de nacimiento.

Campo alfanumérico de 8 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Sexo del paciente.

Campo alfanumérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Hombre.
2. Mujer.
3. Indeterminado.

Tipo de asistencia.

Campo alfanumérico de 3 posiciones.

Procedencia del Ingreso.

Fecha de ingreso.

Campo alfanumérico de 8 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Tipo de ingreso.

Campo alfanumérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Urgente: El ingreso urgente es el que no cumple los requisitos del programado y ha sido atendido habitualmente en el área de urgencias,
2. Programado: Se considera ingreso programado el concertado con fecha anterior al mismo.

Fecha de alta.

Campo alfanumérico de 8 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Circunstancias o motivos de alta.

Campo alfanumérico de 2 posiciones.

Se entiende por circunstancia al alta el destino del paciente tras el cierre del episodio.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Domicilio: Se refiere al regreso a la residencia habitual del paciente, tanto ésta sea un domicilio particular o una residencia social (si ésta era la procedencia del paciente al ingreso).

2. Traslado a otro Hospital: Se asignará este código cuando el destino del paciente sea otro centro hospitalario, siempre que no se trate de un episodio de cirugía ambulatoria, en cuyo caso se seleccionará la categoría 4.

Siempre que se seleccione esta categoría se cumplimentará el campo Hospital de traslado.

3. Traslado a un centro sociosanitario: Se incluyen en esta categoría los traslados a centros sustitutorios del propio domicilio, destinados al alojamiento temporal o permanente de personas que presentan algún grado de limitación que impida la realización autónoma de las actividades de la vida diaria, sin que puedan mantener una calidad de vida adecuada en su medio habitual y que no precisen de cuidados hospitalarios continuados ni encontrarse en situación terminal.

4. Traslado a hospitalización convencional desde cirugía ambulatoria: Se incluyen en esta categoría el traslado de un paciente de cirugía ambulatoria que precisa hospitalización convencional en el mismo centro u otro.

Siempre que se seleccione esta categoría se cumplimentará el campo Hospital de Traslado.

5. Alta voluntaria: Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente sin que exista indicación médica.

6. Fuga: Cuando el enfermo abandone el centro donde estaba ingresado sin conocimiento del mismo.

7. Exitus.

8. Otros: Se incluirá en este concepto cualquier modalidad de alta no descrita en las anteriores categorías.

Servicio de ingreso.

Campo alfanumérico de 4 posiciones.

Servicio responsable de la firma del ingreso hospitalario.

Servicio de alta.

Campo alfanumérico de 4 posiciones.

Servicio responsable de la firma del alta hospitalaria.

Código del hospital de traslado.

Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Código del hospital al que es trasladado un paciente cuando la circunstancia de alta indica un traslado a otro hospital. El Código debe figurar en el catálogo nacional de hospitales.

Médico al alta.

Código alfanumérico de 5 caracteres.

Identificación del Médico especialista del alta del paciente.

Diagnóstico Principal.

Campo alfanumérico 6 posiciones.

Es 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.

Se codificará con la CIE-9-MC y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

Diagnósticos secundarios.

Campo alfanumérico 6 posiciones.

Son 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 administrado. Se codifica con la CIE-9-MC.

Existe la posibilidad de trabajar con hasta 12 diagnósticos secundarios.

Se codificará con la CIE-9-MC y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

Códigos de Morfologías de las Neoplasias.

Campo alfanumérico de 7 posiciones.

Recogerá el tipo histológico de la/s neoplasia/s y su comportamiento.

El sistema de codificación es el del apéndice A de Morfología de Neoplasias de la CIE-9-MC.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo la barra (/) en la posición correspondiente.

Causas Externas.

Código alfanumérico de 6 posiciones.

Los códigos E clasifican acontecimientos, circunstancias, fármacos o condiciones ambientales que sean causa de lesiones traumáticas, intoxicaciones o reacciones adversas a medicamentos.

Se codificará con la CIE-9-MC y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

Procedimientos.

Campo alfanumérico de 5 posiciones.

Se recogerán los procedimientos efectuados en el episodio de hospitalización del paciente.

Tenemos la posibilidad de trabajar con hasta 13 procedimientos.

Se codificará con la CIE-9-MC y cuyo número de revisión y edición vigente para cada año será la oficial del Ministerio de Sanidad.

Se grabará el código de la CIE-9-MC incluyendo el punto en el lugar correspondiente.

Procedimiento: Resonancia magnética nuclear |8|8|.|9|4|

Procedimiento Quirúrgico: Cesárea cervical baja |7|4|.|11|

Fecha de intervención.

Campo alfanumérico de 8 posiciones. Las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año.

Sólo debe cumplimentarse en el caso de que al paciente se le haya practicado una intervención quirúrgica o cualquier procedimiento realizado en quirófano. En caso de haberse realizado más de una, se registrará la fecha de la primera de ellas.

Semanas de gestación.

Código alfanumérico de 2 caracteres.

Semanas de gestación. Se especificará en semanas completas.

Peso del recién nacido.

Código alfanumérico de 4 caracteres.

Hace referencia al peso del recién nacido en las primeras 24 horas, antes de la pérdida efectiva de peso. Se especificará en gramos.

El valor debe estar entre 100 y 9999 gramos.

Sexo del recién nacido.

Campo alfanumérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

1. Hombre.
2. Mujer.
3. Indeterminado.

Observaciones: Las variables fecha de nacimiento, fecha de ingreso, fecha de alta, sexo, circunstancias al alta y diagnóstico principal son de obligado cumplimiento, considerándose inválido cualquier registro que carezca de dichos campos. Asimismo, será necesaria la inclusión de un campo identificador del episodio tratado para que el registro sea considerado válido.

Los sistemas informáticos del hospital o centro sanitario concertado deberán ser adaptados, en caso necesario, para la adecuada obtención de los datos solicitados, en orden y formatos correctos, con el fin de un correcto procesamiento de los mismos. En el caso de que los datos no se adapten a los requerimientos solicitados, podrán ser invalidados para dicho procedimiento informático.

## ANEXO IX

### Criterios de cobertura de los tratamientos de esterilidad

La Guía de recomendaciones en Reproducción Humana Asistida a la que se alude en la cláusula 3.9.1. del Concierto recoge los principios de actuación consensuados por un grupo de expertos en esta materia para garantizar un uso racional de las técnicas de reproducción humana asistida y reducir los riesgos potenciales asociados a su aplicación, estableciendo unos criterios para determinar las situaciones en las que se ha de atender la cobertura de estas técnicas, todo ello, con sujeción a lo dispuesto en la Ley 14/2006, de 28 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Atendiendo a estos criterios, se asumirá la cobertura de técnicas de Reproducción Humana Asistida en las siguientes situaciones:

En parejas en las que exista un diagnóstico de esterilidad, primaria o secundaria, por factor femenino o masculino, que impida conseguir una gestación o cuando exista indicación clínica de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1 y 12 de la Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.

En mujeres en las que exista un diagnóstico de esterilidad por patología ginecológica que impida conseguir una gestación, con independencia de la existencia o no de pareja.

La existencia de hijos previos no será motivo de exclusión para la cobertura de los tratamientos de Reproducción Humana Asistida, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en este Anexo.

En cualquier caso, atendiendo a los criterios técnicos consensuados por el grupo de expertos, los tratamientos estarán sujetos a ciertos límites y condiciones para asegurar la mayor efectividad y el menor riesgo posible.

1. Límites relativos al número de ciclos de tratamiento y a la edad de la paciente.

Los límites relativos al número de ciclos que se establecen han de entenderse referidos a cada expectativa de consecución de un hijo por embarazo a término, es decir, si como resultado de un tratamiento de reproducción asistida se ha conseguido el nacimiento de un hijo, el planteamiento de tener un nuevo hijo y la correspondiente prescripción facultativa, inicia el cómputo de nuevos ciclos.

Conforme a los criterios señalados, se establecen los siguientes límites en la aplicación de los tratamientos mediante técnicas de reproducción humana asistida:

	Inducción Ovulación	Inseminación artificial	FIV*	FIV con donación de ovocitos/preembriones
N.º ciclos	Máximo 6 ciclos		Máximo 4 ciclos	
Edad	Límite 42 años		Menores de 46 años	

\* Incluidas las técnicas complementarias.

En los casos de utilización de ovocitos y tejido ovárico, así como de transferencia de preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados, el límite de edad será el establecido para la técnica FIV con donación de ovocitos/preembriones.

Para la correcta interpretación y aplicación de los límites establecidos se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Para considerar que una paciente ha realizado un ciclo FIV, deberá haber llegado al menos a la fase de recuperación de ovocitos.
- Cuando existan preembriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, la transferencia de los mismos forma parte del mismo ciclo FIV en el que se obtuvieron los preembriones, siendo financiado la transferencia de los preembriones hasta que la mujer de la que procedan cumpla 46 años.
- No se autorizará un nuevo ciclo FIV cuando existan preembriones sobrantes crioconservados procedentes de ciclos anteriores.
- Si tras la realización de alguna técnica de reproducción humana asistida y conseguido un embarazo la paciente aborta, se podrá repetir un nuevo ciclo con la técnica por la que se produjo la gestación, una vez haya concluido el número máximo de ciclos establecidos.
- Para el cómputo del número de ciclos, se tendrá en cuenta el número total de ciclos realizados con independencia del financiador. Por ello, en el caso de que una pareja se acoga a la cobertura de este Concierto, tras haberse sometido previamente a un tratamiento de reproducción humana asistida, se tendrá en cuenta el número de ciclos que se hubiera realizado hasta ese momento y se dará cobertura a los que correspondan, hasta completar el número máximo de ciclos establecido.

## 2. Otros límites y condiciones.

- En el caso de las técnicas de reproducción humana asistida con donación de gametos y preembriones, los gastos derivados de las actuaciones y en su caso, los medicamentos que requieran las donantes, serán a cargo de la Entidad al formar parte del coste de la técnica utilizada. En ningún caso podrán repercutirse sobre la paciente receptora de la donación.
- No se consideran incluidas, entre las prestaciones financiadas, las técnicas de reproducción asistida que se realicen cuando la esterilidad de algún miembro de la pareja se haya producido voluntariamente o sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.
- Se atenderá a la cobertura de la crioconservación y mantenimiento del semen de los beneficiarios que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos, que puedan afectar de forma importante a su fertilidad, durante el período de tiempo que determine la normativa vigente en cada momento.
- Asimismo habrá de atenderse la cobertura de la crioconservación y mantenimiento de ovocitos y tejido ovárico de mujeres, que vayan a someterse a tratamientos de cirugía, radioterapia, quimioterapia y determinados fármacos y/o a técnicas de reproducción asistida, y la de los preembriones sobrantes de ciclos FIV autorizados, hasta que la mujer cumpla los 46 años de edad.

## 149

*ORDEN DEF/4053/2006, de 21 de diciembre, por la que se suprime la zona de seguridad de la instalación militar «Cabo de Aguas», en Cartagena (Murcia).*

Suscrita en el término municipal de Cartagena (Murcia) existe una instalación militar denominada «Cabo de Aguas» cuya zona de seguridad fue establecida por la Orden 31/1980, de 4 de septiembre, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de zonas e instalaciones para la Defensa Nacional, aprobado por Real Decreto 689/1978, de 10 de febrero, que desarrolla la Ley 8/1975, de 12 de marzo.

Dicha instalación militar ha sido desafectada por Resolución delegada del Secretario de Estado de Defensa de 17 de junio de 2005, dictada al amparo de lo dispuesto en la Orden DEF/2424/2004, de 20 de julio, por la que se delegan competencias en autoridades del Ministerio de Defensa en relación con determinadas materias administrativas, motivo por el cual procede suprimir dicha zona de seguridad.

En su virtud, a propuesta razonada del General Jefe de la Segunda Subinspección General del Ejército (Sur) y de conformidad con el informe emitido por el Estado Mayor del Ejército de Tierra, dispongo:

Primero. *Supresión de la zona próxima y lejana de seguridad.*—Queda suprimida la zona de seguridad de la instalación militar denominada Acuartelamiento de «Cabo de Aguas» en el término municipal de Cartagena (Murcia).

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Queda derogada, en lo que afecte a la zona de seguridad de la Instalación Militar «Cabo de Aguas» (Cartagena-Murcia), la Orden 31/1980, de 4 de septiembre, por la que se señala la Zona de seguridad de determinadas instalaciones militares situadas en Murcia y Alicante.

Disposición final única. *Entrada en vigor.*

La presente Orden ministerial entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 21 de diciembre de 2006.—El Ministro de Defensa, José Antonio Alonso Suárez.

# MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

## 150

*ORDEN EHA/4054/2006, de 27 de diciembre, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal existentes en el Ministerio de Economía y Hacienda y en determinados organismos públicos adscritos al mismo.*

Mediante el Real Decreto 553/2004, de 17 de abril, de reestructuración de los departamentos ministeriales, y el Real Decreto 562/2004, de 19 de abril, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, fueron suprimidos los Ministerios de Economía y Hacienda, desarrollándose, mediante Real Decreto 1552/2004, de 25 de junio, la estructura orgánica básica del Ministerio de Economía y Hacienda.

El cambio en la organización administrativa exige una adecuación de la normativa reguladora de los ficheros de datos de carácter personal, mediante la sustitución de la Orden ECO/143/2002, de 10 de enero, por la que se regulan los ficheros automatizados de datos de carácter personal existentes en el Ministerio de Economía y de determinados organismos públicos adscritos al mismo, y de la Orden HAC/1601/2002, de 7 de junio, por las que se regulan los ficheros automatizados de datos de carácter personal existentes en el Ministerio de Hacienda y de determinados organismos públicos adscritos al mismo.

Asimismo, con la finalidad de agrupar en una sola norma la totalidad de los ficheros de datos de carácter personal del Ministerio de Economía y Hacienda, se incluyen en la relación de ficheros del Anexo I los creados por la Orden EHA/3573/2004, de 25 de octubre, que regula los ficheros para la gestión del plan de pensiones de la Administración General del Estado.

Por otra parte, se han modificado las características de ciertos ficheros, con el fin de adecuarlos a la normativa reguladora de la protección de datos de carácter personal, y se han suprimido también algunos de ellos, para evitar duplicidades y lograr una mayor racionalización y simplificación.

Finalmente, se crean nuevos ficheros de datos de carácter personal, como consecuencia de las diferentes necesidades surgidas para el correcto funcionamiento del departamento y de los organismos públicos adscritos al mismo.

La presente orden se dicta al amparo del artículo 20 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Por todo ello, dispongo:

Primero. *Ámbito de aplicación.*—La presente orden es de aplicación a los ficheros que contienen datos de carácter personal existentes en el Ministerio de Economía y Hacienda y organismos públicos adscritos al mismo que figuran en el Anexo I de la presente orden.

Segundo. *Modificación de ficheros.*—Quedan modificados los ficheros de datos de carácter personal creados por la Orden ECO/143/2002, de 10 de enero, por la que se regulan los ficheros automatizados de datos de carácter personal existentes en el Ministerio de Economía y de determinados organismos públicos adscritos al mismo, y por la Orden HAC/1601/2002, de 7 de junio, por las que se regulan los ficheros automatizados de datos de carácter personal existentes en el Ministerio de Hacienda y de