

Recursos Marinos y Acuicultura.
Tecnología de Alimentos.
Investigación Espacial.
Microelectrónica.
Nuevos Materiales.
Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones.
Física de Altas Energías.
Biotecnología.
Investigación y Desarrollo Farmacéuticos.
Estudios Sociales y Culturales sobre América Latina.
Investigación sobre el Deporte.
Patrimonio Histórico.
Problemas Sociales y Bienestar Social.

MINISTERIO PARA LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS

28539 *RESOLUCION de 18 de diciembre de 1987, de la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el concierto suscrito por la misma para la prestación de asistencia sanitaria durante 1988.*

De conformidad con lo previsto en el artículo 19 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, y el artículo 75 del Reglamento General de Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 843/1976, de 18 de marzo, y al amparo de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986, la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), ha concertado la prestación de servicios de asistencia sanitaria a los mutualistas titulares y beneficiarios durante 1988 con diversas Entidades de Seguro Libre del ramo de Asistencia Sanitaria.

A los efectos de poner en conocimiento de los mutualistas el alcance exacto de sus derechos y obligaciones en materia de asistencia sanitaria y la forma en que procede su prestación, parece conveniente hacer público el texto del concierto, así como la relación de Entidades que lo han suscrito.

En virtud de lo expuesto, esta Dirección General ha resuelto:

Primero.—Publicar el texto del concierto, conforme al cual MUFACE prestará la asistencia sanitaria a sus mutualistas, titulares y beneficiarios, durante 1988, con los anexos I y II del mismo, así como la relación de Entidades que han suscrito dicho concierto.

La asistencia sanitaria prestada por la Seguridad Social a los mutualistas titulares y beneficiarios que hayan elegido o elijan este sistema, se regirá por el oportuno Convenio, con arreglo a las condiciones establecidas para el Régimen General de la Seguridad Social.

Segundo.—Que durante el plazo comprendido entre el 1 y el 31 de enero de 1988, ambos inclusive, los mutualistas que lo deseen pueden solicitar el cambio de Entidad adscribiéndose a alguna de las que figuran en la relación que acompaña al concierto o al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Este plazo será el único de carácter ordinario para solicitar el cambio de Entidad, sin perjuicio de los supuestos extraordinarios previstos en la cláusula 2.6 del concierto.

Tercero.—En los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE se expondrán los cuadros médicos y sanatoriales, de la respectiva provincia, correspondiente a las Entidades concertadas, así como la red asistencial, propia o coaseguradora, a través de la cual prestarán servicio en el resto del territorio nacional. Asimismo podrá consultarse en dichos Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas de MUFACE el anexo III del concierto, «Baremo de indemnizaciones por asistencia sanitaria en el extranjero y demás supuestos previstos en el concierto», que no será objeto de publicación.

Madrid, 18 de diciembre de 1987.—El Director general, José Antonio Sánchez Velayos.

CONCIERTO PARA LA PRESTACION DE ASISTENCIA SANITARIA DURANTE 1988 A LOS MUTUALISTAS Y DEMAS BENEFICIARIOS DE LA MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

INDICE

CAPÍTULO PRIMERO. NORMAS GENERALES

- 1.1 Contenido de la prestación concertada.
- 1.2 Ambito territorial de aplicación.
- 1.3 Cuadros médico-sanatoriales.
- 1.4 Invariabilidad de los cuadros.
- 1.5 Prescripción de medicamentos.
- 1.6 Cumplimentación de partes por enfermedad.
- 1.7 Volantes de prescripción.

CAPÍTULO II. DESTINATARIOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA

- 2.1 Beneficiarios en general.
- 2.2 Mutualistas no adscritos a Entidad médica.
- 2.3 Beneficiarios de asistencia por maternidad.
- 2.4 Nacimiento del derecho de asistencia.
- 2.5 Duración de la asistencia.
- 2.6 Cambio de Entidad.

CAPÍTULO III. FORMAS Y MODALIDADES DE PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA

Sección 1.^a Formas de prestación

- 3.1 Libertad de elección.
- 3.2 Organización geográfica en los servicios de asistencia sanitaria.
- 3.3 Inexistencia de facultativos de la Entidad.
- 3.4 Especialistas ajenos al cuadro de la Entidad.

Sección 2.^a Modalidades de la asistencia

- 3.5 Asistencia sanitaria urgente.
- 3.6 Asistencia sanitaria a domicilio.
- 3.7 Asistencia en consultorio.
- 3.8 Asistencia sanitaria en régimen de internamiento.
- 3.9 Internamientos de carácter especial.
- 3.10 Especificaciones para diversas especialidades.
- 3.11 Traslado de enfermos para recibir asistencia sanitaria.
- 3.12 Asistencia en el extranjero.
- 3.13 Denegación de asistencia.

CAPÍTULO IV. COMISIONES MIXTAS.—RECLAMACIONES POR RAZÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

- 4.1 Comisiones Mixtas.
- 4.2 Comisiones Mixtas Provinciales. Composición y funcionamiento.
- 4.3 Comisión Mixta Nacional. Composición y funcionamiento.
- 4.4 Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria.
- 4.5 Procedimiento de pago en supuestos generales.
- 4.6 Procedimiento de pago en supuestos especiales.

CAPÍTULO V. RÉGIMEN ECONÓMICO, DURACIÓN Y NORMAS COMPLEMENTARIAS

- 5.1 Precio.
- 5.2 Régimen de pagos.
- 5.3 Duración.
- 5.4 Prórrogas y continuidad asistencial.
- 5.5 Lesiones por accidente de automóvil.

CAPÍTULO VI. NORMAS FINALES

- 6.1 Impuestos.
- 6.2 Comprobaciones.
- 6.3 Recursos y jurisdicción competente.
- 6.4 Anexos.

En la sede central de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), en Madrid, paseo de Jua XXIII, 26, a de diciembre de 1987.

REUNIDOS

De un parte, el ilustrísimo señor don José A. Sánchez Velayos, Director general de la Mutualidad citada, en representación de la misma y al amparo de la facultades que le asigna el artículo 10, 2, g), del Real Decreto 344/1985, de 6 de marzo.

Y de otra don , en nombre y representación de la Entidad , en su calidad de de la misma y con poderes suficientes, según consta en la copia de la escritura pública de fecha otorgada ante el Notario don de , que exhibe.

ACUERDAN

Concertar la prestación de servicios de asistencia sanitaria a los mutualistas y demás beneficiarios de MUFACE que están adscritos a la citada Entidad o se adscriban durante el año, con arreglo a las cláusulas del presente concierto, cuya naturaleza es administrativa, y que se acomoda a lo establecido en el artículo 2.º de la Orden del Ministerio para las Administraciones Públicas de 21 de octubre de 1986 («Boletín Oficial del Estado» del 23).

El concierto se establece para la presentación de servicios en todo el territorio nacional, bajo la exclusiva responsabilidad de la Entidad que concerta, sin perjuicio de que ésta pueda, a su vez, haber subconcertado la totalidad o parte de los servicios para determinadas provincias, conforme queda expresado todo ello en la documentación presentada por la Entidad, que se considera anexo del presente concierto.

CAPITULO PRIMERO

Normas generales

1.1 *Contenido de la prestación concertada.*-La Entidad se obliga en el más amplio sentido, y salvo en lo expresamente excluido, a prestar a su cargo la asistencia sanitaria tendente a conservar o restablecer la salud de todos los mutualistas y beneficiarios a ella adscritos, en los términos y con la extensión prevista en las cláusulas de este concierto, tanto por enfermedad común o profesional, como por accidente, cualquiera que sea su causa, y por embarazo, parto o puerperio.

Serán también por cuenta de la Entidad los costes de medicación en caso de internamiento sanatorial, asistencia en Centros de urgencia, hospitalización domiciliaria y a domicilio, sin perjuicio de las normas especiales expresamente contenidas en este concierto.

1.2 *Ámbito territorial de aplicación.*-La asistencia se prestará en todo el territorio nacional, tanto por los servicios propios de la Entidad concertada como por los de las Entidades coaseguradoras, sin más requisitos, a estos fines, que los señalados en la cláusula 2.1, y sin que el contenido de la asistencia pueda limitarse por razón del domicilio del mutualista. La Entidad adoptará las medidas oportunas para que las coaseguradoras, en su caso, presten la asistencia sanitaria sin ningún otro requisito formal.

1.3 Cuadros médico-sanatoriales.

1.3.1 La Entidad confeccionará los cuadros médico-sanatoriales y pondrá a disposición de los servicios de MUFACE, el día 1 de enero, el número necesario de ejemplares para distribuir a los mutualistas.

Los cuadros incluirán los datos relativos a sus Servicios de Urgencias y de Información, la lista de sus facultativos por especialidades denominadas según el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, los Centros Sanatoriales y demás información relativa a la provincia en la que el beneficiario de la asistencia tenga su domicilio. También incluirán los Servicios de Urgencia y de Información de las restantes provincias.

1.3.2 En la publicación que contenga los cuadros se harán constar igualmente las indicaciones precisas para la utilización de los servicios, que en ningún caso podrán diferir ni exceder de las previstas en este concierto. Asimismo deberán llevar una indicación especialmente dirigida a los mutualistas de MUFACE que contenga una relación de los actos que exijan autorización previa de la Entidad en los términos del concierto. Dichos actos deberán coincidir con los que figuran en el anexo I. La no inclusión de esta indicación expresamente referida a los mutualistas de MUFACE se entenderá como la no exigencia de autorización alguna, cualquiera que sea el acto asistencial de que se trate.

1.4 *Invariabilidad de los cuadros.*-La Entidad se obliga en principio a no modificar durante 1988 los cuadros asistenciales presentados. Las bajas que durante la vigencia del concierto se produzcan en los cuadros por causas de fuerza mayor serán puestas en conocimiento de MUFACE a la mayor brevedad posible. Cuando las bajas producidas redujeran el cuadro en forma tal que se incumplieran las exigencias mínimas establecidas en la Sección 1.ª del capítulo III de este concierto, la Entidad procederá a completarlo de manera inmediata, comunicando a MUFACE los facultativos o clínicas que hayan de sustituir a las bajas producidas.

En el supuesto de que la Entidad no cumpliera lo establecido en los párrafos anteriores, se obliga a asumir los gastos que se deriven de la utilización por los mutualistas y demás beneficiarios de los

servicios que presten los facultativos y las clínicas incluidos en el citado cuadro y que hubieran causado baja.

1.5 *Prescripción de medicamentos.*-Excepto los supuestos de la cláusula 1.1 y cualquier otro expresamente recogido en el presente concierto, quedan excluidos del mismo los costes de la medicación. No obstante, los facultativos de la Entidad vienen obligados a utilizar la receta oficial de MUFACE y podrán libremente prescribir las especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales, efectos y accesorios incluidos en la prestación farmacéutica del Régimen General de la Seguridad Social. Por los servicios de MUFACE se analizarán los datos correspondientes a las prescripciones y, en su caso, la Entidad adoptará las medidas que resulten oportunas como consecuencia de dichos estudios y de los que realice la propia Entidad, que se acordarán en Comisión Mixta Nacional.

MUFACE entregará bajo control los talonarios a los mutualistas para ser presentados en el acto médico.

1.6 *Cumplimentación de partes por enfermedad.*-La Entidad se obliga a que los facultativos de sus cuadros extiendan los partes de baja y confirmación por enfermedad, accidente, embarazo o parto, en el modelo oficial establecido.

La cumplimentación de los aludidos partes se considerará como un acto médico y no devengará otros honorarios que los que abone la Entidad, según sus normas, por la asistencia sanitaria prestada usualmente por el facultativo.

1.7 *Volantes de prescripción.*-La Entidad garantiza que los facultativos comprendidos en sus cuadros utilizarán necesariamente para sus prescripciones a los mutualistas los volantes de la Entidad.

CAPITULO II

Destinatarios de la asistencia sanitaria

2.1 *Beneficiarios en general.*-La asistencia sanitaria objeto del presente concierto se dispensará a todos los mutualistas y beneficiarios de MUFACE, determinados conforme a sus propias normas, que hayan quedado adscritos a la Entidad a estos efectos.

Los mutualistas y sus beneficiarios deberán acreditar dicha circunstancia para recibir la asistencia, exhibiendo el correspondiente documento de afiliación a MUFACE y, en su caso, el de beneficiario de dicha asistencia.

Además deberán entregar el oportuno cheque de asistencia que, en talonarios, será facilitado gratuitamente por la Entidad, bien directamente o a través de los Servicios de MUFACE. Los talonarios se entregarán a los mutualistas con devolución simultánea por estos, en su caso, de las matrices debidamente cumplimentadas de los anteriores talonarios utilizados.

La utilización de estos cheques se realizará exclusivamente, por su carácter de intransferible, por el mutualista al que correspondan y por los beneficiarios incluidos en el documento de beneficiario de asistencia sanitaria, debiéndose cumplimentar correctamente los datos que en los mismos figuran.

En aquellos supuestos concretos expresamente determinados en el presente concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales que en el mismo se establecen para la prestación de la asistencia sanitaria a los beneficiarios de la misma, teniendo siempre en cuenta lo previsto en el epígrafe 1.3.2.

En los casos en que por razones de urgencia en la petición de asistencia no sea posible aportar esta documentación, se presentarán en un plazo de cuarenta y ocho horas.

2.2 *Mutualistas no adscritos a Entidad médica.*-El mutualista que, habiendo adquirido la condición de funcionario haya formalizado su adscripción a una de las Entidades concertadas y, precisando asistencia sanitaria para sí o sus beneficiarios, la requiera en las oficinas de la Entidad, tendrá derecho a recibirla una vez que haga constar su condición de funcionario de Administración Civil del Estado.

La Entidad prestará la asistencia y, en el plazo de los cinco días hábiles siguientes, notificará los hechos a MUFACE para que proceda al alta del mutualista en la misma Entidad y al abono de los gastos de la asistencia prestada.

2.3 *Beneficiarios de asistencia por maternidad.*-La Entidad prestará la asistencia por maternidad a:

- A) Las mutualistas afiliadas y en alta.
- B) Las beneficiarias incluidas en el documento de beneficiarios de asistencia sanitaria de los mutualistas en alta.
- C) Las esposas de los mutualistas aun cuando no reúnan la condición de beneficiarias de la asistencia sanitaria por enfermedad o accidente común.

Las respectivas condiciones se acreditarán en la forma establecida en el epígrafe 2.1, salvo en el supuesto del apartado C) en el que, además deberá aportarse el libro de familia o cualquier otro

documento que acredite la condición de esposa del mutualista de que se trate.

2.4 *Nacimiento del derecho a la asistencia.*—Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 2.2 y en el párrafo siguiente, el derecho a obtener asistencia sanitaria de la Entidad comienza en la fecha en que el mutualista haya quedado adscrito a la misma por los Servicios de MUFACE, siempre que se cumpla lo previsto en el primer párrafo de la cláusula 5.2.2, sin que existan plazos de carencia.

A efectos de asistencia se presume en todo caso que el recién nacido está adscrito a la Entidad que atienda 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.

2.5 *Duración de la asistencia.*—La asistencia, ya sea por accidente o por enfermedad, se prestará por la Entidad en cualquiera de sus modalidades por todo el tiempo que sea necesario a juicio de los facultativos y siempre que conserve el beneficiario el derecho a percibirla. El derecho sólo se extingue en la fecha en que los Servicios de MUFACE acuerden su baja en la misma o en la Entidad.

2.6 *Cambio de Entidad.*—Los mutualistas podrán cambiar de Entidad 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 MUFACE.

B) Con carácter extraordinario:

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

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

c) Previa autorización del Director general de MUFACE, cuando concurren circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de mutualistas afectados por el mismo problema de asistencia médica.

CAPITULO III

Forma y modalidades de prestación de la asistencia

SECCIÓN 1.ª FORMAS DE PRESTACIÓN

3.1 *Libertad de elección.*—En la asistencia sanitaria que se concierne rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuren en el cuadro médico de la Entidad.

A esos efectos y salvo que en la localidad de que se trate no haya más que un facultativo o un máximo de 50 mutualistas, la Entidad hará que figure en dicho cuadro un mínimo de dos Médicos de familia por cada 200 beneficiarios por localidad o demarcación geográfica, y dos Pediatras de familia por cada 400 beneficiarios.

Por lo que se refiere a los especialistas, y de acuerdo con la distribución geográfica que se expone seguidamente, a partir de nivel comarcal, la Entidad dispondrá de un mínimo de dos facultativos por especialidad, en número proporcional al de beneficiarios, de acuerdo con los criterios utilizados por el INSALUD, excepto cuando no exista más que un especialista en la localidad o un máximo de 200 mutualistas.

3.2 *Organización geográfica en los servicios de asistencia sanitaria.*—Sin perjuicio de lo anterior, las realizaciones de la asistencia se efectuarán por áreas geográficas, teniendo en cuenta, en tanto se fija la estructura sanitaria en todo el territorio nacional, las siguientes normas:

3.2.1 Las áreas o niveles geográficos estarán constituidos por la unidad sanitaria local, la subcomarca, la comarca, el medio urbano y la región.

3.2.2 La unidad sanitaria local se constituye por conjuntos de población hasta un total aproximado de 5.000 habitantes, comprendiendo en cada localidad la asistencia general, esto es, los servicios de medicina de familia, pediatría de familia, A.T.S. o practicante y matrona.

3.2.3 La subcomarca sanitaria agrupa varias unidades sanitarias locales, con un total entre 25.000 y 30.000 habitantes, disponiendo, junto con los servicios de éstas, de los de Obstetricia y Ginecología, Estomatología, Análisis Clínicos, Electro-Radiología, Cirugía General, Anestesiología y Reanimación y Rehabilitación.

3.2.4 La comarca sanitaria incluye varias subcomarcas hasta totalizar una población de 75.000 a 100.000 habitantes y contará, además de con los anteriores, con los siguientes servicios:

a) Especialidades médicas: Cardiología, Reumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Aparato Digestivo, Hematología y Hemoterapia.

b) Especialidades quirúrgicas: Oftalmología, Traumatología y Cirugía Ortopédica y Otorrinolaringología.

3.2.5 El medio urbano sanitario lo constituyen las capitales de provincia y localidades con población aproximada a los 100.000 habitantes. Comprenderá todas las especialidades del nivel comarcal, complementadas con las siguientes:

a) Alergia, Dermatología y Venereología, Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, Neurología, Psiquiatría, Reumatología, Nefrología, Oncología, Geriatria, Aparato Digestivo, Urología, Anatomía Patológica, Radio-Diagnóstico, Radioterapia, Microbiología y Parasitología, Medicina Nuclear y Bioquímica Clínica.

b) Técnicas de diagnóstico: Audiograma, electrocardiografía y fonocardiografía, endoscopias en las diferentes especialidades, ecografía y exploración funcional en los diversos aparatos, metabolismo basal y reflexograma aquileo, radiodiagnóstico general y pediátrico (incluido Scanner), análisis clínicos (químicos, bioquímicos, biológicos y microbiológicos), exploraciones eléctricas, isótopos radiactivos, angiocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ultrasonografía Doppler, y demás técnicas de diagnóstico.

c) Medios de tratamiento: Electrología (rayos ultravioleta, rayos infrarrojos, onda corta, diatermia, microondas, ultrasonido), fisioterapia (kinestoterapia, mecanoterapia, termoterapia, hidrotterapia en centros de rehabilitación), hemoterapia, oxigenoterapia (en domicilio o en internamiento), electro-shock, rayo láser, aerosolterapia y ventiloterapia, neumotorax artificial y demás medios de tratamiento.

3.2.6 La región sanitaria permitirá un sistema completo y autosuficiente y figurará establecido en las localidades donde exista Facultad de Medicina. Además de las especialidades y técnicas consiguientes para los niveles geográficos anteriores, comprenderá las siguientes: Inmunología, Cardiología de consulta, Psiquiatría de consulta, Nefrología de consulta, Oftalmología de consulta, especialidades pediátricas, Cirugía maxilofacial, Cirugía pediátrica, Antioflogía y Cirugía vascular, Cirugía cardiovascular, Cirugía torácica, Neurocirugía, Traumatología y Cirugía ortopédica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía plástica y reparadora, Neurología clínica.

3.2.7 Centros de urgencia: La asistencia por razones de urgencia deberá realizarse en los Centros sanitarios que figuren en el cuadro de la Entidad.

A partir de los medios urbanos, la Entidad deberá disponer al menos en uno de dichos Centros de un servicio especial de urgencias de carácter permanente que, además de contar con los Médicos de guardia precisos para atender dicho servicio de urgencias, con el personal sanitario auxiliar necesario y con los quirófanos correspondientes, tendrá los siguientes dispositivos: Sala de yesos, departamento de esterilización, equipo de radiología, laboratorio para análisis clínicos y depósito de sangre, incubadora portátil, electrocardiógrafo, aparatos de medición de la presión arterial, salas de toma de oxígeno, de aspiración y de protóxido de nitrógeno, laringoscopio, instrumental para traqueotomía, incluyendo tubos endotraqueales, respirador automático, resucitador con marcapasos, instrumental para broncoscopia de urgencia (broncofibroscopio), gastroscopio, rectoscopio y depósito de farmacia con medicación para urgencia, que será a cargo de la Entidad.

Si siendo preciso, el servicio de urgencias concertado no dispusiese de una Unidad de Cuidados Intensivos y de Coronarias, el enfermo tendrá que ser trasladado a un Centro que cuente con la misma y disponga, además, del instrumental siguiente: Electroencefalógrafo, ecoencefalógrafo; aparatos de medición de la presión venosa central, equipo de oxígeno, monitor de hemodiálisis, unidad de respiración portátil o respirador universal y unidad móvil para reanimación y control cardíaco que, a su vez, contendrá pantalla osciloscópica, alarmas de pulso óptica o acústica, desfibrilador, marcapasos, registrador de todas las curvas y fenómenos visibles sobre la pantalla del monitor (derivaciones ECG, pulso periférico, ECC), fibroendoscopios, esofagofibroscopio, proctoscopio, etc.

Además la Entidad deberá contar con un servicio de urgencias para la asistencia urgente domiciliaria.

3.2.8 Como norma general, quedan incluidas en los distintos niveles todas las especialidades establecidas en el Régimen General de la Seguridad Social para los niveles asimilables a cada uno de ellos.

3.3 *Inexistencia de facultativos.*—En los casos de inexistencia de facultativos de la especialidad de que se trate, o de Centro sanitario en los distintos niveles relacionados en el punto 3.2, la asistencia sanitaria se prestará por la Entidad en el nivel geográfico inmediato superior.

3.4 *Especialistas ajenos al cuadro de la Entidad.*—La visita a especialista que no figure en los cuadros de la Entidad deberá ser

indicada por escrito, por facultativo del cuadro, exponiendo las causas médicas que lo justifiquen; el mutualista deberá comunicarlo en las oficinas de la Entidad antes de efectuar la consulta, requiriendo la oportuna autorización que la Entidad concederá o denegará por escrito en el mismo día o antes de que concluya el segundo día hábil siguiente, expresando en caso de denegación el facultativo al que podrá acudir el mutualista. Transcurrido dicho plazo sin contestación escrita, se presumirá concedida la autorización a todos los efectos.

SECCIÓN 2.ª MODALIDADES DE LA ASISTENCIA

3.5 Asistencia sanitaria urgente.

3.5.1 Domiciliaria: El beneficiario de la asistencia que la precise con carácter urgente, la recabará del servicio de urgencias que figure en el cuadro médico-sanatorial de la Entidad.

Recibida una petición de asistencia, el mismo servicio de urgencias dispondrá lo preciso para que sea prestada por el facultativo y con los medios idóneos en cada caso, gestionando incluso, si procediese, el traslado del enfermo e ingreso en Centro adecuado.

3.5.2 En Centros de urgencias del cuadro: El beneficiario podrá acudir directamente a los Centros de urgencias del cuadro para recibir asistencia sanitaria:

a) En los casos de precisar asistencia no urgente de carácter ambulatorio, en los términos en que se expresa el epígrafe 3.7.2.

b) En los casos de precisar asistencia urgente. Si de la asistencia prestada inicialmente se dedujese la necesidad de internamiento, el Centro de urgencias gestionará el adecuado, así como la intervención o tratamiento preciso dentro de los cuadros de la Entidad. Si el Centro de urgencias prescribiese el internamiento en Centro ajeno o la intervención de facultativo ajeno, la Entidad asumirá el total de los gastos, correspondiendo al propio Centro de urgencias hacer la notificación inmediata a la Entidad.

3.5.3 En Centros no de urgencias del cuadro: El beneficiario podrá acudir a estos Centros únicamente para internamiento, por prescripción de facultativo del cuadro, para una asistencia inmediata y urgente por el mismo facultativo que haya ordenado el ingreso. El propio Centro dará cuenta inmediata a la Entidad acompañando el documento de prescripción del facultativo.

3.5.4 Asistencia por urgencia vital.

3.5.4.1 Se considera urgencia vital toda situación patológica que presuntamente ponga en peligro inmediato la vida del paciente o su integridad física o fisiológica, requiriendo una acción terapéutica de comienzo inmediato. La calificación de urgencia vital se establecerá ponderando las circunstancias de la asistencia, los informes médicos y los tratamientos y evolución seguidos hasta la resolución de la situación urgente que motivó el internamiento.

En todo caso se considerará urgencia vital el accidente con lesiones graves o la pérdida de consciencia cuando en uno u otro supuesto concurren las circunstancias de haberse producido fuera del domicilio, y de que el internamiento del beneficiario se realice por persona ajena a la familia, cualquiera que fuera el posterior diagnóstico.

No obsta para la calificación de urgencia vital la intervención previa al internamiento de un facultativo ajeno al cuadro de la Entidad siempre que se haya limitado su actuación a prestar los primeros auxilios.

En el anexo II se incluye, a título indicativo y no exhaustivo, situaciones que pueden calificarse como de urgencia vital.

3.5.4.2 En los casos de urgencia vital el beneficiario podrá acudir directamente a Centros propios sean o no de urgencias y a Centros ajenos a los establecidos por la Entidad en sus cuadros, a cuyos efectos se tendrá en cuenta:

A) Si el ingreso por urgencia vital fuera en Centro que figure en los cuadros de la Entidad a la que el beneficiario se hallare adscrito corresponderá al citado Centro notificar inmediatamente el ingreso a la Entidad, corriendo esta con la totalidad de los gastos producidos. Además el mutualista o sus familiares procurarán comunicar el ingreso a la Entidad, telefónicamente o por escrito.

B) Si el ingreso por esta causa lo fuera en Centro ajeno a los consignados en los cuadros de la Entidad, el interesado o cualquier persona en su nombre dará cuenta a la Entidad, por cualquier medio que permita dejar constancia de ello, en el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso, para poder tener derecho, en su caso, al reintegro de la totalidad de los gastos. Una vez comprobado el hecho y sus circunstancias, la Entidad comunicará por escrito al interesado si se hace cargo del pago al Centro de la asistencia prestada; en caso negativo, el interesado abonará los gastos y podrá plantearse la cuestión del reintegro ante el correspondiente Servicio de MUFACE.

La comunicación a la Entidad pasado el plazo de los diez días hábiles siguientes al ingreso dará derecho, en su caso, al reintegro

de los gastos según el baremo del anexo III, siempre que se efectúe dentro de los cinco años siguientes a la fecha del mismo.

El estado clínico de inconsciencia del interesado en el momento de su ingreso, si además no contase con familiares allegados, interrumpirá el cómputo de los planes.

3.5.4.3 A los efectos de la presente cláusula, la situación de urgencia vital perdura hasta el alta médica del enfermo, salvo que la Entidad traslade al mismo a uno de sus Centros asistenciales, una vez que su estado físico lo permita y previo acuerdo de los Médicos de la Entidad con el Facultativo que le estuviere prestando la asistencia.

3.5.4.4 Solicitado el reintegro de gastos, el Servicio Provincial de MUFACE realizará las gestiones urgentes necesarias para que la Entidad reintegre los gastos reclamados y, si esta gestión no prosperara, se instruirá el expediente a que se refiere el artículo 90.3 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, al objeto de comprobar si resulta procedente dicho reintegro por haberse cumplido por el mutualista las obligaciones que le conciernen según la presente cláusula.

En el supuesto de probarse el conocimiento de la Entidad y no haber realizado ésta actuación alguna se presumirá la aceptación del reintegro total o según baremo por la Entidad.

3.6 Asistencia sanitaria a domicilio.—La asistencia médica se prestará a domicilio por el Médico o Pediatra de familia cuando el beneficiario de la asistencia no pueda, a causa de su enfermedad, acudir a la consulta del Facultativo.

Para la visita a domicilio de cualquier especialista del cuadro será necesaria la petición escrita del Facultativo que la solicite.

3.7 Asistencia en consultorio.

3.7.1 La asistencia en consultorio se prestará a los beneficiarios de la asistencia en el lugar de consulta de los Facultativos y en los Centros que figuren en el cuadro médico-sanatorial de la Entidad y con sujeción a las formas de realización previstas en la Sección 1.ª del presente capítulo.

3.7.2 La Entidad viene obligada a disponer en los medios urbanos, según se definen éstos en la cláusula 3.2.5, de un servicio permanente de asistencia ambulatoria en consultorio atendido por un Facultativo de Medicina General y servicio de ATS y curas ambulatorias, al que el beneficiario de la asistencia podrá acudir fuera de los días y horas en que funcionan los servicios normales.

La Entidad podrá prestar este servicio en los Centros de urgencia del cuadro.

3.8 Asistencia sanitaria en régimen de internamiento.

3.8.1 La asistencia en internamiento se prestará en los Centros sanatoriales que figuren en el cuadro médico-sanatorial de la Entidad y se facilitará siempre que resulte necesario.

3.8.2 El importe de los gastos causados por los internamientos, ya sean por la estancia, ya por honorarios profesionales, medios y procedimientos instrumentales y farmacológicos y demás elementos necesarios para el diagnóstico y curación del enfermo, serán por cuenta de la Entidad.

3.8.3 Los internamientos se efectuarán en habitación individual con servicio de baño y cama de acompañante, debiendo proporcionarse de superior nivel por la Entidad cuando no hubiese disponible del tipo señalado.

En ningún caso podrán excluirse habitaciones que, sin disponer de más servicios de los citados, tengan en el Centro, por razones de régimen interior, una superior calificación.

La permanencia en régimen de hospitalización dependerá de si, según criterio médico, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia.

En ningún supuesto se aceptarán como motivo de permanencia problemas de tipo social.

3.8.4 Los internamientos serán prescritos por Médico de la Entidad con indicación del Centro de ingreso de entre los que figuran en el cuadro de la misma. La prescripción habrá de ser presentada en las Oficinas de la Entidad para la oportuna autorización, previamente a efectuarse el ingreso. No se precisarán prórrogas de ingreso, excepto en los supuestos de internamientos de carácter médico que se renovarán por la Entidad cada diez días a solicitud del mutualista, quien deberá aportar informe del facultativo. El Centro comunicará a la Entidad el hecho de haberse producido el alta hospitalaria.

3.8.5 Cuando disponiendo la Entidad de facultativos en sus Cuadros, el ingreso en Centro sanitario concertado por la Entidad sea indicado por médico ajeno a la Entidad, sin mediar urgencia, se deberá solicitar la previa autorización de ésta, que la concederá, si se aprecian causas objetivas, por un periodo de tiempo determinado, transcurrido el cual el mutualista deberá solicitar nueva autorización para prolongar la estancia, que le será concedida por la Entidad si existen causas médicas que lo justifiquen. Se considerarán en todo caso causas objetivas que justifican la petición, entre

otras, las siguientes: Que la asistencia se preste por un familiar médico, el tratarse de un facultativo de notorio prestigio y la continuidad asistencial en procesos patológicos graves.

En los supuestos contemplados en esta cláusula los honorarios de los facultativos correrán por cuenta del mutualista.

3.8.6 Cuando el facultativo de la Entidad prescriba el internamiento en Centro ajeno, expondrá las causas médicas que lo justifiquen en el mismo volante de prescripción de ingreso que entregará al paciente y que el mutualista presentará en las oficinas de la Entidad. Esta emitirá por escrito su conformidad o denegación en el mismo día o antes de que concluya el segundo día hábil siguiente expresando en caso de denegación la solución alternativa, que deberá ser individualizada tanto en lo que se refiere al o los facultativos como al o los Centros ofrecidos. Transcurrido dicho plazo sin contestación escrita, se presumirá concedida la autorización a todos los efectos.

3.8.7 El régimen de internamiento sanatorial del enfermo se cubre en los casos y bajo las condiciones señaladas y las que a continuación se especifican.

3.8.7.1 Hospitalización por enfermedad: Procede cuando la naturaleza, tratamiento o diagnóstico de la enfermedad lo exija, y hasta que se produzca el alta hospitalaria a determinar por el médico del Cuadro.

Los internamientos por enfermedades infecto-contagiosas deben ser efectuados en los Centros y condiciones establecidas por la legislación vigente. La permanencia dependerá exclusivamente del criterio médico.

3.8.7.2 Hospitalización por maternidad: La embarazada tendrá derecho a la atención de todas las contingencias del embarazo, aborto espontáneo y terapéutico, parto y puerperio. La asistencia correrá íntegramente a cargo de la Entidad, cualesquiera que sean las técnicas utilizadas, salvo lo previsto en el último párrafo de esta cláusula.

Se prestará siempre al recién nacido, que lo requiera, asistencia neonatal a cargo del Pediatra.

La asistencia al recién nacido patológico incluye servicio de incubadora y, en su caso, el traslado del recién nacido al Centro donde exista, por cuenta de la Entidad.

La Entidad no tendrá que abonar el importe de la vacuna «anti D», cuando proceda su administración, aunque la prescripción del médico concertado habrá de extenderse en receta oficial.

3.8.7.3 Hospitalización por asistencia quirúrgica: Comprende el internamiento en cualesquiera de sus modalidades y en los Centros de la Entidad, salvo que el facultativo del Cuadro prescriba el ingreso en Centro no concertado y demás supuestos excepcionales, en que registró lo establecido en el punto 3.8.6, y en las demás normas del presente Concerto.

La asistencia médico-quirúrgica se prestará según los grupos y especialidades reseñados en el punto 3.2 anterior, relativo a la distribución por grupos de población, áreas y niveles geográficos.

3.8.7.4 Hospitalización por asistencia pediátrica: Se prestará a los niños menores de siete años, o a los de mayor edad que legalmente se determine, en todos aquellos casos en los que el diagnóstico y tratamiento exija una especial atención y una mayor garantía de eficacia que si se realizara en el domicilio del enfermo.

Cuando las características de la enfermedad exijan la compañía de una persona adulta o cuando por otras razones lo aconseje el Pediatra, la madre o la persona que acompañe al niño tendrá derecho a cama y pensión de acompañante.

Cuando siendo la compañía necesaria, el acompañante residiera en localidad distinta a la del Centro sanitario, la Entidad se obliga a pagar una cantidad compensatoria de 3.000 pesetas por día, si las características de las unidades de enfermería del Centro sanitario no permitieran su internamiento.

3.8.7.5 Hospitalización domiciliaria: El enfermo sometido a tratamiento en régimen de internamiento en clínica podrá continuar dicha asistencia en régimen de «hospitalización domiciliaria», si su estado clínico lo permite. La indicación deberá formularla por escrito el médico de la Entidad que le venga asistiendo, en el volante o documento adecuado. Dicho documento será presentado en las oficinas de la Entidad, a fin de que ésta asigne el equipo sanitario que habrá de hacerse cargo de la asistencia.

En todos los casos de hospitalización domiciliaria, la Entidad viene obligada a facilitar los medios materiales y humanos adecuados, siendo a su cargo también la medicación hasta que se produzca el alta médica, el pase a la situación de asistencia ordinaria a domicilio o el reintegro en clínica.

El cese en la situación de hospitalización domiciliaria será establecido por el médico que tenga a su cargo dicha hospitalización; en el supuesto de determinarse el reintegro en clínica, la orden de ingreso habrá de ser autorizada por la Entidad.

3.9 Internamientos de carácter especial.—Se considera así los de aquellos enfermos que precisen acudir periódicamente a un Centro, especial o no, para recibir tratamiento bajo control médico

y los que precisen la hospitalización en Centros especiales de acuerdo con lo que a continuación se especifica.

3.9.1 Tratamientos de diálisis peritoneales y hemodiálisis: Se prestará tanto en las insuficiencias renales agudas como en las crónicas, cuando existan las instalaciones adecuadas en el lugar de residencia del enfermo, o, en su defecto, en la localidad más próxima.

Cuando, por indicación del médico, la hemodiálisis pueda ser realizada en domicilio por permitirlo las condiciones de éste, siempre que se pueda disponer en la localidad de los medios técnicos apropiados, la Entidad vendrá obligada a abonar los gastos que por todos los conceptos ocasionen, incluyendo, en su caso, el alquiler del aparato.

3.9.2 Tratamientos de poliquimioterapia y análogos: Se entenderán por éstos los ingresos sanatoriales que se originen en enfermos ambulatorios motivados únicamente para la aplicación del tratamiento durante un periodo de tiempo no superior a veinticuatro horas.

En este supuesto, la Entidad aseguradora correrá con todos los gastos sanatoriales y de atención médica que se originen.

El mutualista aportará la medicación necesaria adquirida en las Oficinas de Farmacia prescrita en receta oficial por el facultativo del Cuadro que le viniera atendiendo. Aquellos productos farmacéuticos que siendo de uso únicamente hospitalario no se dispensen en Farmacias, serán facturados directamente al mutualista, quien podrá solicitar el reintegro que corresponda de MUFACE.

3.9.3 Tratamientos de rehabilitación y recuperación funcional: Sólo procederá cuando los enfermos no puedan ser atendidos en forma ambulatoria, determinando el ingreso el médico rehabilitador correspondiente del Cuadro médico-sanatorial de la Entidad. La permanencia en régimen de internamiento dependerá exclusivamente del criterio del médico concertado que prescribió el ingreso, que elevará periódicamente a la Entidad el oportuno informe sobre la evolución del paciente y la necesidad de continuar el internamiento.

Queda excluida de esta prestación la rehabilitación que se realice simultáneamente a los tratamientos médicos o quirúrgicos, por estar comprendida en los mismos.

3.9.4 Hospitalización de enfermos mentales: La Entidad viene obligada a hacerse cargo de los internamientos de enfermos afectados de procesos agudos o crónicos agudizados, debiendo abonar los gastos correspondientes a un mes, como máximo, por cada año natural, mes que será el primero de los que el titular o el beneficiario de que se trate se encuentre internado durante cada año. El año se contará desde la fecha de entrada en vigor del Concerto.

En los casos de enfermedad mental derivada de accidente de servicio o enfermedad profesional, la Entidad correrá con el importe total de los gastos de internamiento, tanto en procesos agudos como crónicos y sin limitación temporal alguna.

Si el internamiento se hubiera realizado en Centro no concertado, la Entidad abonará el importe establecido en el baremo que figura como anexo III.

3.9.5 Hospitalización de enfermos tuberculosos: Procederá cuando se encuentren en fase de contagio o requieran tratamiento quirúrgico, prolongándose la duración del tratamiento hasta que la baciloscopia resulte negativa.

3.9.6 Hospitalización de enfermos infecto-contagiosos: En este supuesto, la Entidad se atenderá a lo dispuesto por el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas.

3.10 Especificaciones para diversas especialidades.

3.10.1 Ginecología: En los casos de esterilidad, la Entidad viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico, el cual se extenderá, cuando proceda, a la pareja. No obstante, el tratamiento de la causa de la esterilidad alcanzará sólo al cónyuge que sea beneficiario de la prestación de asistencia sanitaria.

3.10.2 Asistencia por maternidad:

A) La asistencia por maternidad a las beneficiarias con derecho a ello conforme a lo señalado en la cláusula 2.3, estará a cargo de tocólogo y matrona en las poblaciones donde exista dicho especialista, y de médico de familia en aquellas en que no exista; la asistencia comprenderá, además del reconocimiento y la atención médica durante el embarazo, la asistencia del facultativo al parto, el empleo de la técnica adecuada en el mismo, cualquiera que sea la asistencia al puerperio e incidencias patológicas y la hospitalización en los términos del punto 3.8.7.2, teniendo en cuenta en todo caso lo establecido en el párrafo segundo del punto 2.4. Si la práctica de ligadura de trompas prevista en el epígrafe 3.10.12, C), se decidiera en el mismo momento del parto sin haberse indicado en el volante de ingreso, los gastos causados por este concepto serán también a cargo de la Entidad.

B) Alcanza igualmente la cobertura del presente Concierto al aborto espontáneo, así como al aborto terapéutico en los términos establecidos por la legislación vigente.

3.10.3 Pequeña cirugía y curas posquirúrgicas: Todos los gastos causados por estos conceptos, incluida la medicación en el acto de la cura, serán a cargo de la Entidad.

3.10.4 Estomatología: Comprende toda clase de extracciones, la limpieza de boca una vez por año o siempre que lo considere oportuno el Odontólogo, y la periodoncia, quedando excluidos los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentarias y la endodoncia.

Cuando mediara accidente de servicio o enfermedad profesional, no se excluye ninguna actuación y se incluye la colocación de las prótesis dentarias necesarias, que serán a cargo de la Entidad.

3.10.5 Anestesia-reanimación: Comprenderá cualquier tipo de anestesia y la preanestesia, y habrá de ser realizada por médico especialista, abarcando el suministro de todos los fármacos y la utilización de los medios y procedimientos terapéuticos, instrumentales o farmacológicos necesarios para practicar la reanimación del enfermo.

3.10.6 Cirugía plástica y reparadora: Queda excluida la cirugía plástica puramente estética, excepto cuando medien procesos patológicos que alteren la normalidad fisiológica o psicológica del paciente, circunstancia que habrá de ser apreciada previamente por la Comisión Mixta.

En los supuestos de accidente de servicio o enfermedad profesional se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía estética 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.

3.10.7 Trasplantes: Quedan incluidos en la cobertura por la Entidad los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos, no será obligación de la Entidad la gestión para la obtención del órgano a trasplantar.

Si la obtención del órgano fuera simultánea al trasplante y el donante fuese mutualista o beneficiario, las Entidades asumirán los costes de la intervención para la obtención. Si el donante no tuviese la aludida condición, la Entidad asumirá los costes, facturándolos a MUFACE, salvo que aquél tuviera cubierta esta contingencia.

3.10.8 Prótesis: Serán a cargo de MUFACE, excepto los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis, que serán siempre por cuenta de la Entidad. La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, correrán igualmente a cargo de la Entidad.

3.10.9 Rehabilitación y recuperación funcional: Se aplicarán los distintos medios de la medicina física y rehabilitadora para restablecer el estado funcional que poseía el paciente antes del proceso patológico, cualquiera que haya sido su causa, o para disminuir los deterioros y evitar las secuelas del mismo.

También se aplicará a aquellos pacientes con procesos congénitos o adquiridos que requieran fisioterapia y tratamiento ocupacional, enseñando al paciente o a sus familiares a llevar a cabo tareas nuevas y renovadoras.

Para cada enfermo y según evolución del proceso, el médico rehabilitador del Cuadro de la Entidad confeccionará los planes necesarios, valorando el estado funcional del paciente e indicando el pronóstico del mismo, el programa de ejercicios, su número y el tiempo calculado para llevar a cabo cada plan. El mutualista deberá solicitar en las oficinas de la Entidad el visado del plan establecido, que en ningún caso podrá ser alterado ni reducido en su número por los servicios de la Entidad, la que tampoco podrá establecer controles adicionales sobre el enfermo.

La obligación de prestar asistencia por cuenta 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, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional, excepto en los supuestos de reagudización del proceso, en cuyo caso la Entidad reanudará la asistencia en los mismos términos señalados en el párrafo anterior.

Se excluyen de esta asistencia los procesos que precisen de terapia educativa, como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afectación psíquica.

3.10.10 Tratamiento o técnicas para enfermos mentales: No se encuentran incluidos en la asistencia los psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia en sesiones individuales o de grupo, narcolepsia ambulatoria y tests psicológicos.

3.10.11 Medicina preventiva: Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto el diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de las enfermedades coronarias de mutualistas y beneficiarios. Se realizará una vez al año, previa petición del interesado a la Entidad.

3.10.12 Planificación familiar: Quedan incluidos en la cobertura del presente Concierto los siguientes métodos, de acuerdo con la regulación de los mismos en la legislación vigente:

A) Tratamientos con anticonceptivos y las revisiones ginecológicas necesarias para la mujer.

B) Implantes de dispositivos intrauterinos (DIU) y tratamiento de sus posibles complicaciones, no siendo dichos dispositivos (DIU) a cargo de la Entidad.

C) Ligadura de trompas y vasectomía.

3.10.13 Tratamiento de litofragmentación: Serán a cargo de la Entidad los procedimientos que permitan la resolución de los cálculos de riñón y uréter; litotricia extracorpórea por ondas de choque y nefrolitotomía percutánea por litotricia ultrasónica o electrohidráulica. El tratamiento deberá ser prescrito por especialista del Cuadro y autorizado previamente por escrito en las oficinas de la Entidad. La autorización sólo podrá ser denegada, también por escrito, por razones médicas que desaconsejen el tratamiento.

3.10.14 Técnicas quirúrgicas y tratamientos especiales: El uso de técnicas quirúrgicas especializadas y de tratamientos especiales deberán ser prescritos por el especialista del Cuadro, por escrito, y, cuando figuren en el anexo I del presente Concierto ser autorizadas previamente en las oficinas de la Entidad, también por escrito. Las visitas a consultores de nivel regional deberán ser prescritas, asimismo, por especialista del Cuadro y autorizadas, en todo caso, por la Entidad.

3.10.15 Medios de diagnóstico: Quedan cubiertos por este Concierto todos los medios de diagnóstico, debiendo su utilización ser prescrita por facultativo de la Entidad y sin que su realización precise la autorización previa de la misma, salvo en los casos previstos en el anexo I. Todos los elementos necesarios para la realización de las pruebas serán por cuenta de la Entidad.

3.11 *Traslado para recibir asistencia sanitaria.*—Además de las previsiones establecidas en otras cláusulas, serán por cuenta de la Entidad los desplazamientos o traslados de enfermos en los siguientes supuestos:

A) Cuando por razones de urgencia o por concurrir especiales circunstancias de carácter médico, deban desplazarse desde su residencia habitual para su internamiento en Centro concertado o para recibir tratamientos especiales, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otros contemplados en este Concierto. En todos estos casos será necesaria la prescripción escrita del facultativo de la Entidad en la que conste la necesidad del traslado en medios especiales, entre los que no se consideran incluidos los medios de transporte público colectivo. El trayecto de regreso correrá asimismo por cuenta de la Entidad de continuar dándose las mismas circunstancias.

B) Cuando el enfermo acuda a facultativo o Centro radicado en localidad distinta a la de su residencia habitual, en el caso de que la Entidad hubiera formulado al titular esta oferta alternativa por no figurar en los cuadros de ésta, facultativos o Centros de los que debería disponer en el nivel geográfico de que se trate conforme a lo estipulado en la cláusula 3.2 y siempre que no concurra la circunstancia prevista en la cláusula 3.3. La obligación comprende tanto el trayecto de ida como el de regreso.

C) Cuando, conforme a las condiciones previstas en este Concierto, la Entidad traslade al enfermo desde el Centro en el que hubiera sido internado en caso de urgencia vital a Centro incluido en los cuadros propios, o desde el Centro propio en el que estuviera ingresado el paciente a Centro ajeno, si por carecer aquél de los medios adecuados o ser insuficientes los facultativos de la Entidad, o cualquier facultativo del Centro, si mediara urgencia, así lo hubieran dispuesto.

3.12 *Asistencia en el extranjero.*

3.12.1 Los gastos de la asistencia sanitaria que hubieran tenido por causa una urgencia vital o una enfermedad aguda o crónica agudizada fuera del territorio nacional con ocasión del desplazamiento del mutualista o beneficiario serán sufragados por la Entidad en la siguiente cuantía:

A) Los correspondientes a asistencia médica, internamientos quirúrgicos, hospitalizaciones no quirúrgicas y cualquier otro servicio de estancia y tratamiento en Centro sanitario, en la cuantía que resulte de aplicar el baremo que figura como anexo III.

B) El coste total de los medicamentos aplicados en régimen de internamiento hospitalario.

3.12.2 Los gastos de asistencia sanitaria en los supuestos señalados en el epígrafe anterior serán abonados por el mutualista o beneficiario de que se trate, el cual deberá solicitar su reintegro en el correspondiente Servicio de MUFACE, conforme a las normas que ésta establezca a estos efectos. El reintegro de los gastos, en la cuantía que proceda, se realizará en la siguiente forma:

A) En el supuesto de que el desplazamiento del mutualista al extranjero fuera en virtud de una Comisión de Servicio conferida en

virtud del Real Decreto 1344/1984, de 4 de julio, o al amparo del artículo 41.1, d), de la Ley articulada de Funcionarios Civiles del Estado, o aun siendo de carácter privado -en este caso, tanto el mutualista como sus beneficiarios- la asistencia obedeciera a un supuesto de urgencia vital, MUFACE reintegrará directamente al mutualista la totalidad de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria recibida, deduciendo el importe que corresponda sufragar a la Entidad, conforme a lo previsto en el epígrafe 3.12.1, de la siguiente certificación mensual de las cuotas que deba abonar a la Entidad.

B) En el supuesto de que el desplazamiento del mutualista o del beneficiario de que se trate tuviera carácter privado y la asistencia no hubiera obedecido a un supuesto de urgencia vital, el Servicio Provincial MUFACE incluirá la reclamación de los gastos que corresponda sufragar a la Entidad en la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial, procediéndose en la forma prevista en las cláusulas 4.4 y 4.5 de este Concierto.

3.13 *Denegación de asistencia.*-Se considera denegación de asistencia:

A) La no inclusión en los cuadros de facultativos o Centros que deban figurar en aquéllos según la cláusula 3.2. En este supuesto, los mutualistas podrán acudir a los facultativos ajenos que existan en el mismo nivel, abonando las facturas y reclamando el reintegro de los gastos, que será abonado íntegramente por la Entidad.

B) El no formular oferta alternativa en los casos en que un facultativo de la Entidad exprese, en los términos de las cláusulas 3.4 y 3.8.6 la necesidad de acudir a facultativo o Centro ajeno al cuadro. En este supuesto, los gastos serán abonados por el mutualista y reintegrados totalmente por la Entidad.

C) Los casos en que se hubiera producido demora no justificable en la prestación de la asistencia solicitada. Deben ser comunicados a la Entidad en el plazo de los quince días hábiles siguientes a aquel en que se reciba o se comience a recibir la asistencia, en cuyo caso la Entidad viene obligada al reintegro total de los gastos.

Si la comunicación se efectuase en el plazo de los treinta días hábiles siguientes a los quince primeros, el reintegro de gastos se efectuará según el baremo del anexo III.

D) La carencia o insuficiencia de medios adecuados en el Centro de la Entidad en el que estuviera ingresado el paciente o al que acuda para recibir asistencia sanitaria. En estos supuestos, la Entidad vendrá obligada a cubrir los gastos que se originen por la asistencia, si los facultativos de su cuadro hubieran remitido al enfermo a otro Centro no concertado. Si concurriera además la concurrencia de urgencia, cualquier facultativo del Centro concertado podrá remitir al enfermo a Centro ajeno, asumiendo la Entidad los gastos originados.

CAPITULO IV

Comisiones Mixtas.-Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria

4.1 Comisiones Mixtas.

4.1.1 Las Comisiones Mixtas son órganos de carácter paritario que tienen por cometido el estudio e informe de todas las cuestiones que puedan suscitarse en las relaciones entre la Entidad y MUFACE, en materia de asistencia sanitaria y en la interpretación y aplicación del presente Concierto. Asimismo corresponde a las Comisiones Mixtas informar sobre las reclamaciones que pudieran formularse por los mutualistas en materia de asistencia sanitaria.

4.1.2 Las actuaciones de las Comisiones Mixtas tendrán lugar sin perjuicio de las diversas acciones legales y de los distintos procedimientos que pudieran corresponder a las partes.

En lo no previsto en las cláusulas siguientes se aplicará subsidiariamente las normas de la ley de Procedimiento Administrativo sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

4.1.3 Las funciones de las Comisiones Mixtas señaladas en el epígrafe 4.1.1, se desempeñarán cuando las cuestiones planteadas tengan ámbito provincial por las Comisiones Mixtas Provinciales y por la Comisión Mixta Nacional cuando las cuestiones afecten a todo el territorio nacional.

4.2 Comisiones Mixtas Provinciales. Composición y funcionamiento.

4.2.1 Las Comisiones Mixtas Provinciales estarán compuestas por parte de MUFACE, por el Director del Servicio Provincial, que las presidirá, y por un funcionario de dicho Servicio, 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 del Servicio Provincial.

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

A) La Comisión celebrará reunión, con carácter ordinario, dentro de los diez primeros días de cada mes y con carácter extraordinario a petición de las partes integrantes formulada por escrito.

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 tres sesiones consecutivas, se entenderá que aquella acepta las reclamaciones y acuerdos que adopte MUFACE en relación con los asuntos que debieren haberse examinado en la tercera incomparecencia y en las sucesivas sesiones en las que no comparezca.

D) De cada sesión se levantará acta por el Secretario, cuyo proyecto se enviará a la Entidad para su conocimiento y conformidad, entendiéndose aprobada provisionalmente a partir de la recepción de la misma por los Servicios de MUFACE, debidamente firmada por la Entidad, y definitivamente al término de la reunión siguiente, sin necesidad de acuerdo expreso, siempre que la Entidad no hubiera planteado objeciones a la misma. La aprobación definitiva del acta no es requisito indispensable para que la Entidad cumpla los acuerdos adoptados, sin perjuicio de lo previsto en el epígrafe 4.4.3.

E) El Secretario de la Comisión remitirá un ejemplar del acta, debidamente firmada por los representantes de MUFACE y de la Entidad al Departamento de prestaciones Básicas y a la Entidad. Efectuará asimismo los traslados y notificaciones correspondientes, cuidando del archivo de toda la documentación.

4.3 Comisión Mixta Nacional. Composición y funcionamiento.

4.3.1 La Comisión Mixta Nacional estará compuesta por tres representantes de MUFACE y tres de la Entidad y por el Presidente, que será el Director del departamento de Prestaciones Básicas o el funcionario en quien delegue. Como Secretario actuará un funcionario de MUFACE, con voz pero sin voto.

4.3.2 El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas en el epígrafe 4.2.2, para las Comisiones Provinciales, excepto las contenidas en el apartado B).

4.4 Reclamaciones por razón de asistencia sanitaria.

4.4.1 Los mutualistas podrán formular reclamaciones ante MUFACE sobre la prestación de la asistencia sanitaria prevista en el concierto, sin perjuicio de poder plantear previamente su reclamación ante la propia Entidad a la que figuren adscritos.

La reclamación ante MUFACE se formalizará mediante escrito del interesado, al que deberá acompañar cuantos documentos puedan justificar su petición. El escrito se dirigirá al Servicio Provincial correspondiente.

4.4.2 El Servicio Provincial formalizará el oportuno expediente y lo incluirá en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial y estudiado el mismo:

A) Si se obtuviese acuerdo, éste podrá consistir en:

a) Emitir informe conteniendo la aceptación por la Entidad del abono total de los gastos reclamados.

b) Emitir informe conteniendo la aceptación por la Entidad de parte de dichos gastos.

c) Emitir informe sobre la desestimación de los gastos.

B) Si no se obtuviese acuerdo, se harán constar ambas posiciones y el expediente se someterá a estudio de la Comisión Mixta Nacional.

4.4.3 En todos los supuestos en que haya existido acuerdo en el seno de la Comisión Mixta Provincial, emitiéndose informe estimatorio total o parcial o desestimatorio, la reclamación será resuelta por el Director del Servicio Provincial correspondiente, de conformidad con el informe.

4.4.4 En el caso de que por no haber existido acuerdo en la Comisión Mixta Provincial se hubiera elevado el expediente para estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, si éste estuviese completo, será incluido en el orden del día de la primera reunión que ésta celebre, resolviendo el Director general de MUFACE.

4.4.5 Las resoluciones dictadas por los Directores de los Servicios Provinciales y por el Director general de MUFACE, deberán cumplir los requisitos establecidos en la Ley de Procedimiento Administrativo y serán notificados a la Entidad y a los interesados en la forma establecida en dicha Ley, debiendo indicar la posibilidad que tienen de recurrir en alzada ante el Ministro para las Administraciones Públicas, de acuerdo con lo previsto en los

artículos 44 de la Ley 29/1975, de 27 de junio, y 215 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo.

4.5 Procedimiento de pago en supuestos generales.

4.5.1 En las reclamaciones resueltas por los Directores de los Servicios Provinciales, por haber recaído informe estimatorio total o parcial en la Comisión Mixta Provincial correspondiente, el procedimiento de pago será el siguiente:

A) Si el informe emitido fuera de estimación total o parcial de los gastos reclamados, durante el desarrollo mismo de cada sesión se procederá a cumplimentar por triplicado un documento firmado por ambas partes (representantes de MUFACE y de la Entidad) que servirá de orden de pago y será remitido al reclamante acto seguido de cada reunión, para que pueda realizar el cobro en la Entidad, la cual comunicará al Servicio Provincial de MUFACE haberlo realizado.

B) En el plazo de un mes a partir de la fecha del documento mencionado en el apartado anterior, la Entidad deberá comunicar al Servicio Provincial de MUFACE:

- Que ha realizado el abono, o
- Que no se ha efectuado el pago por no haberse presentado el mutualista interesado o por no haber sido aceptado por éste.

Si no hubiese recibido esta comunicación dentro del plazo indicado o si, dentro del año siguiente a la fecha del mismo documento, MUFACE tuviese conocimiento de que se hubiera negado el pago al mutualista, bajo cualquier motivo, el Director del Servicio Provincial, sin más trámites y siempre que existiese concierto en vigor, expedirá certificación del acuerdo adoptado y de los hechos posteriores, y la remitirá al Departamento Financiero de MUFACE. Este, igualmente sin más requisitos, propondrá el oportuno acuerdo al Director general y deducirá de la inmediata mensualidad que haya de abonarse a la Entidad, y pagará directamente al mutualista por cuenta de la misma la cantidad incluida en la certificación, con un incremento del 20 por 100 en concepto de penalización a la Entidad y de recíproca compensación al mutualista por la demora en el reintegro.

4.5.2 En el supuesto de reclamaciones resueltas por el Director general de MUFACE, previo estudio e informe de la Comisión Mixta Nacional, hubiérase o no llegado a un acuerdo entre las partes sobre la reclamación examinada, si la resolución fuera total o parcialmente estimatoria, el abono de la cantidad que en cada caso corresponda será realizado directamente por MUFACE al interesado, deduciendo el importe de las cuotas mensuales a abonar a la Entidad y facilitando a ésta el documento que acredite haber realizado el pago por su cuenta.

4.6 Procedimiento de pago en supuestos especiales.—La ejecución de resoluciones administrativas o de sentencias que resuelvan recursos interpuestos contra actos adoptados por MUFACE en las materias objeto del presente concierto serán ejecutadas, en su caso, por MUFACE conforme al procedimiento establecido en la cláusula 4.5.2.

CAPITULO V

Régimen económico, duración y normas complementarias

5.1 Precio.—La cantidad a satisfacer por MUFACE a la Entidad como contraprestación por los servicios cubiertos por este concierto se fija en 18.480 pesetas anuales por persona, equivalentes a 1.540 pesetas mensuales por persona.

5.2 Régimen de pagos.

5.2.1 Sin perjuicio del nacimiento y extinción del derecho a la asistencia en los términos previstos en las cláusulas 2.4 y 2.5, las altas causarán efectos económicos a las cero horas del día 1 del mes siguiente a aquel en que se produzcan y las bajas a las veinticuatro horas del último día del mes en que hubieran tenido lugar. Consiguientemente, cada pago mensual tendrá en cuenta el número de mutualistas y demás beneficiarios existentes a las cero horas del día 1 del mes de que se trate y se efectuará por MUFACE, en cheque nominativo o transferencia bancaria, dentro de los quince días del mes siguiente.

5.2.2 MUFACE, a través del Servicio Provincial correspondiente, facilitará mensualmente a la representación provincial de la Entidad, antes del día 15 del mes siguiente a aquel en que se produzcan, un ejemplar de los documentos de afiliación y de los de beneficiarios de asistencia sanitaria de las altas, así como una relación de las bajas de mutualistas y beneficiarios y de las variaciones producidas. Igualmente entregará MUFACE, con la liquidación de cada mes, cinta magnética o relación con los datos de todas las altas, bajas y variaciones producidas en el mes precedente comunicando la cifra del colectivo total adscrito a la Entidad, referida a las cero horas del día 1 del mes que se liquida.

La cinta o relación podrá ser comprobada por la Entidad, junto con la información suministrada directamente por los Servicios Provinciales de MUFACE, a fin de que, si estimara que existen diferencias, pueda formular las siguientes reclamaciones:

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

La Entidad presentará las reclamaciones separadamente, conforme a la clasificación anterior, acompañando cinta magnética o relación de las mismas características técnicas que la entregada por MUFACE, 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 MUFACE dentro de los tres meses siguientes a la fecha de presentación de las mismas.

5.3 Duración.—Los efectos del presente concierto se iniciarán a las cero horas del día 1 de enero de 1988 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día 31 de diciembre del mismo año, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula siguiente.

5.4 Prórrogas y continuidad asistencial.—Si alguna de las Entidades concertadas durante 1987 no suscribiese concierto para 1988, continuará obligada a prestar asistencia sanitaria a sus asegurados en los términos del presente concierto durante el mes de enero de 1988, abonándose por MUFACE la prima convenida para 1988 con el resto de las Entidades. Además continuarán vigentes los efectos asistenciales del concierto, incluso después del 31 de enero de 1988, en los casos en que estuviese prestandose en dicha fecha una asistencia hospitalaria y en la asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para los primeros quince días de febrero.

5.5 Lesiones por accidente de automóvil.—En el caso de lesiones originadas por accidentes comprendidos en el ámbito del seguro de automóviles y otro que legalmente esté establecido, se tendrá en cuenta la normativa reguladora. Siempre que existiese tercero civilmente responsable, la Entidad se subrogará en los derechos y acciones de los beneficiarios a facilitar a aquélla los datos e informaciones necesarios.

CAPITULO VI

Normas finales

6.1 Impuestos.—Todos los impuestos, arbitrios, tasas y exacciones que graven este concierto o los actos que de ella se deriven, serán de cuenta de la Entidad.

6.2 Comprobaciones.—MUFACE se reserva el derecho de solicitar de la Entidad cuantos datos considere oportunos sobre la asistencia sanitaria y sobre las instalaciones y características de los Centros sanitarios que figuren en el cuadro de la Entidad. Asimismo quedará obligada a facilitar la comprobación de los mismos por los Servicios de MUFACE.

6.3 Recursos y jurisdicción competente.—Las cuestiones que surjan en la interpretación o cumplimiento del presente concierto serán resueltas por el órgano competente de MUFACE, según lo establecido en sus cláusulas. En lo no previsto en ellas, se entenderá siempre competente el Director general de MUFACE. Contra sus acuerdos podrá interponerse recurso de alzada ante el Ministro para las Administraciones Públicas.

En su caso, la jurisdicción competente será siempre la contencioso-administrativa.

6.4 Anexos.—Son anexos al presente concierto:

- Servicios que exigen autorización previa de la Entidad.
- Urgencias vitales.
- Baremo de actos médicos.

El presente concierto consta de 24 páginas numeradas y selladas de texto, así como los tres anexos indicados.

Por la Entidad,

Por MUFACE,
El Director general,

ANEXO I

SERVICIOS QUE PRECISAN AUTORIZACION PREVIA DE LA ENTIDAD

Los volantes de solicitud de servicios prescritos por los médicos necesitarán ser visados previamente en las oficinas de la Entidad en los siguientes casos:

1. *Visitas a especialistas e internamientos en Centros:*

- Visita a especialistas que no figuren en el cuadro de la Entidad indicada por facultativo del cuadro. Se presumirá concedida la autorización si transcurrido el segundo día hábil siguiente al de la solicitud la Entidad no hubiera contestado por escrito (cláusula 3.4).

- Internamientos en Centros sanatoriales que figuren en el cuadro de la Entidad prescritos por facultativos del cuadro (cláusula 3.8.4).

- Internamientos en Centros sanitarios concertados por la Entidad, indicados por médico ajeno a la misma, sin mediar urgencia (cláusula 3.8.5).

- Internamientos en Centros sanatoriales que no figuren en el cuadro de la Entidad, prescritos por facultativos de ésta. Se presumirá concedida la autorización si transcurrido el segundo día hábil siguiente al de la solicitud la Entidad no hubiera contestado por escrito (cláusula 3.8.6).

- Visita a especialistas consultores a nivel regional (cláusula 3.10.14).

2. *Técnicas especiales de diagnóstico en régimen ambulatorio o no realizadas en el Centro de internamiento (cláusula 3.10.15):*

- Análisis clínicos especiales: Cariotipos, Genotipos, Radioinmunoanálisis.

- Radiología especializada: Angiografía, Angiografía digital, Ortopantomografía, Tomografía axial computarizada (scanner) y Resonancia magnética.

- Aparato digestivo: Endoscopias.

- Aparato circulatorio: Doppler, Hotler, Ergometrias.

- Ginecología: Amnioscopias.

- Neurofisiología: Todas las técnicas, excepto Electroencefalogramas y electromiogramas.

- Oftalmología: Retinografías y Fluoresceingrafías.

- Urología: Endoscopias y Estudios urodinámicos.

3. *Tratamientos especiales:*

- Tratamiento de Litofragmentación (cláusula 3.10.13).

- Oncología: Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radiumterapia, Isótopos radiactivos (cláusula 3.10.14).

- Odontostomatología: Tarrrectomía -limpieza de boca- y Periodoncia (cláusula 3.10.14).

- Oxigenoterapia (cláusula 3.10.14).

- Rehabilitación: Todas las técnicas (cláusula 3.10.14).

4. *Servicio de ambulancia para tratamientos periódicos.*

ANEXO II

ANEXO SOBRE URGENCIAS VITALES

A título puramente indicativo y no exhaustivo en los siguientes supuestos se entenderá que el enfermo precisa recibir asistencia urgente y, por lo tanto, de carácter inmediato en el más corto espacio de tiempo posible; la concurrencia de uno de estos supuestos, junto con las demás circunstancias de cada caso concreto, puede justificar la utilización de servicios ajenos.

1. En el caso de hemorragias agudas, intercraneales o intercerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre al exterior o con hemorragia interna.

2. En los abortos completos o incompletos. La rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. La toxicosis gravídica.

3. Los shocks cardiaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico, eléctrico o bacteriano. Los comas. Las reacciones alérgicas con afectación del estado general.

4. La insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca. Colapso o síncope lipotímico.

5. El abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. El dolor abdominal agudo.

6. Las lesiones con herida o desgarros externos o con afectación de vísceras.

7. Las fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.

8. Accidentes cerebro-vasculares.

9. Las intoxicaciones agudas. Las sepsis agudas.

10. La anuria. La 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.

Como criterio se deberán tener, entre otros, los de las personas que le prestaron la asistencia, el lugar en que se produjo la urgencia, el estado de consciencia, la proximidad del Centro asistencial, etc.

RELACION DE ENTIDADES QUE HAN SUSCRITO
CONCIERTO CON MUFACE

1. Compañía de seguros «Adeslas, Sociedad Anónima».
2. «Asistencia Sanitaria Interprovincial, Sociedad Anónima».
3. «Iguatorio Colegial de Asistencia Médico-Quirúrgica, Sociedad Anónima» (La Coruña).
4. «Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, Sociedad Anónima de Seguros» (Santander).
5. «La Equitativa de Madrid, Sociedad Anónima».
6. «Previa, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros».
7. «Sanitas, Sociedad Anónima».
8. «Unión Médica Graditana, Sociedad Anónima de Seguros».
9. «Servicios Médicos, Sociedad Anónima».

MINISTERIO
DE TRANSPORTES, TURISMO
Y COMUNICACIONES

28540 *RESOLUCION de 20 de noviembre de 1987, de la Subsecretaria, por la que se hace público el fallo de la sentencia dictada en el recurso contencioso-administrativo número 43.702 (apelación 64.485/1984).*

Ilmo. Sr.: En el recurso contencioso-administrativo que, en grado de apelación, pende ante la Sala, interpuesto por la Administración Pública, representada y defendida por el Letrado del Estado, e «Industrias Canivell, Sociedad Limitada», representada por el Procurador don Juan Luis Pérez Mulet y Suárez, bajo dirección letrada, contra sentencia dictada por la Sección Cuarta de la Sala de esta Jurisdicción de la Audiencia Nacional, el 29 de junio de 1984, sobre anulación de subasta de parcela, la Sala Tercera del Tribunal Supremo, con fecha 29 de mayo de 1987, ha dictado sentencia, cuya parte dispositiva dice:

«Fallamos: Que desestimando los presentes recursos de apelación interpuestos por el Abogado del Estado y por la representación de la Sociedad "Industrias Canivell, Sociedad Limitada", debemos confirmar y confirmamos la sentencia dictada el día 29 de junio de 1984 por la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional en el recurso 43.702; sin hacer expresa condena de costas en segunda instancia.»

El excelentísimo señor Ministro, aceptando en su integridad el preinserto fallo, ha dispuesto por Orden de esta misma fecha que sea cumplido en sus propios términos.

Lo que participo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 20 de noviembre de 1987.—El Subsecretario, Emilio Pérez Touriño.

Ilmo. Sr. Director general de Infraestructura del Transporte.

28541 *RESOLUCION de 25 de noviembre de 1987, de la Secretaria General de Turismo, por la que se hace público el fallo de la sentencia dictada en el recurso de apelación número 2.599/1985.*

Ilmo. Sr.: En el recurso contencioso-administrativo que en grado de apelación pendía ante la Sala, interpuesto por «Viajes Meliá, Sociedad Anónima», y la Administración Pública, representada y defendida por el Letrado del Estado, contra sentencia dictada por la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional el 7 de octubre de 1985