

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE DEFENSA

21096 *Resolución 4B0/38275/2009, de 10 de diciembre, 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 2010, con previsión de prórrogas para los años 2011, 2012 y 2013.*

Conforme a lo dispuesto 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 61 de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, 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 2010, con previsión de prórrogas para los años 2011, 2012 y 2013.

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 2010 y, en caso de acuerdo de prórroga, 2011, 2012 y 2013, con las siguientes Entidades de Seguro:

ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima.
Compañía de Seguros ADESLAS, Sociedad Anónima.

Segundo.—Hacer público igualmente que las modalidades asistenciales especiales detalladas en el Anexo 6 del Concierto han quedado asignadas a las citadas Entidades aseguradoras.

Tercero.—Determinar que, durante el mes de enero del año 2010, 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, podrán adscribirse a alguna de las Entidades de Seguro relacionadas en el apartado primero, 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 que acredite la representación, en la Delegación, Subdelegación del ISFAS a cuyo ámbito pertenezca o, en el caso de Madrid, en cualquiera de las Oficinas Delegadas, debiendo, unirse a la solicitud el documento de afiliación para su sustitución.

El plazo para los cambios de Entidad de carácter ordinario, que podrán realizarse una sola vez al año, se limita al mes de enero, sin perjuicio de los cambios extraordinarios

previstos en la cláusula 1.7 de los Conciertos 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, 10 de diciembre de 2009.—La Secretaria General Gerente del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Celia Abenza Rojo.

ANEXO

Concierto del Instituto Social de las Fuerzas Armadas con Entidades de Seguro para la asistencia sanitaria de beneficiarios del Instituto durante el año 2010

Capítulo 1. Objeto del Concierto y alcance de la acción protectora.

- 1.1 Objeto del Concierto.
- 1.2 Contingencias cubiertas. Alcance de la acción protectora.
- 1.3 Ámbito territorial.
- 1.4 Beneficiarios en general.
- 1.5 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.
- 1.6 Beneficiarias por maternidad.
- 1.7 Cambio de entidad.
- 1.8 Tarjetas sanitarias.

Capítulo 2. Cartera de servicios.

2.1 Consideraciones generales.

- 2.1.1 Contenido de la Cartera de Servicios.
- 2.1.2 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.

2.2 Cartera de servicios de atención primaria.

- 2.2.1 Contenido.
- 2.2.2 Asistencia domiciliaria.

2.3 Cartera de servicios de atención especializada.

- 2.3.1 Asistencia especializada en consultas.
- 2.3.2 Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- 2.3.3 Hospitalización en régimen de internamiento
- 2.3.4 Hospitalización domiciliaria.
- 2.3.5 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- 2.3.6 Rehabilitación y Fisioterapia.
- 2.3.7 Reproducción humana asistida.
- 2.3.8 Salud Mental.
- 2.3.9 Otras Especificaciones Complementarias.

2.4 Cartera de servicios de atención de urgencia.

- 2.4.1 Contenido.
- 2.4.2 Servicios de Urgencia Hospitalarios.

2.5 Cuidados paliativos.

- 2.5.1 Contenido.
- 2.5.2 Pacientes susceptibles de Cuidados Paliativos.
- 2.5.3 Estructura y Organización.

- 2.5.4 Cuidados paliativos domiciliarios.
 - 2.5.5 Cuidados paliativos en régimen de hospitalización.
 - 2.5.6 Sistemas de Información.

 - 2.6 Salud bucodental.
 - 2.7 Transporte para asistencia sanitaria.
 - 2.7.1 Transporte en medios ordinarios.
 - 2.7.2 Transporte en medios extraordinarios.
 - 2.7.3 Ayudas para gastos de un acompañante.

 - 2.8 Prestación farmacéutica y con productos dietéticos.
 - 2.8.1 Contenido.
 - 2.8.2 Prescripción.
 - 2.8.3 Medicamentos para tratamientos ambulatorios a cargo de la Entidad.
 - 2.8.4 Dispensación por Servicios de Farmacia Hospitalarios en supuestos especiales.
 - 2.8.5 Uso racional del medicamento.
 - 2.8.6 Procedimiento para la repercusión de costes de medicamentos.
 - 2.8.7 Prescripción informatizada.
 - 2.8.8 Calidad de la prescripción farmacéutica.

 - 2.9 Productos sanitarios.
 - 2.10 Otras prestaciones.
 - 2.10.1 Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias.
 - 2.10.2 Ortoprótesis. Implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos.
 - 2.10.3 Programas preventivos.
- Capítulo 3. Medios de la Entidad.
- 3.1 Normas generales.
 - 3.2 Garantía de accesibilidad a los medios.
 - 3.3 Criterios de disponibilidad de medios y servicios asistenciales.
 - 3.3.1 Disponibilidad de medios para la Atención Primaria.
 - 3.3.2 Disponibilidad de Servicios de Atención Especializada

 - 3.4 Condiciones especiales para las islas de los archipiélagos Balear y Canario.
 - 3.5 Catálogo de servicios de la Entidad.
 - 3.5.1 Criterios generales.
 - 3.5.2 Contenido.
 - 3.5.3 Responsabilidad en la edición de los Catálogos de Servicios.
 - 3.5.4 Invariabilidad de los Catálogos de Servicios.
 - 3.5.5 Principio de Continuidad Asistencial.
 - 3.5.6 Información relativa a los medios disponibles.

 - 3.6 Libertad de elección de facultativo y centro.
 - 3.7 Calidad de la asistencia sanitaria.
 - 3.8 Medios técnicos para procesos telemáticos.
 - 3.9 Requisitos para la utilización de los medios de la Entidad.
 - 3.9.1 Identificación.
 - 3.9.2 Requisitos adicionales.

 - 3.10 Supuestos especiales.
 - 3.10.1 Facultativo ajeno.
 - 3.10.2 Hospitales Militares.

Capítulo 4. Utilización de medios no concertados.

4.1 Norma general.

4.2 Denegación injustificada de asistencia.

4.2.1 Supuestos de denegación injustificada de asistencia.

4.2.2 Obligaciones de la Entidad.

4.2.3 Reclamaciones.

4.2.4 Otros efectos.

4.3 Asistencia urgente de carácter vital.

4.3.1 Concepto y requisitos.

4.3.2 Asistencia por accidente en Acto de Servicio.

4.3.3 Alcance.

4.3.4 Comunicación a la Entidad.

4.3.5 Obligaciones de la Entidad.

4.3.6 Reclamaciones.

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

Capítulo 5. Información y documentación sanitaria.

5.1 Normas generales.

5.2 Información general sobre actividad.

5.3 Información económica.

5.4 Información sobre asistencia hospitalaria.

5.5 Documentación clínica.

5.6 Documentación sanitaria.

Capítulo 6. Régimen jurídico del concierto.

6.1 Naturaleza y régimen jurídico del concierto.

6.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

6.3 Comisiones Mixtas.

6.4 Procedimiento para las reclamaciones.

6.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.

6.6 Compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones. Procedimiento para su imposición.

6.6.1 Compensaciones por incumplimiento de obligaciones.

6.6.2 Procedimiento para la imposición de compensaciones económicas.

Capítulo 7. Duración, régimen económico y precio del concierto.

7.1 Duración del concierto.

7.2 Régimen económico del concierto.

7.3 Precio del concierto.

Anexo 1. Medios de asistencia en zonas rurales.

Anexo 2. Relación de servicios que precisan autorización previa de la entidad.

Anexo 3. Patologías con riesgo vital.

Anexo 4. Sistemas de información asistencial.

Anexo 5. Estructura de la base de datos de medio de la entidad.

Anexo 6. Modalidad complementaria de atención primaria y de urgencias.

CAPÍTULO 1

Objeto del Concierto y alcance de la acción protectora

1.1 Objeto del Concierto.

1.1.1 El objeto del Concierto es asegurar el acceso a las prestaciones de asistencia sanitaria incluidas en la Cartera de Servicios, en todo el territorio nacional, a titulares y beneficiarios del ISFAS que opten por recibirlas a través de la Entidad. 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 en 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 el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

1.1.2 De esta forma, el contenido mínimo de las prestaciones sanitarias a realizar, de acuerdo con lo dispuesto en el presente Concierto, será el de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, establecida en el citado Real Decreto 1030/2006, y las modificaciones que se aprueben durante la vigencia del Concierto, todo ello con la salvedad que se recoge en la cláusula 2.1.2.

1.1.3 Para hacer efectiva la prestación de la asistencia sanitaria integral y de calidad, conforme a la cartera de servicios, la Entidad firmante del Concierto (en adelante, Entidad) pondrá a disposición de los titulares y 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 lo dispuesto en el Capítulo IV de este Concierto.

1.1.4 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 Contingencias cubiertas. Alcance de la acción protectora.—Las contingencias cubiertas por este Concierto son las derivadas de enfermedad común o profesional, 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 las actuaciones preventivas recogidas en el Concierto.

1.3 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.

De esta forma, en consonancia con lo dispuesto en la cláusula 1.1.1, el derecho a las prestaciones que son objeto del Concierto se circunscribe a este ámbito territorial.

1.4 Beneficiarios en general.

1.4.1 Sin perjuicio de lo que se establece en la cláusula 1.6 son beneficiarios a los efectos del presente Concierto todos los titulares 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.

1.4.2 A ciertos fines de gestión los beneficiarios del Concierto pueden ser denominados titulares 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.

1.4.3 Estarán adscritos a la Entidad los titulares que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2009 y no cambien de Entidad, conforme a lo previsto en la cláusula 1.7

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 y opten por la misma.

1.5 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.

1.5.1 Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo siguiente, 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.

1.5.2 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.

1.5.3 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.

1.5.4 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 las bajas y variaciones en los datos de los beneficiarios.

1.6 Beneficiarias por maternidad.—Además de las beneficiarias incluidas en la cláusula 1.4, son también beneficiarias por maternidad, a los efectos del presente Concierto, las cónyuges de las/los titulares o aquéllas 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, así como la patología obstétrica del embarazo, parto y puerperio.

La condición de beneficiaria por maternidad debe ser expresamente reconocida por el ISFAS previa solicitud del titular, cuando se acredite el matrimonio o una relación de pareja mediante la presentación del 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.

1.7 Cambio de entidad.

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

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

B) Con carácter extraordinario:

Cuando se produzca un cambio de destino del titular que implique traslado de provincia de residencia o cuando un titular pase a la situación de reserva o retiro y traslade su domicilio a una provincia distinta.

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

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.

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

1.7.2 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.

1.7.3 La Entidad podrá hacer publicidad sobre su oferta de servicios a lo largo del año y durante el período de cambio ordinario, siempre que tenga carácter general, por lo que no podrá dirigirse a titulares de nuevo ingreso ni a colectivos con perfiles socio-demográficos o profesionales específicos. En ningún caso se realizarán campañas dentro de los recintos de organismos públicos ni se ofrecerán regalos u obsequios a los titulares. No obstante la Entidad podrá ofrecer servicios sanitarios adicionales, como valor añadido y oferta diferenciada de la de otros proveedores.

La Entidad es responsable del cumplimiento de estas obligaciones tanto por parte de su personal como si se trata de las actuaciones que puedan realizar otras corporaciones, consorcios, asociaciones, fundaciones, agentes sociales u otras entidades de cualquier tipo, con o sin ánimo de lucro, que mantengan cualquier relación de colaboración jurídica, comercial, de grupo o de otra naturaleza y actúen de acuerdo o en nombre de la Entidad. El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a las compensaciones económicas previstas en la cláusula 6.6.

1.8 Tarjetas sanitarias.

1.8.1 La Entidad, en el momento en que, por cualquier cauce, tenga conocimiento del alta de un beneficiario, le entregará una tarjeta provisional o cualquier documento que haga 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.

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.

Además, en las tarjetas que se emitan con posterioridad a la entrada en vigor del concierto, bien por nuevas adscripciones o por renovaciones, deberá figurar de forma destacada el teléfono gratuito de atención permanente de Urgencia.

1.8.2 Cuando 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 dictará resolución en la 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 durante hasta los treinta días siguientes al alta. Posteriormente, el importe de estos gastos será deducido de las cuotas mensuales que deban abonarse a la Entidad, conforme al procedimiento previsto en la cláusula 6.5.4 del Concierto, todo ello sin perjuicio de las compensaciones económicas que pudieran acordarse.

1.8.3 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.

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

CAPÍTULO 2

Cartera de Servicios

2.1 Consideraciones Generales.

2.1.1 Contenido de la Cartera de Servicios.—La Cartera de Servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se harán efectivas las prestaciones sanitarias.

La Cartera de Servicios que es objeto del Concierto, se estructura en las siguientes prestaciones:

- Atención Primaria.
- Atención Especializada.
- Atención de Urgencias.
- Cuidados Paliativos.
- Salud bucodental.
- Trasporte sanitario.
- Prestación Farmacéutica, productos dietéticos y otros productos sanitarios.
- Otras Prestaciones:
 - Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias
 - Ortoprótisis: implantes quirúrgicos diagnósticos o terapéuticos.
 - Programas preventivos.

El acceso a las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se garantiza mediante la provisión de los recursos asistenciales necesarios por niveles y ámbitos geográficos y de población establecidos en el Capítulo 3 de este Concierto.

La Entidad impulsará actuaciones orientadas a potenciar la coordinación entre los servicios de atención primaria, atención especializada y de urgencias, con objeto de garantizar la continuidad asistencial y la atención integral de los pacientes.

2.1.2 Incorporación de nuevos medios de diagnóstico y tratamiento.—Cualquier 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.

Además, la Cartera de Servicios que se determina en este Capítulo se actualizará de forma automática por actualizaciones de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 del citado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

2.2 Cartera de servicios de atención primaria.

2.2.1 Contenido.—La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria y se facilitará por especialistas en medicina familiar y comunitaria o médicos generalistas, especialistas en pediatría y profesionales de enfermería, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales.

Comprenderá:

La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género, la infancia y la adolescencia.

Atención al adulto, grupos de riesgo, enfermos crónicos e inmovilizados.

Comprende, en general, la valoración del estado de salud y de factores de riesgo, los consejos sobre estilos de vida saludables, la detección de los problemas de salud y valoración del estado clínico, la atención y seguimiento de personas polimedicadas y con pluripatología y la información y consejo sanitario sobre su enfermedad y los cuidados precisos al paciente y cuidador/a, en su caso. En particular se facilitará:

Atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes.

Atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.

Atención a personas con conductas de riesgo:

Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco.

Atención al consumidor excesivo de alcohol. Incluye la detección, la valoración de la dependencia, el consejo de limitación o eliminación de consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y la oferta de asistencia sanitaria para abandono en caso necesario.

Atención a otras conductas adictivas. Incluye la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado, si se precisa, para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.

Atención paliativa a enfermos terminales.

2.2.2 Asistencia domiciliaria.—La asistencia sanitaria se prestará por los profesionales de Atención Primaria en el domicilio del paciente, siempre que su situación clínica así lo requiera, en los siguientes casos:

Cuando se trate de pacientes que por razón de su enfermedad no puede desplazarse.

Cuando se trate de pacientes inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.

Cuando se trate de enfermos terminales, en consonancia con lo dispuesto en la cláusula 2.5.4.

La Atención domiciliaria a estos pacientes comprende:

Acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio del paciente, incluyendo las extracciones y/o recogida de muestras a domicilio que sean precisas.

Realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente, entre ellos tratamientos parenterales, curas y sondajes.

Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

2.3 Cartera de servicios de atención especializada.—La atención especializada incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención, cuya naturaleza hace necesaria la intervención de médicos especialistas.

La Atención Especializada comprende:

Asistencia especializada en consultas.

Asistencia especializada en hospital de día médico o quirúrgico.

Hospitalización en régimen de internamiento.

Hospitalización domiciliaria.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Reproducción humana asistida.
Salud Mental.

2.3.1 Asistencia especializada en consultas.–Comprende las actividades preventivas, asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, que se prestan en el ámbito de la atención especializada en régimen ambulatorio, incluyendo:

Valoración inicial del paciente.
Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos.
Indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente.
Indicación de medicación, nutrición parenteral o enteral, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos.
Indicación de ortoprótesis y de su oportuna renovación.
Información conteniendo información diagnóstica y de los procedimientos realizados para facilitar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

2.3.2 Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.–Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluida la cirugía mayor ambulatoria, que no precisan que el paciente pernocte en el hospital. En concreto comprende:

Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos.
Indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos o de rehabilitación que necesite el paciente, incluida la cirugía ambulatoria y los tratamientos quimioterápicos a pacientes oncológicos que comprenderá el suministro de la medicación precisa.
Cuidados de enfermería necesarios para la adecuada atención del paciente.
Implantes.
Indicación de ortoprótesis y de su oportuna renovación.
Medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos.
Reanimación postquirúrgica y, si procede, tras procedimientos diagnósticos invasivos.
Nutrición parenteral o enteral.
Si procede, alimentación, según la dieta prescrita.
Información al alta con instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

La indicación para la utilización de este recurso corresponde al facultativo especialista responsable de la asistencia al paciente, precisando la autorización de la Entidad.

2.3.3 Hospitalización en régimen de internamiento.–Comprende la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica o la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento, incluyendo:

Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos, incluido el examen neonatal.
Indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos o intervenciones quirúrgicas que necesite el paciente, independientemente de que su necesidad venga o no causada por el motivo de su internamiento.
Medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos.
Cuidados de enfermería necesarios para la adecuada atención del paciente.

Implantes y otras ortoprótesis y su oportuna renovación.
Cuidados intensivos o de reanimación, según proceda.
Tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el proceso asistencial.

Tratamientos de rehabilitación y hemodiálisis, cuando proceda.
Nutrición parenteral o enteral.
Alimentación, según la dieta prescrita.
Servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización con estancia en habitación individual.

Información al alta con instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.

El acceso a la asistencia especializada en régimen de hospitalización se realizará por indicación del facultativo responsable o a través de los servicios de urgencia hospitalaria, cuando el paciente necesite previsiblemente cuidados especiales y continuados, no susceptibles de ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio.

A) Requisitos.—Se prestará en los Centros de la Entidad, propios o concertados.
El ingreso programado en un Hospital precisará:

La prescripción del mismo por médico de la Entidad, con indicación del Centro.
La autorización de la prescripción por la Entidad.

Por su parte, la Entidad pondrá en conocimiento del centro la autorización del internamiento, de forma telemática o vía FAX, dentro de las primeras 24 horas.

En los supuestos de ingresos efectuados a través de los servicios de urgencia y de hospitalización por maternidad el propio centro realizará los trámites precisos ante la Entidad.

B) Duración de la hospitalización.—La Entidad atenderá la cobertura de la hospitalización hasta que el facultativo responsable de la asistencia al enfermo emita el alta hospitalaria, al considerar que ya no existe la necesidad de asistencia en régimen hospitalario. A partir de ese momento, la continuidad de la estancia se entenderá que obedece a 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.

El ISFAS podrá autorizar que la Entidad disponga de centros hospitalarios que no cumplan el requisito del párrafo anterior en su Catálogo de Servicios de Centros.

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

D) Hospitalización por maternidad.—En el momento del ingreso, se recabará la autorización de la Entidad directamente por el correspondiente centro hospitalario.

A efectos de la asistencia al recién nacido se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula 1.5.2.

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.

E) 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 25 euros 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 47,76 euros por día. No se abonará cuando el acompañante resida en el municipio en que se encuentre el centro hospitalario.

2.3.4 Hospitalización domiciliaria.

A) Condiciones.—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, y siempre que las condiciones familiares, domésticas y de proximidad al hospital lo permitan, podrá optarse por el alta hospitalaria precoz y la continuación de la asistencia en régimen de hospitalización a domicilio.

De darse las circunstancias señaladas, el paciente pasará a una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) dependiente del correspondiente centro hospitalario. En caso contrario, la atención del paciente se mantendrá en régimen de hospitalización, mientras subsista la necesidad, conforme a lo dispuesto en la cláusula 2.3.3.B).

La permanencia en la UHD cesará cuando el médico responsable de la misma decida el alta, debiendo facilitarse al paciente el informe médico de alta con toda la información necesaria sobre los cuidados y el tratamiento preciso y con las pautas para el seguimiento posterior.

B) Equipación.—La UHD contará con un equipo de profesionales (médicos y enfermeros/as) que realizarán, como mínimo, una visita domiciliaria diaria de mañana o tarde. Según el caso, la visita se hará por parte del médico y/o el/la enfermero/a.

La UHD está a disposición del paciente desde las 8 h a las 20 h, para cualquier tipo de consulta telefónica o para realizar una visita a domicilio si fuera necesario. A partir de las 20 h las demandas de asistencia se atenderían por los Servicios de Urgencia concertados.

C) Contenido de la asistencia.—La asistencia en régimen de hospitalización domiciliaria comprende las actividades diagnósticas y terapéuticas que han de ser llevadas a cabo de forma coordinada por la UHD como consecuencia de procedimientos iniciados en el nivel de atención especializada, de forma que se garantice la continuidad en la atención prestada al paciente.

En concreto se incluyen:

Valoración integral de las necesidades del paciente, previa al alta hospitalaria precoz, que asegure la continuidad de la atención.

Establecimiento de un plan de cuidados que incluya medidas preventivas, instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales. Asimismo se deben establecer los mecanismos que aseguren la continuidad y seguridad de la atención.

Acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio del paciente.

Realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente.

Indicación y, en su caso, administración de medicación, nutrición enteral o parenteral, curas, material fungible, ortoprótesis y otros productos sanitarios que sean precisos.

Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

La UHD informará al paciente y su familia, por escrito de cómo contactar con la citada unidad, durante el horario de funcionamiento, y con los Servicios de Urgencia fuera de ese horario.

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, incluyendo toda la medicación, material de curas, nutriciones no comunes, pruebas complementarias, interconsultas, absorbentes, sondas, hemodiálisis domiciliaria y oxigenoterapia que se suministrará directamente en el domicilio de paciente. 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.

2.3.5 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.—Los beneficiarios tendrán acceso a técnicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos incluidos en la cartera de servicios establecida en este Concierto, siempre que se establezca la correspondiente indicación por un facultativo del Catálogo de Servicios, al margen de que se disponga o no de la técnica o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan.

Sin perjuicio de la previsión recogida en la cláusula 2.1.2, se atenderá la cobertura de los siguientes procedimientos diagnósticos y terapéuticos, siempre que se establezca su indicación por el facultativo de los servicios asignados responsable de la atención del paciente, teniendo en cuenta las salvedades previstas en las cláusulas 4.2. y 4.3.

Diagnóstico prenatal en grupos de riesgo.

Diagnóstico por imagen:

- A. Radiología simple: Tórax, Abdomen, Radiología ósea, Densitometría.
- B. Mama: Mamografía, Intervencionismo de mama.
- C. Radiología convencional con contraste.
- D. Ultrasonidos: Ecografía, Ultrasonidos doppler.
- E. Tomografía computarizada (TC)
- F. Resonancia Magnética (RM).

Radiología intervencionista diagnóstica y terapéutica.

Hemodinamia diagnóstica y terapéutica.

Medicina nuclear diagnóstica y terapéutica.

Incluida la tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC), en indicaciones oncológicas de acuerdo con las especificaciones de la ficha técnica autorizada del correspondiente radiofármaco.

Neurofisiología.

Endoscopias.

La cápsuloendoscopia se incluye sólo en la hemorragia digestiva de origen oscuro que persiste o recurre después de un estudio inicial de endoscopia negativo (colonoscopia y/o endoscopia alta) y previsiblemente localizada en el intestino delgado.

Pruebas funcionales.

Laboratorio:

- A. Anatomía patológica.
- B. Bioquímica.
- C. Genética.
- D. Hematología.
- E. Inmunología.
- F. Microbiología y parasitología.

Biopsias y punciones.

Radioterapia.

Radiocirugía.

Litotricia renal.

Diálisis.

Trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano, previstos en la cláusula 2.3.9.B).

Cuidados intensivos, incluyendo los neonatales.

Hemoterapia.

Planificación familiar, que incluye:

Consejo genético en grupos de riesgo.

Información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos.

Realización de ligaduras de trompas y de vasectomías, excluida la reversión de ambas.

2.3.6 Rehabilitación y Fisioterapia.—Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación y tratamiento de pacientes con déficit funcional, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual.

Se incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y adaptación de métodos técnicos (ortoprótesis).

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, fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional, según corresponda.

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 y Medicina Física u otras sociedades científicas.

2.3.7 Reproducción humana asistida.

A) Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad. Reproducción humana asistida.—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 y que se detallan en el apartado siguiente.

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, estará sujeta a lo dispuesto en 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.

B) Criterios de Cobertura en Reproducción Humana Asistida.—La Guía de Recomendaciones en Reproducción Humana Asistida, a la que se alude en el apartado anterior, 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 esta cláusula.

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.

C) 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	F.I.V.*	F.I.V. 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 acoja 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 corresponda, hasta completar el número máximo de ciclos establecido.

D) 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 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.

2.3.8 Salud Mental.

A) Contenido.—Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

B) Hospitalización psiquiátrica.—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 81,20 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.

Queda excluida la cobertura del internamiento social de pacientes afectados de demencias neurodegenerativas tales como Alzheimer y otras.

No obstante lo anterior, se atenderá la hospitalización de aquellos enfermos que, padeciendo algún tipo de demencia neurodegenerativa, precisen hospitalización psiquiátrica a causa de procesos intercurrentes o descompensaciones severas.

C) Psicoterapia.—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.

Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria.

2.3.9 Otras Especificaciones Complementarias.

A) 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.

B) Trasplantes.—Queda incluida la cobertura de 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.

En concreto se atenderá la cobertura de los siguientes tipos de trasplantes:

Órganos: Riñón, corazón, pulmón, hígado, páncreas, intestino, riñón-páncreas, corazón-pulmón y cualquier otra combinación de dos o más de estos órganos para la que exista una indicación clínica establecida.

Otros trasplantes autorizados por la Organización Nacional de Trasplantes.

Tejidos y células: Células progenitoras hematopoyéticas procedentes de médula ósea, sangre periférica y sangre de cordón umbilical, en aquellos procesos en los que exista una indicación clínica establecida; tejidos del globo ocular (córnea, esclera y limbo corneal); membrana amniótica; homoinjertos valvulares; homoinjertos vasculares; tejidos musculoesqueléticos y piel; trasplante autólogo de condrocitos como tratamiento de segunda elección cuando haya fracasado una opción terapéutica previa en lesiones condrales de la articulación de la rodilla y en osteocondritis disecante; cultivos de queratinocitos y cultivos celulares para los que exista una indicación clínica establecida.

2.4 Cartera de Servicios de Atención de Urgencia.

2.4.1 Contenido.—La Atención de Urgencia se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, todos los días del año, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.

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 propios de dispositivos asistenciales específicos o de centros hospitalarios de la Entidad.

Además, la Entidad dispondrá de un teléfono gratuito que canalizará la demanda de atención de urgencias y emergencias, garantizando la accesibilidad y la coordinación de los recursos precisos para este tipo de atención, las 24 horas todos los días del año.

La Entidad deberá disponer de Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios a los que 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, conforme a los criterios de disponibilidad establecidos en la cláusula 3.3.

2.4.2 Servicios de Urgencia Hospitalarios.—Estarán disponibles en todos los municipios incluidos en los Niveles II, III y IV de Atención Especializada.

Además, en todos los municipios de menos de 30.000 habitantes 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.

El Servicio de Urgencias Hospitalario facilitará el acceso a cualquier especialidad que fuera precisa, debiendo contarse con especialistas de presencia física o localizados. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los correspondientes especialistas, 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.

2.5 Cuidados Paliativos.

2.5.1 Contenido.—Comprende la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de la calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

En la prestación de los cuidados paliativos participarán los profesionales de atención primaria y atención especializada responsables del proceso patológico del paciente, con el apoyo de dispositivos específicos a los que, en caso necesario, los pacientes puedan ser derivados por su grado de complejidad.

Esta atención se prestará en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos.

2.5.2 Pacientes susceptibles de Cuidados Paliativos.—Se facilitarán Cuidados Paliativos a aquellos pacientes con una enfermedad terminal, independientemente de la patología que la origine.

Serán susceptibles de atención:

Pacientes oncológicos terminales, con enfermedad documentada, progresiva, avanzada e incurable, con múltiples síntomas intensos, continuos y cambiantes y escasa o nula respuesta al tratamiento específico.

Pacientes terminales con enfermedad crónica no oncológica, en fase avanzada y con limitación funcional severa no reversible, con síntomas intensos, complejos y cambiantes. Se incluyen entre otros:

Pacientes con SIDA.

Pacientes con enfermedades neurológicas, respiratorias, cardiocirculatorias, hepáticas y renales de cualquier etiología.

Pacientes con enfermedades del sistema nervioso central de cualquier etiología (degenerativas, demencias, enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular agudo, etc.).

2.5.3 Estructura y Organización.—En la prestación de los cuidados paliativos participarán los profesionales de atención primaria y atención especializada, bajo un modelo organizativo explícito, adaptado a la distribución territorial de los recursos

asistenciales, que se complementará con dispositivos de apoyo a los que, en caso necesario, los pacientes pueden ser derivados por su grado de complejidad.

Se garantizará la interconexión entre los diferentes dispositivos asistenciales para facilitar la coordinación.

2.5.4 Cuidados paliativos domiciliarios.—El lugar más adecuado para proporcionar los cuidados paliativos en cada momento estará determinado por el nivel de complejidad del enfermo, la disponibilidad de apoyos familiares adecuados y la elección del paciente y su familia, entre otras variables, aunque por lo general, el domicilio del paciente es el lugar de elección.

La continuidad de la asistencia en las franjas horarias en las que cesan su actividad, se proporciona a través de la Plataforma del Servicio de Urgencias (Teléfono 900), para lo que se articularán los procedimientos de coordinación y derivación precisos.

La derivación del paciente hacia los recursos situados en el nivel de Atención Hospitalaria (Unidad de Hospitalización Domiciliaria u otros servicios asistenciales hospitalarios) estará en función de que se superen las posibilidades asistenciales en el ámbito de la atención domiciliaria. La hospitalización en estas unidades se prolongará hasta que sea posible que el paciente se reintegre al domicilio.

Los cuidados domiciliarios se prestarán por Médicos y profesionales de Enfermería de Atención Primaria que se encargarán de la atención y facilitarán los cuidados y el acceso del paciente a los recursos terapéuticos y de diagnóstico precisos en el domicilio, pudiendo derivar a los pacientes complejos a otros dispositivos sanitarios.

2.5.5 Cuidados paliativos en régimen de hospitalización.—La atención en el domicilio es la alternativa de elección para la mayoría de los enfermos terminales. Sin embargo, los facultativos responsables de la asistencia podrán ordenar la derivación a las Unidades de Hospitalización Domiciliaria, a las que se alude en la cláusula 2.3.4 del presente Concerto, o bien el traslado e ingreso en el Hospital de referencia, cuando el paciente necesite cuidados especiales y continuados no susceptibles de ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio.

2.5.6 Sistemas de Información.—La Entidad deberá desarrollar un Sistema de Información en el que se recogerá la información sobre los recursos disponibles y la actividad desarrollada.

Trimestralmente se facilitarán a la Gerencia del ISFAS los siguientes datos e indicadores:

Número de pacientes atendidos por cuidados paliativos.

Número de estudios analíticos realizados en el domicilio del paciente.

Número de pacientes atendidos en la UHD.

2.6 Salud bucodental.—Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventiva dirigida a la atención a la salud bucodental.

2.6.1 Contenido.—La atención bucodental tiene el siguiente contenido:

Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos óseo-dentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación temporomandibular.

Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas y limpieza de boca o tartrectomía una vez por año o previo informe justificativo del facultativo especialista.

Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas: Incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

Programa de salud buco-dental dirigido a los niños menores de 15 años, consistente en revisiones periódicas, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales en las piezas permanentes, obturaciones, empastes o reconstrucciones en piezas permanentes, tratamientos pulpares (endodoncias) en piezas permanentes, tartrectomías y tratamientos de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos. Además, a este programa se incorporarán las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Buco-dental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el mismo alcance, contenido y ritmo de implantación.

Periodoncia.

2.6.2 Exclusiones.—Quedan excluidos de la atención bucodental los siguientes tratamientos:

Tratamiento reparador de la dentición temporal.

Tratamientos ortodóncicos.

Exodoncias de piezas sanas.

Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.

Prótesis o Implantes dentarios.

Realización de pruebas complementarias para valoración y seguimiento de tratamientos excluidos de la Cartera de Servicios.

Empastes u obturaciones y endodoncias, excepto en el ámbito del programa de salud buco-dental.

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.

2.6.3 Especificaciones y requisitos para determinados tratamientos.

A) 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 del Catálogo de Servicios junto con presupuesto, si se trata de prótesis, y la autorización por la Entidad.

B) En el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización.

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

2.7 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.

2.7.1 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 motivados por la indisponibilidad de los medios exigidos en el correspondiente municipio, en función del Nivel asistencial en el que esté encuadrado, conforme a lo dispuesto en la cláusula 3.3.

Desplazamientos a Servicios de Referencia, a los que se alude en la cláusula 3.3.2.E), ubicados en un municipio distinto al de residencia, cuando en el mismo no se disponga de este tipo de servicios.

Desplazamientos a un municipio distinto al de residencia para recibir asistencia sanitaria derivada de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.

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.

2.7.2 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 otros contemplados 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 los correspondientes 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. En caso contrario se atenderán los gastos que se deriven del desplazamiento de regreso en medios ordinarios de transporte.

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 para su traslado a su municipio de residencia, bien a su domicilio o a otro centro sanitario, cuando la necesidad de este medio de transporte obedezca a causas estrictamente médicas.

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.

2.7.3 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.

2.8 Prestación farmacéutica y con productos dietéticos.

2.8.1 Contenido.—En general, con las salvedades establecidas en la cláusula 2.8.3, en el caso de pacientes no hospitalizados la cartera de servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación y prescripción de los medicamentos y productos incluidos en las prestaciones farmacéutica y con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud, en receta oficial del ISFAS, por los facultativos de los servicios asignados.

En el caso de pacientes hospitalizados, la cartera de servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación, prescripción y dispensación de aquellos productos farmacéuticos y dietéticos que precisen los pacientes que estén siendo atendidos en este ámbito asistencial (internamiento, hospital de día, hospitalización domiciliaria, urgencias, unidad de diálisis y otras unidades dependientes del hospital), los cuales serán financiados por la Entidad.

2.8.2 Prescripción.—Los facultativos de la Entidad prescribirán los medicamentos y demás productos farmacéuticos precisos para el tratamiento ambulatorio de los beneficiarios en las recetas oficiales del ISFAS que, en talonarios, les facilitarán los titulares, o mediante el Sistema de Receta Informatizada, todo ello con sujeción a lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios, así como en el Real Decreto 1910/1984, de 25 de septiembre, de Receta Médica.

La Entidad adoptará las medidas necesarias para impulsar el Sistema de prescripción en Receta Informatizada, con los criterios de normalización establecidos por el ISFAS y exigirá a sus facultativos que en la cumplimentación manual de dichas recetas figuren los datos de consignación obligatoria y que los datos de identificación del prescriptor (nombre y dos apellidos, n.º de colegiado y provincia) se hagan constar mediante sello, de forma perfectamente legible.

La Entidad impulsará la participación de sus facultativos en todas las medidas y actividades establecidas por el ISFAS para la mejora de la utilización de medicamentos y productos cuya dispensación se realiza a través de receta oficial, y colaborará con este Instituto en los procedimientos que se inicien para verificar la adecuación de prescripciones individualizadas y en la adopción de las correspondientes medidas de control.

En el caso de medicamentos sujetos a condiciones especiales, se tendrán en cuenta las condiciones y requisitos establecidos en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, para el acceso y utilización de estos medicamentos.

2.8.3 Medicamentos para tratamientos ambulatorios a cargo de la Entidad.—El suministro de los medicamentos precisos para el tratamiento de pacientes ambulatorios correrá a cargo de la Entidad en los siguientes supuestos:

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, cualquiera que sean sus condiciones de utilización.

Los medicamentos no autorizados en España, pero comercializados en otros países, cuya dispensación, conforme a la normativa aplicable, deba realizarse a través de Servicios de Farmacia Hospitalarios, al quedar restringida su utilización al medio hospitalario.

Los medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud, que no estén dotados de cupón precinto, y que requieren para su administración la intervención expresa de facultativos especialistas.

Los medios, elementos o productos farmacéuticos precisos para la realización de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas, tales como medios de contraste, laxantes drásticos u otros.

2.8.4 Dispensación por Servicios de Farmacia Hospitalarios en supuestos especiales.— Por los Servicios de Farmacia de centros hospitalarios concertados se dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios en los siguientes supuestos:

Los medicamentos y productos farmacéuticos financiados en el Sistema Nacional de Salud, que no estén dotados de cupón precinto, y que para su administración no requieren la intervención expresa de facultativos especialistas. Estos medicamentos se facturaran para su abono directo por parte del ISFAS, al precio de venta del laboratorio (PVL).

Los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario cuya dispensación se solicite expresamente por la Delegación del ISFAS para el tratamiento de determinado paciente, ante la existencia de dificultades para su dispensación en oficinas de farmacia. Estos medicamentos se facturaran para su abono directo por parte del ISFAS, al precio de venta al público. (PVP).

2.8.5 Uso racional del medicamento.—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.

2.8.6 Procedimiento para la repercusión de costes de medicamentos.—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 que lo soliciten, 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.

2.8.7 Prescripción informatizada.—La implantación y generalización de herramientas de prescripción informatizadas contribuyen a evitar posibles errores en la cumplimentación de las recetas médicas oficiales por parte de los médicos, que pudieran condicionar la validez de las mismas y problemas en el seguimiento del tratamiento.

Se impulsará un Programa de Prescripción Médica Informatizada, cuya implantación se realizará de forma progresiva. En una primera fase se extenderá a los facultativos de Medicina General o de Familia, Pediatría y Medicina Interna en municipios de más de 75.000 habitantes, debiendo incluirse, en cualquier caso, a los médicos con mayor volumen de prescripciones en recetas oficiales del ISFAS, en los que se concentre el 50% del total de recetas facturadas.

Los facultativos incluidos en el Programa de Receta Informatizada deberán cumplir con los siguientes requerimientos:

PC con impresora láser.
 Conexión de banda ancha.
 Lector de banda magnética.
 Disponibilidad de papel específico, conforme a las especificaciones técnicas que se establezcan por el ISFAS.

El Programa será objeto de financiación específica, mediante el pago de una cuota capitativa mensual variable, en función del grado de extensión del Programa, cuantificado por el porcentaje de recetas informatizadas, sobre el total de recetas dispensadas a titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad.

2.8.8 Calidad de la prescripción farmacéutica.—Se evaluará de forma especial la utilización eficiente de medicamentos, a través del uso de genéricos, y la utilización de medicamentos de primera elección en determinadas patologías prevalentes.

La evaluación se realizará mediante la monitorización de los siguientes indicadores básicos para los que se fijan unos objetivos mínimos:

Porcentaje de medicamentos genéricos: % de envases de EFG dispensados sobre el total de envases de medicamentos dispensados.

Utilización de medicamentos antiulcerosos de primera elección: % de DDDs. de Omeprazol dispensadas, sobre el total de dispensaciones de Inhibidores de la Bomba de Protones.

Utilización de hipolipemiantes de primera elección: % de DDDs. de Lovastatina, Pravastatina y Simvastatina dispensadas sobre el total de dispensaciones de Estatinas.

Los objetivos así como la puntuación asignada al cumplimiento de cada objetivo se detallan en la siguiente tabla y podrán modificarse por Resolución de la Secretaria General Gerente del ISFAS.

Indicadores		Objetivo mínimo	Puntuación por alcanzar el objetivo
% Genéricos.	% Envases.	10,5%	6
		12%	7
Hipolipemiantes.	% DDD estatinas de elección.	40%	1
Antiulcerosos.	% DDD Omeprazol.	80%	1

El coste de las herramientas y actuaciones que deban desarrollarse por la Entidad para el cumplimiento de los objetivos de mejora de la calidad en la prescripción farmacéutica se financiará mediante una cuota capitativa mensual, que se abonará exclusivamente los meses en que los citados indicadores básicos, obtenidos a partir de los datos de las recetas dispensadas al colectivo adscrito a la Entidad den lugar a una puntuación total igual o superior a 6 puntos.

2.9 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 Política Social.

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 necesarias 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.

Suministro de los sistemas precisos para la administración y el mantenimiento de los tratamientos con dietoterápicos complejos y de nutrición enteral domiciliaria, prescritos por los correspondientes servicios asignados.

El suministro se realizará atendiendo a criterios de diligencia, proporcionalidad y máxima atención a la situación del paciente.

En aquellos supuestos en que, por causas imputables a la Entidad, el suministro no se ajuste a estos criterios, se facilitará el acceso a los productos reseñados mediante el procedimiento de reintegro de gastos.

2.10 Otras prestaciones.

2.10.1 Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias.—Requieren la prescripción escrita de un 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, la aerosolterapia y suministro de aspiradores de secreciones.

2.10.2 Ortoprótisis. Implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos.—Serán a cargo de la Entidad los implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, 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.

La adaptación de prótesis externas y demás ortoprótisis que sean objeto de prestaciones a cargo del ISFAS se realizará bajo la indicación y supervisión del correspondiente especialista.

2.10.3 Programas preventivos.

A) La Entidad facilitará el desarrollo de las actuaciones establecidas en el apartado 3.1. del Anexo II del Real Decreto 1030/2006 que incluyen:

Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación del Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias competentes. En especial se facilitará el desarrollo de:

Calendarios de vacunación sistemática del niño.

Vacunación antitetánica en adultos.

Campañas de vacunación antigripal en grupos de riesgo.

Vacunación de la Hepatitis «B» a grupos de riesgo.

Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.

Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria):

Del cáncer de mama: cribado con mamografía cada 2 años en las mujeres mayores de 50 años.

Del cáncer de cuello de útero: citología de Papanicolaou en mujeres de 25-65 años. Al principio, 2 citologías con una periodicidad anual y después cada 3-5 años, de conformidad con las pautas recomendadas por las Sociedades Científicas.

A las mujeres mayores de 65 años sin citologías en los últimos 5 años se les ofrecerán 2 citologías con periodicidad anual y, si son normales, no se propondrán más intervenciones.

No se ofrecerá cribado en las mujeres con histerectomía total.

La frecuencia del cribado para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino o de mama podrá ser mayor cuando así esté indicado por el ginecólogo en función de criterios de mayor riesgo (genético u otros factores).

Del cáncer de colon.

B) La Entidad facilitará las actuaciones que correspondan y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los citados programas preventivos, garantizando la información adecuada a los beneficiarios, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo.

Asimismo la Entidad remitirá a las Delegaciones del ISFAS la relación detallada de los centros de vacunación disponibles en la respectiva provincia con direcciones, teléfonos, horarios y programas preventivos que se incluyen en los mismos.

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

CAPÍTULO 3

Medios de la Entidad

3.1 Normas Generales.

3.1.1 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 62 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.

3.1.2 A los fines asistenciales de este Concierto, 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 1.

3.1.3 La Entidad dispondrá de todos los medios que haga constar en su Catálogo de Servicios, debiendo figurar en éste todos los facultativos y centros que presten servicios a los beneficiarios por cuenta de la Entidad.

Determinados facultativos podrán aparecer diferenciados en el Catálogo de Servicios como consultores para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que para esa especialidad se 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 de la Entidad.

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

3.1.4 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 centros establecimientos y servicios concertados estarán debidamente autorizados conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en la normativa autonómica vigente y, en su caso, en la normativa específica que regule su actividad.

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.

3.1.5 La Entidad facilitará el acceso a los Centros y Servicios incluidos en los Catálogos de Servicios 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.

3.2 Garantía de accesibilidad a los medios.—La Entidad debe garantizar el acceso a los medios que en cada nivel asistencial exige la cartera de servicios del presente Concierto, en los términos establecidos en el Capítulo 2, salvo que dichos medios no existan a nivel privado ni público. Si, coyunturalmente no estuvieran disponibles o no se encontraran operativos, la Entidad se obliga facilitar el acceso de los beneficiarios a otros servicios privados que existan en el mismo municipio o a los correspondientes servicios públicos, asumiendo directamente los gastos que pudieran facturarse.

En todo caso, se garantizará la asistencia sanitaria de urgencia que corresponda en cada municipio, en función del Nivel en el que se encuentre encuadrado y conforme a lo dispuesto en las cláusulas 2.4, 3.3.1.B) y 3.3.2, teniendo en cuenta que, además, en todos los municipios de menos de 30.000 habitantes 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.

3.3 Criterios de disponibilidad de medios y servicios asistenciales.

3.3.1 Disponibilidad de medios para la Atención Primaria.

A) En todos los municipios del territorio nacional se facilitará el acceso a los servicios de Atención Primaria que comprenderá la asistencia en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, teniendo en cuenta lo siguiente:

En los municipios de hasta 5.000 habitantes, se dispondrá de médico general o de familia y diplomado en enfermería.

En los municipios de más de 5.000 habitantes, además, se facilitará el acceso a servicios de pediatría, odontología, matrona y fisioterapia.

En los municipios de más de 10.000 habitantes se dispondrá, al menos, de dos médicos generales o de familia, dos pediatras, dos diplomados en enfermería, dos fisioterapeutas y dos odontólogos.

En los municipios de más de 100.000 habitantes se dispondrá de servicios de atención primaria en todos los distritos postales o, en su defecto, en un distrito limítrofe. En todo caso se garantizará el acceso de los beneficiarios a la atención domiciliaria por los correspondientes facultativos.

Si excepcionalmente la Entidad no dispusiera de los medios propios o concertados precisos, deberá garantizar la cobertura de la asistencia por otros servicios, privados o públicos.

B) La Atención Primaria de Urgencias se prestará de forma continuada, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio y

domiciliario. Si excepcionalmente la entidad no dispusiera de los medios exigidos deberá garantizar la cobertura de esta asistencia por otros servicios privados o públicos.

C) 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 el Anexo 1 del 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 prestará por los servicios de atención primaria y de urgencias de la Red Sanitaria Pública.

En todo caso, de acuerdo con la previsión recogida en la cláusula 3.6, en los municipios afectados por los citados Convenios los titulares y beneficiarios podrán optar por los medios de que disponga la Entidad en los municipios próximos.

D) En los municipios de las Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado Convenios de colaboración y en los que no se disponga de medios concertados, la Entidad facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de atención primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo directamente los gastos que puedan facturarse.

3.3.2 Disponibilidad de Servicios de Atención Especializada.—Los medios precisos para facilitar las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Especializada se estructuran en cinco niveles asistenciales por tamaños de población.

Nivel I de Atención Especializada: municipios de 20.000 a 30.000 habitantes.

Nivel II de Atención Especializada: municipios de más de 30.000 y hasta 75.000 habitantes.

Nivel III de Atención Especializada: municipios de más de 75.000 y hasta 250.000 habitantes, en las Ciudades de Ceuta y Melilla y en capitales de provincia.

Nivel IV de Atención Especializada: municipios de más de 250.000 habitantes.

Servicios de Referencia.

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

La Entidad debe garantizar el acceso a los medios exigidos en cada nivel en los términos que se especifican en las siguientes cláusulas, salvo que dichos medios no existan, tanto en el ámbito privado como en el de los servicios públicos, supuesto en el que la Entidad debe facilitar el acceso a los medios disponibles en el municipio más próximo del mismo nivel o en el nivel inmediato superior en que existan.

A) Nivel I de Atención Especializada.—En los municipios de 20.000 a 30.000 habitantes se dispondrá, al menos, de los siguientes servicios de Atención Especializada para asistencia ambulatoria:

Especialidades Nivel I

- 02 Pediatría.
- 04 Análisis clínicos.
- 31 Obstetricia y ginecología. Incluye ecografía.
- 32 Oftalmología.
- 35 Otorrinolaringología.
- 37 MFR. Fisioterapia.
- 40 Cirugía ortopédica y traumatología.
- 42 Estomatología / Odontología.

La asistencia por Servicios de Urgencia se prestará conforme a las previsiones recogidas en la cláusula 2.4.

B) Nivel II de Atención Especializada.—En los municipios de 30.000 a 75.000 habitantes se dispondrá, al menos, de los siguientes servicios de Atención especializada para la asistencia en consulta ambulatoria, en hospital de día y en régimen de internamiento hospitalario:

Especialidades nivel II

- 02 Pediatría.
- 04 Análisis clínicos: bioquímica, hematología.
- 05 Anatomía patológica.
- 06 Anestesiología y preanimación. Anestesia epidural.
- 08 Aparato digestivo. Endoscopia.
- 09 Cardiología.
- 11 Cirugía general y del aparato digestivo.
- 17 Radiodiagnóstico.
 - Radiología convencional.
 - Mamografía.
 - TAC.
 - Ecografía.
- 21 Hemoterapia (sólo en atención hospitalaria).
- 23 Medicina intensiva (sólo en atención hospitalaria).
- 24 Medicina interna.
- 31 Obstetricia y ginecología.
 - IVE.
 - Ligadura de trompas.
- 32 Oftalmología.
- 35 Otorrinolaringología.
- 36 Psiquiatría / psicología (sólo en atención ambulatoria).
- 37 Medicina física y rehabilitación.
 - Fisioterapia.
 - Logopedia.
- 40 Cirugía ortopédica y traumatología.
- 42 Estomatología / Odontología.
- 43 Farmacia hospitalaria.

En este Nivel deberá disponerse de un mínimo de dos facultativos con atención en consulta ambulatoria. En el ámbito de los Análisis Clínicos se dispondrá, al menos de dos puntos de extracciones y obtención de muestras.

En todos los municipios encuadrados en este Nivel deberá facilitarse el acceso a Servicios de Urgencia hospitalarios.

Los Servicios de Urgencias hospitalarios deberán disponer de médicos de presencia física para las especialidades de Anestesiología y Reanimación, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría. 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 disponibles en cualquier momento.

En caso de hospitalización, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital ofertado se sitúe en un municipio limítrofe o colindante a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano.

C) Nivel III de Atención Especializada.—En municipios de más de 75.000 y hasta 250.000 habitantes, en las Ciudades de Ceuta y Melilla y en capitales de provincia, se dispondrá, al menos, de los siguientes servicios, para la asistencia en consulta ambulatoria, en hospital de día, en régimen de internamiento hospitalario y en Unidades de Hospitalización Domiciliaria:

Especialidades nivel III

- 02 Pediatría. Neonatología.
- 03 Alergología.
- 04 Análisis clínicos. Bioquímica, hematología, microbiología y parasitología.
- 05 Anatomía patológica.
- 06 Anestesiología y preanestesia. URPA, anestesia epidural, unidad del dolor.
- 07 Angiología y cirugía vascular.
- 08 Aparato digestivo. Endoscopia.
- 09 Cardiología. Marcapasos. Hemodinámica diagnóstica y terapéutica.
- 11 Cirugía general y del aparato digestivo. Laparoscopia.
- 13 Cirugía pediátrica.
- 16 Dermatología médico-quirúrgica y venereología.
- 17 Radiodiagnóstico.
 - Radiología convencional (simple y con contraste).
 - Mamografía.
 - TAC.
 - RNM.
 - Ecografía.
 - Densitometría.
- 18 Endocrinología y nutrición.
- 21 Hematología y hemoterapia.
- 23 Medicina intensiva. Cuidados intensivos pediátricos.
- 24 Medicina interna.
- 26 Nefrología. Hemodiálisis. Diálisis peritoneal.
- 27 Neumología. Broncoscopia.
- 29 Neurofisiología clínica. EEG, EMG, Potenciales evocados, Unidad del Sueño.
- 30 Neurología.
- 31 Obstetricia y ginecología.
 - Diagnóstico prenatal.
 - IVE.
 - Consejo Genético.
 - Reproducción Asistida.
 - Planificación familiar, Ligadura de trompas.
- 32 Oftalmología.
- 33 Oncología médica.
- 35 Otorrinolaringología.
- 36 Psiquiatría. Unidad de desintoxicación, unidad de trastornos de la alimentación.
- 37 Medicina física y rehabilitación.
 - Fisioterapia.
 - Terapia ocupacional.
 - Unidad de Atención temprana.
 - Logopedia.
- 40 Cirugía ortopédica y traumatología.
- 41 Urología. Endoscopia. Litotricia. Vasectomía.
- 42 Estomatología / Odontología.

- 43 Farmacia hospitalaria.
- 46 Psicología.
- 47 Cuidados paliativos. Unidad de hospitalización domiciliaria. Cuidados hospitalarios.

En este Nivel debe disponerse de un mínimo de tres facultativos con atención en consulta ambulatoria por cada una de las siguientes especialidades: Cardiología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Obstetricia y Ginecología Oftalmología, Oncología Médica, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Odontología. En el resto de las especialidades se dispondrá al menos de dos facultativos.

En el área de Análisis Clínicos debe disponerse, al menos, de tres puntos de extracción y recogida de muestras.

En todos los municipios encuadrados en el Nivel III deberá facilitarse el acceso a Servicios de Urgencia Hospitalarios.

Los Servicios de Urgencias hospitalarios dispondrán de las especialidades de Anestesiología y Reanimación, Cardiología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría y Urología con facultativos de presencia física. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los correspondientes especialistas, 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 disponibles en cualquier momento.

En caso de hospitalización, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital ofertado se sitúe en un municipio limítrofe o colindante a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano, con la excepción de las capitales de provincia, donde deberá garantizarse la asistencia en régimen de hospitalización.

D) Nivel IV de Atención Especializada.—En municipios de más de 250.000 habitantes, se dispondrá, al menos, de los siguientes servicios, para la asistencia en consulta ambulatoria, en hospital de día, en régimen de internamiento hospitalario y en Unidades de Hospitalización Domiciliaria:

Especialidades nivel IV

- 02 Pediatría.
- 03 Alergología.
- 04 Análisis clínicos. Bioquímica, Hematología, Microbiología, Genética, Inmunología.
- 05 Anatomía patológica.
- 06 Anestesiología y reanimación. URPA, anestesia epidural, unidad del dolor.
- 07 Angiología y cirugía vascular.
- 08 Aparato digestivo. Endoscopia, Cápsula endoscópica.
- 09 Cardiología. Hemodinámica. Electrofisiología.
- 10 Cirugía cardiovascular.
- 11 Cirugía general y del aparato digestivo. Laparoscopia.
- 12 Cirugía oral y maxilofacial.
- 13 Cirugía pediátrica.
- 14 Cirugía plástica, estética y reparadora.
- 15 Cirugía torácica.
- 16 Dermatología medico-quirúrgica y venereología.
- 17 Radiodiagnóstico.
 - Radiología convencional (simple y con contraste).
 - Mamografía.
 - TAC.
 - RNM.

- Ecografía.
- Angiografía digital.
- Radiología intervencionista.
- 18 Endocrinología y nutrición.
- 21 Hematológica y hemoterapia.
- 23 Medicina intensiva. Cuidados Intensivos Pediátricos.
- 24 Medicina interna. Unidad de Infecciosos.
- 25 Medicina nuclear. Diagnóstica y terapéutica. PET. PET-TAC.
- 26 Nefrología. Hemodiálisis. Diálisis peritoneal.
- 27 Neumología. Broncoscopia.
- 28 Neurocirugía.
- 29 Neurofisiología clínica. EEG, EMG, Potenciales evocados, Unidad del Sueño.
- 30 Neurología.
- 31 Obstetricia y ginecología.
 - Diagnóstico prenatal.
 - IVE.
 - Obstetricia de alto riesgo.
 - Consejo Genético.
 - Reproducción Asistida.
 - Planificación familiar, Ligadura de trompas.
- 32 Oftalmología.
- 33 Oncología medica.
- 34 Oncología radioterapia. Cobaltoterapia, Radiumterapia e Isotopos, Acelerador lineal, Braquiterapia.
- 35 Otorrinolaringología.
- 36 Psiquiatría. Unidad de desintoxicación, Unidad de trastornos de la alimentación.
- 37 Medicina física y rehabilitación.
 - Fisioterapia.
 - Terapia ocupacional.
 - Unidad de Atención temprana.
 - Logopedia.
- 40 Cirugía ortopédica y traumatología.
- 41 Urología.
- 42 Odontología.
- 43 Farmacia hospitalaria.
- 46 Psicología.
- 47 Cuidados paliativos. Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Cuidados hospitalarios.

En este Nivel debe disponerse de un mínimo de tres facultativos con atención en consulta ambulatoria por cada una de las siguientes especialidades: Alergología, Cardiología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Dermatología Médico Quirúrgica, Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Obstetricia y Ginecología Oftalmología, Oncología Médica, Otorrinolaringología, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Urología, y Odontología. En el resto de las especialidades se dispondrá al menos de dos facultativos.

En el ámbito de los Análisis Clínicos deberá disponerse, al menos de cuatro puntos de extracción y obtención de muestras.

En todos los municipios encuadrados en este Nivel deberá facilitarse el acceso a Servicios de Urgencia Hospitalarios.

Los Servicios de Urgencias hospitalarios dispondrán de las especialidades de Anestesiología y Reanimación, Angiología y cirugía vascular, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Ginecología

y Obstetricia, Medicina Interna, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría y Urología con facultativos de presencia física. No obstante, si la guardia fuera localizada, deberá garantizarse la disponibilidad de los correspondientes especialistas, 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 disponibles en cualquier momento.

En caso de hospitalización, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital ofertado se sitúe en un municipio limítrofe o colindante a una distancia inferior a 30 minutos desde el núcleo urbano, con la excepción de las capitales de provincia, donde deberá garantizarse la asistencia en régimen de hospitalización.

E) Servicios de Referencia.—Se consideran Servicios de Referencia los siguientes:

Especialidades y servicios de referencia

Tratamientos complejos del cáncer:

- Cirugía con intención curativa del cáncer de esófago.
- Cirugía con intención curativa del cáncer pancreático.
- Cirugía de las metástasis hepáticas.
- Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos.
- Cirugía radioguiada.
- Tratamientos complejos de radioterapia. Radiocirugía.

Trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano.

Unidad de daño cerebral.

Unidad de lesionados medulares.

Unidad de grandes quemados.

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.

3.4 Condiciones especiales para las islas de los archipiélagos balear y canario.

3.4.1 La Entidad contará en las islas de los archipiélagos balear y canario con medios suficientes y estables para prestar asistencia sanitaria.—En las islas de Formentera, La Gomera, El Hierro y La Palma deberá facilitarse el acceso de los beneficiarios a los servicios de Atención Primaria y de Atención Especializada correspondientes al Nivel I, establecido en la cláusula 3.3. Además, en La Gomera, El Hierro y La Palma se facilitará el acceso a servicios de urgencia hospitalarios.

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.

3.4.2 La Asistencia Sanitaria por Servicios de Referencia, si no estuvieran disponibles en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en el servicio que elija el beneficiario de los ofrecidos por la Entidad, corriendo a cargo de la misma los gastos de desplazamiento.

3.4.3 Cuando el beneficiario precise atención especializada por servicios no disponibles en la isla donde se encuentre, la Entidad asumirá los gastos de desplazamiento a los Servicios de Atención Especializada disponibles en la isla más próxima, en los medios especificados en las cláusulas 2.7.1 ó 2.7.2, 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.

3.4.4 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.

3.5 Catálogo de Servicios de la Entidad.

3.5.1 Criterios generales.—El Catálogo de Servicios de la Entidad contiene la relación detallada de los medios de la Entidad y la información necesaria para posibilitar su utilización adecuada por los beneficiarios. Los Catálogos de Servicios pueden estar dirigidos, además de a los beneficiarios del ISFAS, también a los colectivos pertenecientes a MUFACE y MUGEJU.

El contenido del Catálogo de Servicios será claro, completo y transparente, debiendo figurar sin exclusiones todos los facultativos y centros asistenciales concertados por la Entidad que hayan sido ofertados para la suscripción del Concierto.

Los Catálogos de Servicios no incluirán publicidad o mensajes publicitarios ni información relativa a otros productos o servicios de la Entidad.

3.5.2 Contenido.—Los Catálogos de Servicios serán de ámbito provincial y el contenido de su información se estructurará de la siguiente manera:

En la primera página, y de forma destacada, deberán figurar al menos los siguientes datos:

Teléfono 900 gratuito para la atención en situaciones de urgencia y coordinación de los recursos para la asistencia urgente durante las 24 horas todos los días del año. Este número será único para todo el territorio nacional y figurará en lugar destacado en el Catálogo de Servicios. Además figurará en la tarjeta sanitaria, a la que se alude en la cláusula 1.8...

Dirección de los centros de urgencias ambulatorias y hospitalarias.

Teléfonos de servicios de ambulancias.

Teléfono de Información de la Entidad.

Número de fax u otro sistema para autorizaciones.

Dirección, teléfonos y horario de funcionamiento de, al menos, una oficina de ámbito provincial para la atención presencial de los titulares y beneficiarios.

Página Web de la Entidad

Índice general del Catálogo.

Información general y normas de uso establecidas en el Concierto.

Se incluirá un resumen de derechos y normas de uso de mayor relevancia, recogidos en el Concierto, que en ningún caso sustituyen el contenido del mismo.

La información mínima a incluir en este apartado se estructurará y ordenará, atendiendo a los siguientes criterios:

Objeto del Concierto y alcance de la acción protectora.

Normas de utilización de los medios de la Entidad.

Tarjeta Sanitaria.

Libertad de elección de facultativo y centro.

Medios de la Entidad.

Garantía de accesibilidad a los medios (cláusula 3.2).

Utilización de medios no concertados.

Relación de servicios que precisan autorización previa de la Entidad (Anexo 5 del Concierto) y detalle del procedimiento para su obtención.

Asistencia urgente de carácter vital.

Asistencia en Consulta.

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 con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o, en su caso, cuando no se hayan formalizado Convenios.

En Anexo aparte se incluirá la relación detallada de los municipios afectados por dicho Convenio en el ámbito provincial.

Asistencia domiciliaria.

Asistencia en régimen de hospitalización, incluida la hospitalización de día y domiciliaria.

Transporte sanitario. Modalidades y requisitos para su utilización.

Información sobre otras prestaciones sanitarias: Terapias respiratorias, Prestación ortoprotésica, Salud bucodental, Rehabilitación, Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad

Información sobre asistencia sanitaria en caso de accidente cuando existe un tercero obligado al pago (accidentes de tráfico, deportistas federados, etc.)

Servicios que, en cada municipio, ofrezca la Entidad por encima de las exigencias establecidas en el Concierto, que constituirá su oferta diferenciada de servicios, como elemento para facilitar la elección de Entidad por parte de los titulares. Estos medios formarán parte de la oferta de Servicios de la Entidad y estarán sujetos a las condiciones generales establecidas en el Concierto y en particular a las previsiones recogidas en la cláusula 3.5.4.

Cuadro Médico.—Incluye la relación de Medios de Atención Primaria y Especializada, por municipios incluidos en cada Nivel de asistencia sanitaria y forma de acceder a los servicios.

Los profesionales y centros sanitarios se relacionarán por municipios, empezando por la capital de la provincia, que se seguirá del resto de los municipios en orden alfabético.

Todos los profesionales, centros y unidades funcionales deberán aparecer relacionados con sus datos de identificación (nombre y apellidos), debiendo figurar, además, la dirección, teléfono y horarios de funcionamiento.

En cada municipio se relacionarán primero los medios disponibles para la Atención de Urgencia, después los de Atención Primaria y a continuación los correspondientes a la Atención Especializada.

Atención de Urgencia: se relacionarán los servicios extrahospitalarios y hospitalarios disponibles, así como los servicios de Ambulancias.

Atención Primaria: en cada municipio, los medios disponibles se relacionarán de la siguiente forma:

Medicina general o de familia.

Pediatría.

Enfermería.

Matronas.

Fisioterapia.

Odontología-Estomatología.

Dentro de cada grupo, los profesionales se ordenarán alfabéticamente por el primer apellido.

En el caso de municipios de Nivel IV, los recursos además se agruparán por códigos postales.

Atención Especializada: primero se relacionarán las consultas externas o ambulatorias especificando, en su caso, la subespecialidad o unidad funcional, siguiendo el orden alfabético de la denominación oficial de la especialidad y después, si existieran, los referidos a la asistencia especializada en régimen de hospitalización. En todos los casos, ordenados alfabéticamente por el primer apellido del profesional.

En los municipios de nivel IV, los profesionales sanitarios de cada especialidad podrían, a su vez, agruparse por la denominación del centro hospitalario.

En cada Catálogo de Servicios provincial deberán relacionarse, separadamente, los Servicios de Referencia.

En las Provincias Insulares los recursos deberán figurar en los Catálogos de Proveedores diferenciados por Islas, constando en primer lugar la "capital" o núcleo principal de la Isla, y los restantes municipios por orden alfabético.

Índice de facultativos por orden alfabético.

Relación de Servicios de Urgencias y Ambulancias de todas las provincias.

Cartera de Servicios de Atención Especializada: Incluirá los Cuadros con la Cartera de Servicios de Atención Especializada por niveles de atención especializada ofertada, desglosada por consulta externa y hospitalización.

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

3.5.3 Responsabilidad en la edición de los Catálogos de Servicios.—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 3.5.2. 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 2011, 2012 y 2013, en caso de prórroga del Concierto.

3.5.4 Invariabilidad de los Catálogos de Servicios.—El Catálogo de Servicios de la Entidad debe mantenerse estable y garantizar el principio de continuidad asistencial de los pacientes.

Por ello, la oferta de medios de la Entidad publicitada en el Catálogo de Servicios únicamente podrá registrar altas de nuevos servicios, sin que puedan producirse bajas en 2010, salvo aquellas que se lleven a cabo a petición del especialista o centro por cese de actividad o traslado, 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 2010, correspondiendo a la Entidad asumir el abono de los gastos que pudieran facturarse por la utilización de tales servicios.

Cuando 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 6.5.4. del Concierto, mediante Acuerdo del Subdirector de Prestaciones que se notificará a la Entidad.

Posteriormente, una vez concluido el primer año de vigencia del Concierto, podrán registrarse bajas que obedecieran a circunstancias excepcionales debidamente acreditadas. En este caso, las bajas deberán ser comunicadas a la Delegación del ISFAS, justificando los motivos, con 30 días de antelación.

Si la baja afecta a centros o servicios hospitalarios, la Entidad debe informar al ISFAS de los beneficiarios que estén siendo atendidos, en dichos centros o servicios.

La baja no podrá efectuarse hasta transcurridos al menos 30 días hábiles siguientes a la comunicación. En cualquier caso la Entidad está obligada a sustituir en el menor plazo posible al profesional u hospital que haya causado baja debiendo comunicar al ISFAS los servicios, centros o facultativos que hayan de sustituir a las bajas producidas. Así mismo deberá dirigir una comunicación, con carácter generalizado, a los beneficiarios sobre las altas o bajas producidas en los Catálogos de Servicios de la Entidad.

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, sin perjuicio de las compensaciones que hubiera de asumir, conforme a las previsiones recogidas en la cláusula 6.6.

3.5.5 Principio de Continuidad Asistencial.

A) Si una vez concluido el 2010 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. En el caso de que se produjeran ingresos 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 mientras se mantenga la vigencia del Concierto y sus respectivas prórrogas.

3.5.6 Información relativa a los medios disponibles.—La Entidad deberá facilitar al ISFAS la información relativa a los medios disponibles para facilitar las prestaciones que son objeto del Concierto, en soporte informático. Esta información se facilitará en una base de datos con la estructura que se establece en el Anexo 5.

3.6 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.

A petición del beneficiario, la Entidad facilitará su derivación a los centros o servicios donde le pueda ser prestada la asistencia que precise, sin perjuicio del derecho a la libertad de elección de servicios concertados.

3.7 Calidad de la Asistencia Sanitaria.

3.7.1 Para el desarrollo de estrategias de mejora de la calidad, 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, con el fin de que sirvan como instrumento de ayuda en la toma de decisiones clínicas, promoviendo su implantación efectiva en la práctica asistencial de los asegurados del ISFAS.

3.7.2 En relación con la prescripción farmacéutica, la Entidad impulsará la participación de sus facultativos en todas las medidas y actividades establecidas por el ISFAS para la mejora de la utilización de medicamentos y productos y colaborará en los procedimientos que se inicien para verificar la adecuación de prescripciones individualizadas y en la adopción de las correspondientes medidas de control.

3.7.3 La Entidad velará porque los facultativos informen correctamente a los pacientes de todo lo referente a su enfermedad y proceso asistencial, garantizando el cumplimiento de todos los principios recogidos 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. En especial velará por que se lleve a cabo el consentimiento informado en cuantos procedimientos lo requieran así como que se cumpla con las instrucciones previas cuando el paciente haya formalizado su testamento vital.

3.8 Medios técnicos para procesos telemáticos.—La Entidad promoverá acciones tendentes a que los médicos concertados dispongan en sus consultas de medios informáticos: ordenador con lector de tarjetas e impresora y conexión a Internet, para poder llevar a cabo las acciones contempladas en la cláusula 3.7., 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. Además la Entidad se compromete a que los médicos con mayor volumen de actividad, conforme a los criterios que determine el ISFAS en el plazo de seis meses tras la entrada en vigor del Concierto, dispongan de e-DNI o certificado de la FNMT para hacer posible su acceso a determinados entornos seguros con firma digital.

Además, en colaboración con MUFACE y MUGEJU, se impulsará un programa de Historia Clínica Electrónica, compatible con la prescripción farmacéutica en receta informatizada.

3.9 Requisitos para la utilización de los medios de la Entidad.

3.9.1 Identificación.—Con carácter general, se deberá acreditar previamente la condición de beneficiario, exhibiendo el correspondiente Documento de Afiliación al ISFAS.

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, sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 1.8.3.

En el caso de asistencia por maternidad a las beneficiarias a que se refiere la cláusula 1.6 no incluidas en el Documento de Beneficiarios del/de la titular, la Entidad facilitará un documento que garantice el acceso a la asistencia, cuando se acredite la condición de beneficiarias por maternidad, mediante certificado emitido por la Delegación del ISFAS.

Para la realización de técnicas y procedimientos de diagnóstico y tratamiento se precisará la prescripción del facultativo del Catálogo de Servicios.

3.9.2 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 de la Entidad. 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, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizadas en el momento de la consulta, por falta de tiempo para obtenerla.

La solicitud de autorización de un determinado medio diagnóstico o terapéutico deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la Entidad, para facilitar el servicio y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios. En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico incluido en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, indicado por un facultativo de la Entidad.

El Anexo 2 contiene una relación exhaustiva, con las especificaciones pertinentes, de los supuestos de utilización de los medios que exigen autorización previa de la Entidad, así como el procedimiento que deberá desarrollarse para facilitar que los titulares y beneficiarios obtengan dicha autorización.

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

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 2.3.3, 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 autorizará a su cargo cualquier tratamiento o internamiento en un Hospital de la Defensa.

CAPÍTULO 4

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 62 de su Reglamento General, en relación con la cláusula 3.1.1. 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 Supuestos de denegación injustificada de asistencia.—A los fines previstos en el artículo 62 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, prescrita por un médico del Catálogo de Servicios, 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.

B) Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en la cláusula 3.3 del presente Concierto.

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

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 deberá 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.

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.

Si la Entidad autoriza la remisión a un facultativo o centro no concertados, debe asumir los gastos ocasionados por el proceso asistencial, sin exclusiones. No obstante, transcurrido un año desde el inicio de la asistencia, el beneficiario deberá solicitar a la Entidad la renovación de la prestación o la continuidad de la asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente la fecha de solicitud, la Entidad autorice la renovación o bien ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios.

D) Cuando en 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.

4.2.2 Obligaciones de la Entidad.—En cualquiera de los supuestos señalados, la Entidad abonará los gastos ocasionados por la asistencia del beneficiario directamente a los correspondientes servicios, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito.

En el supuesto de que el beneficiario hubiera realizado el pago, la Entidad deberá proceder al correspondiente reintegro en el mismo plazo.

4.2.3 Reclamaciones.—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 la cláusula 4.2.1. o cuando no hubiera efectuado el reintegro o el pago directo de los gastos ocasionados en los plazos señalados en la cláusula 4.2.2.

4.2.4 Otros efectos.—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 y requisitos.—A los fines igualmente previstos en el artículo 62 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, se considera situación de urgencia de carácter vital aquélla 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 3.

Para que el beneficiario tenga derecho a la cobertura de los gastos producidos por utilización de medios ajenos a la Entidad en situación de urgencia vital, debe concurrir 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.

4.3.2 Asistencia por accidente en Acto de Servicio.—La asistencia que precisen los titulares del ISFAS pertenecientes a cualquier Ejército o al 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 el segundo párrafo de la cláusula anterior.

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, ofrezca una alternativa asistencial que posibilite 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 u otra persona en su nombre comunicará a la Entidad la asistencia recibida con medios ajenos dentro del plazo de los quince días hábiles siguientes al inicio de la asistencia, aportando el informe médico que permita valorar la situación, 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 pago 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.

En el primer caso, la Entidad deberá efectuar el pago directamente a los correspondientes servicios dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de la comunicación al beneficiario, salvo que el interesado hubiera adelantado el pago, supuesto en que procederá a su reintegro.

Cuando la Entidad no se considere obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia vital, en el plazo señalado, notificará su decisión al beneficiario.

4.3.6 Reclamaciones.—El beneficiario podrá presentar reclamación en la correspondiente Delegación del ISFAS cuando la Entidad incumpla las obligaciones previstas en la cláusula 4.3.5, en caso de discrepancia con el criterio de la Entidad o ante la falta de respuesta en el plazo establecido al efecto.

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 2.7 de este Concierto. Asimismo, el beneficiario tendrá derecho a que la Entidad abone los gastos ocasionados por dicho traslado. El pago 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 5

Información y documentación sanitaria

5.1 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 no especificados que, durante la vigencia del Concierto, pudieran ser demandados por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, la Entidad 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, prestando especial atención a lo referente al consentimiento informado y al respeto de las instrucciones previas, conforme a lo dispuesto en los artículos 10 y 11 de la citada Ley 41/2002.

5.2 Información general sobre actividad.

5.2.1 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.

5.2.2 La Entidad facilitará al ISFAS, en soporte informático o por procedimientos telemáticos, 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 4 del presente Concierto.

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

5.2.4 Los cuadros a los que se alude en la Cláusula 5.2.2. se facilitarán con una Memoria explicativa de los criterios empleados para el cálculo de los costes que se reflejan en los mismos.

Dicha información podrá ser sustituida por aquella elaborada por la propia Entidad, en la que figuren sus análisis de costes a efectos de evaluación económica de su actividad.

5.3 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, así como aquellos otros datos que sean solicitados por el Ministerio de Sanidad y Política Social para el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Todo ello en el formato y con la periodicidad que se determine por el ISFAS, para su posterior traslado al Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.4 Información sobre Asistencia Hospitalaria.

5.4.1 El Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.) se recopila en todo el Sistema Nacional de Salud.—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.

5.4.2 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 cuyo contenido se recoge en el Anexo 4.

5.4.3 La Entidad, en las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita, se ocupará de informar a los beneficiarios de este Concierto 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 y su normativa de desarrollo.

5.4.4 La Entidad facilitará al ISFAS el CMBD en formato electrónico de todas las personas protegidas por el ISFAS que estén adscritas a la Entidad y que hayan tenido un ingreso hospitalario o que hayan sido sometidas a Cirugía Mayor Ambulatoria.

5.4.5 El CMBD deberá presentarse trimestralmente, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del periodo correspondiente.

5.5 Documentación Clínica.

5.5.1 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 informático. En cualquier caso deberá cumplirse con los requisitos legales ya referidos en la cláusula 5.1.

5.5.2 El informe de alta, en cualquier tipo de modalidad asistencial, 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.

5.5.3 También se entregará, 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.

5.6 Documentación Sanitaria.

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

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.

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.

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

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.

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 6

Régimen jurídico del Concierto

6.1 Naturaleza y régimen jurídico del Concierto.

6.1.1 El presente Concierto tiene naturaleza administrativa de contrato de gestión de servicios públicos, de acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional vigésimo tercera de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, y su régimen jurídico es el establecido en el Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y en el Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, siendo su régimen de contratación el previsto en el artículo 119 del citado Reglamento.

Por lo tanto, el presente Concierto se rige por:

El Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, especialmente las previsiones contenidas en su artículo 5.2 que señala que el régimen de los conciertos para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica será el establecido por esta Ley y sus normas de desarrollo, por la Ley General Presupuestaria en las materias que sea de aplicación y, supletoriamente, por la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

El Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto 1726/2006, de 21 de diciembre, con especial referencia a la previsión recogida en su artículo 119, sobre el régimen de la contratación del Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

La Resolución por la que se convoca la presentación de solicitudes para la formalización del Concierto del ISFAS para la asistencia sanitaria en territorio nacional, de los titulares y demás beneficiarios que no opten por recibirla a través del sistema sanitario público.

El propio Concierto.

Para lo no previsto en las disposiciones aludidas, el Concierto se regirá por la legislación básica del Estado en materia de contratos públicos, es decir, por la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (LCSP) y por el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 1098/2001, de 12 de Octubre, (RGLCAP). Supletoriamente, se aplicarán las restantes normas de derecho administrativo y, en su defecto, las normas de derecho privado.

6.1.2 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 el objeto 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.

6.1.3 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, conforme al 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.

6.1.4 Con los límites, requisitos y efectos señalados en la citada Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público 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 6.6. del presente Concierto por incumplimiento parcial de las obligaciones de la Entidad.

6.2 Naturaleza y régimen de las relaciones asistenciales.

6.2.1 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.

6.2.2 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.

6.2.3 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.

6.3 Comisiones Mixtas.

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

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

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 el apartado b) precedente, 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.

6.3.2 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 previsiones recogidas en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

6.3.3 Las funciones señaladas en la cláusula 6.3.1 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 6.4.

6.3.4 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 del ISFAS.

6.3.5 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 entenderá que aquélla acepta los acuerdos que adopte el ISFAS en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

C) 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.

6.3.6 La Comisión Mixta Nacional la integrarán de uno a tres representantes del ISFAS y de uno a tres representantes 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.

6.3.7 El funcionamiento de la Comisión Mixta Nacional se ajustará a las mismas normas señaladas en la cláusula 6.3.5 para las Comisiones Provinciales, excepto las contenidas en el apartado B), si bien las reuniones de carácter ordinario podrán convocarse a lo largo de todo el mes.

6.4 Procedimiento para las reclamaciones.

6.4.1 Los beneficiarios podrán reclamar del ISFAS que, con arreglo a lo previsto en la cláusula 6.1, 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 6.2. 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 asumir, el ISFAS podrá iniciar de oficio la reclamación ante la Comisión Mixta que considere oportuna.

6.4.2 Las reclamaciones se formularán por escrito ante la correspondiente Delegación territorial del ISFAS, acompañando cuantos documentos puedan fundamentarla.

6.4.3 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.

6.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperen, 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.

6.4.5 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.

6.4.6 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 del día de la primera reunión que se celebre. Estudiado por la misma, resolverá la Gerencia del ISFAS.

6.4.7 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 artículo 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.

6.4.8 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.

6.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.

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

A) Cuando la reclamación tenga por objeto que se autorice una determinada asistencia sanitaria, la Entidad procederá, en el plazo de diez días a partir de la notificación de la resolución, a emitir la correspondiente autorización.

B) Cuando la reclamación tenga por objeto que la Entidad asuma directamente algún gasto, la Entidad procederá, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, a efectuar el abono al correspondiente servicio sanitario.

C) Cuando la reclamación tenga por objeto el reembolso de los gastos reclamados, la Entidad procederá al reembolso, en el plazo de un mes a partir de la notificación de la resolución, 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.

6.5.2 Dentro de los plazos citados, la Entidad deberá comunicar a la Delegación del ISFAS:

a) Que ha procedido a emitir la autorización, a efectuar el abono directo al correspondiente servicio sanitario o a rembolsar los gastos o,

b) Que no ha procedido a realizar alguna de las actuaciones anteriores por causa ajena a su voluntad, especialmente porque el interesado no se ha presentado, por no haberse aportado por el mismo los justificantes oportunos o por no haber sido aceptado el pago por éste.

6.5.3 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, dictará el oportuno acuerdo 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.

6.5.4 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 6.4.7. estos recargos serán por cuenta del ISFAS.

6.5.5 Las Resoluciones administrativas o Sentencias que resuelvan recursos 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 6.5.4.

6.6 Compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones. procedimiento para su imposición.

6.6.1 Compensaciones por incumplimiento de obligaciones.—Cuando, tras el procedimiento correspondiente, se determine el incumplimiento de determinadas obligaciones contenidas en el Concierto, sin perjuicio de otros efectos previstos en el mismo, la Gerencia del ISFAS impondrá las siguientes compensaciones económicas a la Entidad:

A) El incumplimiento de las obligaciones previstas en la cláusula 1.7.3 dará lugar al abono de una compensación económica de hasta 50.000 euros por cada una de las provincias en que se produzca dicho incumplimiento.

B) Si la Entidad no hiciera entrega de los Catálogos de Proveedores en las Delegaciones 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, conforme a lo establecido en la cláusula 3.5.3, vendrá obligada a abonar una compensación económica del 2% 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, con un mínimo de 1000 euros, cuando la entrega se efectúe durante el mes de enero. En el supuesto de dilatarse la entrega, se incrementará la compensación económica en un 3% adicional por cada mes transcurrido.

C) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la cláusula 3.5.4. podrá dar lugar al abono por parte de la Entidad de una compensación de entre 30.000 y hasta 60.000 euros, cuando la baja de servicios que se produzca en el período establecido para el cambio ordinario de Entidad o en el mes anterior o posterior a dicho período, implique una selección de riesgos.

D) El incumplimiento por parte de la Entidad de la obligación de entregar el documento provisional para el acceso inmediato a los servicios de los titulares y beneficiarios desde el momento del alta, conforme a lo dispuesto en la cláusula 1.8.2. del Concierto, dará lugar al abono de una compensación de hasta 3.000 euros, cuando impida el acceso a recibir la asistencia sanitaria al beneficiario afectado.

E) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas, en relación con la denegación de una solicitud de prestación que, figurando en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, haya sido indicada por un facultativo concertado por la Entidad, en una materia que ya hubiera sido abordada en Comisión Mixta Nacional de forma reiterada (en más de dos ocasiones), dando lugar a resolución estimatoria por la Gerencia del ISFAS. En este caso, la Entidad vendrá obligada a abonar una compensación económica de entre 1.000 y 6.000 euros.

F) El incumplimiento por la Entidad de las obligaciones previstas en la cláusula 5.2. dará lugar al abono de una compensación económica del 2% del importe total de las primas de su colectivo, por mes de demora producido en la entrega de la información requerida.

6.6.2 Procedimiento para la imposición de compensaciones económicas.

A) En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en el Concierto, se iniciará el procedimiento para la imposición de compensaciones por el Delegado del ISFAS que, tras documentar el correspondiente expediente, lo remitirá a la Gerencia del ISFAS, que dará audiencia a la Entidad para que, en el plazo de diez días, formule las alegaciones que considere oportunas.

Sobre el asunto recaerá Acuerdo de la Gerencia del ISFAS contra el 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.

En su caso, se procederá a descontar la compensación económica en el siguiente pago mensual a la Entidad.

B) Para la determinación del importe de la correspondiente compensación económica que en cada caso se imponga, se tendrán en cuenta con carácter general, sin perjuicio de los aspectos en cada supuesto especificados, entre otros los siguientes factores:

Perjuicio ocasionado.

Número de titulares y beneficiarios afectados.

Reiteración del incumplimiento.

En todo caso, el importe de las compensaciones no podrá exceder del diez por ciento del importe de las cuotas mensuales que se estime que pudiera percibir la Entidad, en función del colectivo adscrito en el mes en que se tramite el procedimiento.

CAPÍTULO 7

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 2010 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 2011, 2012 Y 2013 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 2011, la Entidad continuará obligada por el contenido de éste en el año 2010, para el colectivo que tuviera adscrito al treinta y uno de diciembre de dicho año, hasta el momento de su baja que, en último extremo, tendría lugar el treinta y uno de enero del año 2011. No obstante, en los casos en que, en el momento de la baja, se estuviese prestando una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad cuando el parto estuviese previsto para el mes de febrero, la Entidad estará obligada a atender la cobertura de la asistencia hasta el día en que, respectivamente, se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad, sin que estas obligaciones puedan extenderse más allá del 31 de diciembre de 2011.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año 2011 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año 2010, el 50 % del precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que suscriban la prórroga del Concierto para el año 2011. No obstante, del importe a abonar por el mes de diciembre de 2010 y de enero de 2011, el ISFAS retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de diciembre del año 2011, 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 50% restante de la cuota correspondiente a cada beneficiario que estuviera adscrito a la Entidad que no formalizara la prórroga, a 31 de diciembre, se abonará a la Entidad de nueva adscripción.

El colectivo afectado deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca el ISFAS y la elección tendrá efectos desde el momento del alta en la nueva Entidad, 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 2011, no se prorrogase, sin embargo, para los años 2012 ó 2013, 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, referidas 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:

- a) Las relativas a los titulares, incluidas las que afecten a sus beneficiarios, si existen.
- b) 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, conforme a lo previsto en la cláusula 6.5.5 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:

En 2010, el ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 82,10 euros por mes, por cada beneficiario protegido que tuviese 70 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

En 2010 el ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 65,90 euros por mes, por cada beneficiario protegido que fuese menor de 70 años y mayor de 60 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

Asimismo, en 2010 el ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 55,50 euros por mes, por cada beneficiario protegido que fuese menor de 60 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 el año 2011 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 Cuotas específicas por cumplimiento de objetivos.

Conforme a lo previsto en las cláusulas 2.8.7 y 2.8.8, la consecución de determinados objetivos dará lugar al pago de las siguientes cuotas mensuales exclusivamente por cada persona adscrita a la Entidad para asistencia completa:

a) Cuota asociada a la extensión del Programa de Receta Informatizada.–Esta cuota se abonará cuando las prescripciones que se realicen en recetas informatizadas por los médicos de los servicios de la Entidad representen, al menos, un 10% del total de sus prescripciones en recetas del ISFAS.

En función del volumen de las prescripciones que se realicen en receta informatizada, el importe de esta cuota será el siguiente:

Porcentaje de recetas informatizadas	Cuota mensual – euros
10%-20%	0,15
21%-40%	0,30
41%-60%	0,50
61%-70%	0,65

b) Cuota asociada a objetivos de mejora en la calidad de la prescripción farmacéutica.

Los meses en que se alcance una puntuación igual o superior a 6 puntos por el cumplimiento de los objetivos definidos en la cláusula 2.8.8, se abonará una cuota adicional por persona y mes cuyo importe estará en relación con la puntuación que se alcance, conforme a la siguiente escala:

- 6 puntos: cuota de 0,20 euros.
- 7 puntos: cuota de 0,30 euros.
- 8 puntos: cuota de 0,45 euros.
- 9 puntos: cuota de 0,65 euros.

El pago de las cuotas asociadas a la consecución de objetivos se realizará mensualmente, si bien, para la valoración de la consecución de objetivos del mes que corresponda (mes n), se tendrán en cuenta los datos obtenidos a partir de la facturación de recetas del mes n-2.

ANEXO 1

Medios en asistencia en zonas rurales

Los beneficiarios acogidos al Concierto, deben tener acceso a los servicios de Atención Primaria 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, reclamándose, en su caso, al tercero obligado al pago el coste de la asistencia prestada.

Por tanto, 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, se tendrá en cuenta lo siguiente:

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 2010.

ANEXO 2

Relación de servicios que precisan autorización previa de la Entidad

1. Servicios que precisan autorización previa de la Entidad

De conformidad con lo previsto en la cláusula 4.7 del Concierto, la prestación de los servicios que se indican a continuación precisa autorización previa de la Entidad:

1.1 Hospitalizaciones.

- a) Hospitalización.
- b) Hospitalización de día.
- c) Hospitalización domiciliaria.

1.2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas.

- A) Cirugía ambulatoria.
- B) Odontología: Tartrectomía -limpieza de boca- y Periodoncia.
- C) Rehabilitación y Fisioterapia.
- D) Terapias Respiratorias domiciliarias: 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, Mamografía, Radiología intervencionista, PET-TAC, Gammagrafía, Doppler y Densitometría ósea
- H) Estudios neurofisiológicos.
- I) Estudio y tratamiento endoscópico.
- J) Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.
- K) Obstetricia: Amniocentesis.
- L) Oftalmología: Retinografía y tratamiento laser.
- M) Tratamiento en Unidad de Dolor.
- N) Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
- O) Litotricia renal.

1.3 Psicoterapia.

1.4 Asistencia a médicos consultores.

1.5 Servicios de correspondientes al Nivel IV (excepto consultas ambulatorias de especialistas) y servicios de referencia.

2. Procedimiento a desarrollar por la Entidad para facilitar a los titulares y beneficiarios la autorización previa para la prestación de los servicios que la precisan

2.1 La autorización previa de los servicios relacionados en el punto 1 de este Anexo deriva de la necesidad de ordenar y canalizar las prestaciones por parte de la Entidad, para facilitar la asistencia y evitar demoras, pero nunca puede suponer una restricción al acceso a las prestaciones reconocidas en la Cartera de Servicios.

En ningún caso se denegará una solicitud de un medio diagnóstico o terapéutico incluido en la Cartera de Servicios establecida en este Concierto, indicado por un facultativo de la Entidad.

2.2 La Entidad, a través de los facultativos que prescriban o realicen los servicios que precisen autorización previa, 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, en el caso de actos médicos o quirúrgicos realizadas en el momento de la consulta, por falta de tiempo para obtenerla.

2.3 La Entidad dispondrá los recursos organizativos necesarios para facilitar que los titulares y beneficiarios del ISFAS que lo precisen obtengan la autorización previa para prestación de los servicios que se indican en el punto 1 de este Anexo, por cualquiera de los medios siguientes:

- A) Presencialmente, en cualquiera de sus delegaciones.
- B) Telefónicamente.
- C) Por fax.
- D) A través de la página web de la Entidad.
- E) Otros procedimientos telemáticos.

2.4 Los titulares o beneficiarios que lo precisen podrán tramitar la solicitud de autorización previa enviándola a la Entidad por cualquiera de los medios disponibles.

2.5 Las solicitudes de autorización previa contendrán la siguiente información, cualquiera que sea el medio utilizado para su envío a la Entidad:

A) Datos personales del solicitante:

Nombre y apellidos.
Número de tarjeta sanitaria.
Teléfono de contacto (correo electrónico o fax).
Provincia en la que se realizará la prestación.

B) Datos del servicio para el que se solicita autorización previa:

Identificación del servicio solicitado.
Fecha de prescripción.
Identificación del facultativo concertado que realiza la prescripción.
Fecha prevista para la realización de la prestación, en su caso.
Centro sanitario en el que se realizará la prescripción, en su caso.

C) Petición de asesoramiento:

El titular o beneficiario tendrá la posibilidad de señalar si precisa asesoramiento por parte de la Entidad.

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

2.7 La Entidad, una vez recibida la solicitud, podrá confirmar el profesional o centro sanitario elegido por el solicitante o bien, si así lo estima conveniente, asignar otro diferente, siempre que constituya una alternativa asistencial válida para la realización de la prestación solicitada.

2.8 La autorización emitida por la Entidad tendrá un número de identificación, que será único y específico para la prestación solicitada y detallará el profesional o centro sanitario donde ésta haya de realizarse. La Entidad podrá remitirla al titular o beneficiario por alguno de los siguientes medios:

- A) En mano, cuando la solicitud se haya presentado presencialmente en cualquiera de las delegaciones de la Entidad y, ello resulte posible.
- B) Por correo, teléfono o fax, cuando la solicitud se haya presentado por fax o, cuando habiéndose presentado de forma presencial, no sea posible su tramitación en el acto.
- C) Por correo electrónico, cuando la solicitud se haya presentado a través de la página web de la Entidad.
- D) Otros procedimientos telemáticos.

La presentación del número de autorización habilitará al solicitante para el acceso a la prestación autorizada, sin ningún tipo de restricción y en las condiciones previstas en el Concierto.

2.9 El envío de la autorización al titular o beneficiario por parte de la Entidad se realizará a la mayor brevedad posible, a fin de evitar eventuales demoras en el acceso a la prestación solicitada. Si no fuera posible la tramitación inmediata, la Entidad dispondrá como máximo de 5 días hábiles para su envío, excepto en el caso previsto en el punto C de la cláusula 4.2.1 del Concierto, en el que dispondrá de diez días hábiles.

2.10 La Entidad únicamente podrá denegar la autorización previa si la solicitud:

- A) Carece de la información necesaria, en cuyo caso deberá ponerse en contacto inmediatamente con el solicitante con el objeto de completar la que falte.
- B) Se refiere a una prestación no incluida en la cartera de Servicios, en cuyo caso deberá informar al titular o beneficiario de esta circunstancia.
- C) No está soportada por la prescripción de un facultativo concertado, conforme a lo previsto en el Concierto, en cuyo caso igualmente deberá informar al titular o beneficiario de esta circunstancia.

2.11 Cuando así lo precise el solicitante, la Entidad le prestará el asesoramiento que este requiera para facilitarle el acceso a la prestación, según lo estipulado en el Concierto.

2.12 Cuando la necesidad de atención urgente impida la obtención de la autorización previa para la realización de una prestación incluida en el punto 1 de este Anexo, el beneficiario, u otra persona en su nombre, dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para solicitar la autorización correspondiente presentando la oportuna justificación de la urgencia.

2.13 La Entidad incluirá en su Catálogo de Servicios, página web y, en su caso, demás medios de información a los titulares y beneficiarios, toda la información del procedimiento de obtención de autorizaciones previas que resulte necesaria para facilitar su tramitación.

ANEXO 3

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 cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico o bacteriano. Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
4. Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca.
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. 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 severas del metabolismo electrolítico.

ANEXO 4

Sistemas de información asistencial

1. Información sobre actividad ambulatoria

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará al ISFAS los datos acumulados de actividad ambulatoria desglosados por:

1.1 Actividad de consulta médica.

Tabla Anexo 4.1.1 Actividad de consulta médica		
Especialidad	Nº de Consultas*	Coste
Medicina General Familiar		
Pediatría		
Alergología		
Anestesiología y Reanimación		
Angiología y Cirugía Vascolar		
Aparato Digestivo		
Cardiología		
Cirugía Cardiovascular		
Cirugía General y del Aparato Digestivo		
Cirugía Oral y Maxilofacial		
Cirugía Ortopédica y Traumatología		
Cirugía Pediátrica		
Cirugía Plástica, Estética 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		

Tabla Anexo 4.1.1 Actividad de consulta médica		
Especialidad	Nº de Consultas*	Coste
Obstetricia y Ginecología		
Oftalmología		
Oncología Médica		
Oncología Radioterápica		
Otorrinolaringología		
Psiquiatría		
Rehabilitación		
Reumatología		
Tratamiento del dolor		
Urología		
Servicio concertado a precio fijo / pago caputivo		
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.

1.2 Otra actividad ambulatoria.

Tabla Anexo 4.1.2 Otra actividad ambulatoria			
Actividad	Nº pacientes	Nº consultas/ sesiones/ servicios	Coste
D.U.E.			
Matrona			
Fisioterapia			
Foniatría/Logopedia			
Psicoterapia			
Oxigenoterapia/Terapias Respiratorias			
Transporte sanitario			
Ordinario			
Urgente			
Otras prestaciones: Tiras reactivas de glucosa, jeringuillas de insulina, farmacia (V04, Uso Hospitalario...)			
Indemnizaciones: Pagos directos a Asegurados por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, Convenios de zona rural,...			
Diálisis	Nº pacientes		

Tabla Anexo 4.1.2 Otra actividad ambulatoria			
Actividad	Nº pacientes	Nº consultas/ sesiones/ servicios	Coste
Hemodiálisis			
Diálisis domiciliaria			
Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD)			

1.3 Pruebas diagnósticas

Tabla Anexo 4.1.3 Pruebas diagnósticas		
Diagnóstico por imagen	Nº de estudios	Coste
Radiología Simple (cabeza, tronco, miembros, radiología estomatológica.)		
Radiología Especial (radiología de contraste, mamografía...)		
Radiología intervencionista		
Ecografía/Doppler (no incluye ecocardiografía ni ecografía ginecológica)		
Tomografía (TAC)		
Resonancia Nuclear Magnética		
Densitometría Ósea		
Otras técnicas		
Análisis clínicos:	Nº de determinaciones	Coste
Bioquímica		
Endocrinología (determinaciones hormonales)		
Genética		
Hematología		
Inmunología		
Microbiología		
Parasitología		
Otras determinaciones		
Anatomía patológica:	Nº de estudios	Coste
Biopsias		
Citologías		
PAAF		
Otros		
Medicina nuclear:	Nº de estudios	Coste
Gammagrafías		
PET		
Otros		
Otras pruebas diagnósticas:	Nº de estudios	Coste
Alergia		

Tabla Anexo 4.1.3 Pruebas diagnósticas		
Pruebas alérgicas		
Cardiología		
ECG		
Ecocardiografía / Eco doppler		
Ergometría		
Holter		
Otros (excluye hemodinámica y electrofisiología)		
Digestivo		
Gastroskopias		
Colonoscopias		
Otros		
Ginecología		
Ecografías		
Colposcopias		
Otros		
Neumología		
Broncoscopias		
Espirometrías		
Otros		
Neurología / Neurofisiología		
Electroencefalografía		
Electromiografía		
Poligrafía sueño		
Otros		
O.R.L.		
Otoemisiones acústicas		
Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral		
Audiometrías		
Otros		
Urología		
Endoscopias		
Estudios urodinámicos		
Otros		

2. Información sobre actividad hospitalaria

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará al ISFAS los datos acumulados de actividad hospitalaria desglosados por:

2.1 Hospitalización convencional.

Tabla Anexo 4.2.1. Hospitalización convencional			
	Nº Ingresos	Estancias*	Coste
Médica			
Quirúrgica			
Obstétrica			
Partos			
Cesáreas			
Pediátrica			
Salud Mental			
Cuidados intensivos			
Neonatología			

* N.º de estancias acumuladas trimestralmente por línea de actividad.

2.2 Hospitalización de día y a domicilio.

Tabla Anexo 4.2.2 Hospitalización de día y a domicilio			
Hospital de Día*	Nº de pacientes	Nº de sesiones/días**	Coste
Oncohematológico			
Psiquiatría			
Otros			
Hospitalización a domicilio			

* Excluye el hospital de día quirúrgico

** N.º de sesiones acumuladas trimestralmente por línea de actividad.

3. Información sobre actividad de urgencias

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará al ISFAS los datos acumulados de actividad de urgencias desglosados por:

Tabla Anexo 4.3. Información sobre actividad de urgencias		
	Nº de urgencias	Coste
Hospitalaria*		
Ambulatoria**		
Urgencia domiciliaria***		
Centro / Servicio de urgencia a precio fijo		
Otros		

* 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.

** 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.)

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

4 Información sobre actividad quirúrgica

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará al ISFAS los datos acumulados de actividad quirúrgica desglosados por:

Tabla Anexo 4.4 Actividad quirúrgica			
		Nº	Coste
Cirugía mayor	Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización		
	Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización		
	Intervenciones quirúrgicas ambulatorias en quirófano (CMA)		
	Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulatorias (CMA)		
Cirugía menor	Intervenciones de cirugía menor		

5 Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará al ISFAS los datos acumulados de actividad de otros procedimientos terapéuticos desglosados por:

Tabla Anexo 4.5 Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos		
	Nº de procedimientos	Coste
Implante de neuroestimuladores intracraneales		
Radiocirugía simple		
Radiocirugía fraccionada		
Litotricias		
Implantes cocleares		
Radioterapia		
Hemodinámica cardíaca diagnóstica		
Hemodinámica cardíaca terapéutica		
Nº total de stents		
Estudios electrofisiológicos diagnósticos		
Estudios electrofisiológicos terapéuticos:		
Ablación		
Implante/sustitución de desfibrilador		
Otros		
Ciclos de Reproducción Humana Asistida		

6 Información cuidados paliativos

Con periodicidad trimestral la Entidad comunicará al ISFAS los datos acumulados de actividad por Servicios de cuidados paliativos:

Tabla Anexo 4.9 Actividad Cuidados Paliativos			
	Nº Pacientes	Nº Visitas	Coste
Nivel atención Primaria			
Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD)			
Recogida de muestras a domicilio para Estudios Analíticos			

7. Informes de alta y CMBD

7.1 La recopilación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los procesos de hospitalización es un requisito de obligado cumplimiento en todo el Sistema Nacional de Salud.

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 de 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 a sus beneficiarios acerca de que sus datos de salud pueden ser tratados para 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 de el 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.

7.2 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 / Motivo de alta.
- 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.

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.

7.3 La Entidad facilitará al ISFAS los datos del CMBD para su posterior explotación y análisis en soporte informático, según el formato e instrucciones que se establecen en el apartado 6.5 de este Anexo.

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

7.5 Estructura del CMBD.

Variable	Longitud
1. Identificación de la Mutualidad.	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 (código de identificación de asistencia sanitaria).	3
11. Fecha de ingreso.	8
12. Tipo de ingreso.	1
13. Fecha de alta.	8
14. Circunstancia de alta / Motivo de alta.	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 las fechas

Si el formato del archivo es de texto de ancho fijo, el formato de las fechas debe ser DDMYYYYY (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 y entre separadores).

7.6 Descripción de los campos:

7.6.1 Identificación de la Mutualidad: Campo alfanumérico de 2 posiciones.

Se refiere a la Mutualidad a la que pertenece el beneficiario que ha recibido la asistencia sanitaria. Se pondrá el código 60.

7.6.2 Identificación 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.

7.6.3 Identificación del Hospital: Campo alfanumérico de 6 posiciones.

Código que figura en el catálogo nacional de hospitales.

7.6.4 Código Postal: Campo alfanumérico de 5 posiciones.

Código postal del domicilio habitual del paciente.

7.6.5 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.

7.6.6 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.

7.6.7 Código de identificación Individual: Campo alfanumérico de 16 posiciones.

7.6.8 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.

7.6.9 Sexo del paciente: Campo alfanumérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

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

7.6.10 Tipo de asistencia: Campo alfanumérico de 3 posiciones.

Procedencia del Ingreso.

7.6.11 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.

7.6.12 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.

7.6.13 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.

7.6.14 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 se encuentren en situación terminal.
4. Traslado a hospitalización convencional desde Cirugía Ambulatoria: Se incluye 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.

7.6.15 Servicio de ingreso: Campo alfanumérico de 4 posiciones.
Servicio responsable de la firma del ingreso hospitalario.

7.6.16 Servicio de alta: Campo alfanumérico de 4 posiciones.
Servicio responsable de la firma del alta hospitalaria.

7.6.17 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.

7.6.18 Médico al alta: Código alfanumérico de 5 caracteres.
Identificación del Médico especialista del alta del paciente.

7.6.19 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.

7.6.20 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.

Se puede 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.

7.6.21 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.

7.6.22 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.

7.6.23 Procedimientos: Campo alfanumérico de 5 posiciones. Se recogerán los procedimientos efectuados en el episodio de hospitalización del paciente. Se puede 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|.1| |

7.6.24 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.

7.6.25 Semanas de gestación: Código alfanumérico de 2 caracteres.

Semanas de gestación. Se especificará en semanas completas.

7.6.26 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.

7.6.27 Sexo del recién nacido: Campo alfanumérico con 1 posición.

Se codificará en las siguientes categorías:

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

8. Criterios de evaluación del CMBD:

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 5

Estructura de la base de datos de medio de la Entidad

Tabla de datos de información general

Nombres	Tipo	Longitud	Descripción de los campos
Entidad de Seguro.	Texto.	60	Denominación completa.
Teléfono Urgencias.	Alfanumérico.	9	Teléfono gratuito de Urgencias y de coordinación de recursos.
Dirección,.	Texto.	150	Dirección de la Delegación Provincial de la Entidad.
Código Postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal
Municipio.	Alfanumérico.	5	Código Municipio INE donde realiza la actividad profesional
Provincia,.	Alfanumérico.	2	Código Provincia INE
Teléfono_delegación.	Alfanumérico.	9	Teléfono de la Delegación Provincial
Telefono_ambulancias.	Alfanumérico.	9	Teléfono del Servicio de ambulancias
FAX.	Alfanumérico.	9	Número de FAX para autorizaciones
Página web.	Texto.	60	Dirección de la página web de la Entidad.
E-mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.

Tabla de datos de profesionales

Nombres	Tipo	Longitud	Descripción de los campos:
Clínica_Centro.	Texto.	150	Clínica o Centro donde el profesional realiza su actividad (en su caso descripción idéntica que en Catálogo Nacional de Hospitales).
Apellidos.	Texto.	50	Apellidos del profesional.
Nombre.	Texto.	50	Nombre del profesional.
Dirección.	Texto.	150	Dirección en España.
Código Postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Alfanumérico.	5	Código Municipio INE donde realiza la actividad profesional.
Provincia.	Alfanumérico.	2	Código Provincia INE.
Provincia_2.	Alfanumérico.	2	Código Otra provincia en la que figura en el Catálogo de Servicios.
Actividad_Profesional.	Alfanumérico.	1	1. Médico. 2. Profesional de enfermería. 3. Odontólogo. 4. Fisioterapeuta. 5. Psicólogo. 6. Logopeda. 7. Podólogo. 8. Otros.
Especialidad.	Alfanumérico.	2	(1) Código Especialidades OMC.
Subespecialidad_unidadfunc.	Texto,.	50	Texto libre.
NIF.	Alfanumérico.	9	NIF del profesional.
Núm_Colegiado.	Alfanumérico.	9	Número de colegiado.
E-mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.
Teléfono_profesional.	Alfanumérico.	9	Teléfono de contacto.

(1) Código de especialidades, OMC:

- 01 Medicina general.
- 02 Pediatría.
- 03 Alergología.
- 04 Análisis clínicos.
- 05 Anatomía patológica.
- 06 Anestesia y reanimación.

- 07 Angiología y cirugía vascular.
- 08 Aparato digestivo.
- 09 Cardiología.
- 10 Cirugía cardiovascular.
- 11 Cirugía general y aparato digestivo.
- 12 Cirugía maxilofacial.
- 13 Cirugía pediátrica.
- 14 Cirugía plástica y reparadora.
- 15 Cirugía torácica.
- 16 Dermatología medico-quirúrgica y venereología.
- 17 Radiodiagnóstico.
- 18 Endocrinología y nutrición.
- 19 Estomatología.
- 20 Geriatria.
- 21 Hematología y hemoterapia.
- 22 Inmunología.
- 23 Medicina intensiva.
- 24 Medicina interna.
- 25 Medicina nuclear.
- 26 Nefrología.
- 27 Neumología.
- 28 Neurocirugía.
- 29 Neurofisiología clínica.
- 30 Neurología.
- 31 Obstetricia y ginecología.
- 32 Oftalmología.
- 33 Oncología médica.
- 34 Oncología radioterápica.
- 35 Otorrinolaringología.
- 36 Psiquiatría.
- 37 Rehabilitación.
- 38 Reumatología.
- 39 Tratamiento del dolor.
- 40 Traumatología y cirugía ortopédica.
- 41 Urología.

Tabla de datos de centros sin internamiento

Nombres,	Formato/Tipo	Longitud	Descripción de los campos:
Clínica_Centro.	Texto.	150	Denominación.
Dirección.	Texto.	150	Dirección en España.
Código_Postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Texto.	5	Código Municipio INE.
Provincia.	Texto.	2	Código Provincia INE.
Tipo_Centro.	Alfanumérico.	5	Código establecido en el Anexo 1 del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre (1).
Servicio_urgencias.	Texto.	2	Si/No.
CIF/NIF.	Alfanumérico.	9	CIF/NIF del centro.
E-mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.
Teléfono_centro.	Alfanumérico.	9	Teléfono de contacto.
Servicios_Médicos.	Alfanumérico.	5	Código especialidades OMC.
Oferta_técnicasdiagnostico.	Alfanumérico.		Se incluirán los códigos de las técnicas que se realicen en el centro entre separadores (2).

(1) Tipo de centro:

- C.2.1 Consultas médicas.
- C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios.
- C.2.4 Centros Polivalentes.
- C.2.5 Centros Especializados.
- C.2.5.1 Clínicas dentales.
- C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.
- C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.
- C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.
- C.2.5.5 Centros de diálisis.

- C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
- C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
- C.2.5.8 Centros de transfusión.
- C.2.5.9 Bancos de tejidos.
- C.2.5.11 Centros de salud mental.
- C.2.5.90 Otros centros especializados.
- C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento.

(2) Oferta de técnicas:

Laboratorio:

- 100 Punto de extracción/recogida de muestras.
- 101 Hematología
- 102 Bioquímica
- 103 Microbiología y parasitología
- 104 Inmunología
- 105 Genética
- 106 Niveles hormonales.
- 107 Niveles de fármacos.

Radiodiagnóstico:

- 121 Radiología convencional (simple y con contraste)
- 122 Mamografía
- 123 TAC
- 124 Ecografía
- 125 Densitometría
- 126 Angiografía digital
- 127 Radiología intervencionista

Otras técnicas de diagnóstico:

- 141 Endoscopia
- 151 Gammagrafía
- 161 EEG
- 162 EMG
- 163 Potenciales evocados
- 170 PET-TAC

Especialidades médicas: Se consignará el código OMC.

Tabla de datos de clínicas y hospitales

Nombres	Formato/Tipo	Longitud	Descripción de los campos:
Hospital.	Alfanumérico.	6	Código Nacional de Hospital.
Clínica_Centro.	Texto.	150	Denominación.
Dirección.	Texto.	150	Dirección en España.
Código_Postal.	Alfanumérico.	5	Código Postal.
Municipio.	Alfanumérico.	5	Código Municipio INE.
Provincia,.	Alfanumérico,.	2	Código Provincia INE.
Tipo_Centro.	Alfanumérico.	1	1. General. 2. Especializado. 3. Media y larga estancia. 4. Psiquiátrico. 5. Otros.
Servicio_urgencias.	Texto.	2	Si/No.
CIF/NIF.	Alfanumérico.	9	CIF/NIF del centro.
E-mail.	Texto.	50	Dirección de correo electrónico.
Teléfono.	Alfanumérico.	9	Teléfono de contacto.
UHD.	Texto.	2	Si/No.
Núm_camas.	Alfanumérico.	4	Número de camas instaladas.

ANEXO 6

Modalidad complementaria de atención primaria y de urgencias

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 61 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 Ceuta, Madrid, Melilla, San Fernando 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 tales motivos resulta necesario definir una modalidad asistencial complementaria: la Modalidad de Atención Primaria y de Urgencias (Modalidad C), a las que podrán adscribirse determinados afiliados y beneficiarios conforme a las condiciones que a continuación se señalan.

Primero.—Podrán adscribirse a la Entidad, para la cobertura exclusiva de la Atención Primaria y de Urgencias (Modalidad C), 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 (Modalidad C) para el año 2010 será el siguiente:

a) En 2010, el ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 14,90 euros por mes, por cada beneficiario adscrito a la Modalidad C que tuviese 70 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) En 2010, el ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 12,10 euros por mes, por cada beneficiario adscrito a la Modalidad C que fuese menor de 70 años y mayor de 60 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.

c) Asimismo en 2010, el ISFAS abonará a la Entidad la cantidad de 10,40 e por mes, por cada beneficiario adscrito a la Modalidad C que fuese menor de 60 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.

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.

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 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.
Fibrinogeno.
00-Bioquímica sangre I.
Glucosa.
Curva glucosa adultos.
Curva glucosa gestantes.
Test de O'Sullivan.
Urea.
Creatinina.
Acido úrico.
Colesterol total.
Triglicéridos.
HDL-Colesterol.
LDL-Colesterol.
Bilirrubina total.
Bilirrubina directa.
Bilirrubina indirecta.
GOT/AST.
GPT/ALT.
GGT.
Amlasa.
Fosfatasa alcalina.
CPK.
LDH.
Calcio.
Fósforo.
Hierro.
Ferritina.
Transferrina.
I. S. Transferrina.
Sodio.
Potasio.
Proteínas totales.
Colinesterasa.
Factor reumatoideo.
Proteína C Reactiva.
ASLO.
Albumina.
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.
Rubeola, Ig G.
Rubeola, 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 faringeo.
Frotis ótico.
Estudio parasitológico.
02- Orina.
Sistemático de orina.
Test de embarazo.
Microalbuminuria.
02 Bioquímica. orina de 24 horas.
Glucosa (Orina).
Creatinina (Orina).
Urea (Orina).
Acido úrico (Orina).
Calcio (Orina).
Alfa amllasa (Orina).
Fosfato inorgánico.
Sodio (Orina).
Potasio (Orina).
Proteínas (Orina).
03 Varios.
Cálculos urinarios.
Sangre oculta en heces.