

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE DEFENSA

3596 *Resolución 4B0/38060/2025, de 19 de febrero, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se publican los conciertos suscritos con entidades de seguro para la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios durante los años 2025 y 2026.*

Conforme a lo dispuesto en los artículos 14 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), 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 un convenio con el Instituto Nacional de la Seguridad Social, para que los afiliados y demás beneficiarios del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas puedan optar por adscribirse a la modalidad de 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.

La citada normativa prevé también la posibilidad de celebrar conciertos, con la misma finalidad, con otras entidades públicas o privadas. Al amparo de los preceptos antes citados, se formalizó una convocatoria pública, cuyo anuncio fue publicado el día 15 de octubre de 2024 en la Plataforma de Contratación del Sector Público y en el «Diario Oficial de la Unión Europea» y el día 18 de octubre de 2024 en el «Boletín Oficial del Estado».

Como resultado de esa licitación, con fecha 19 de febrero de 2025 el ISFAS (O.A.) ha suscrito Concierto con diversas Entidades de Seguro, para la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios durante los años 2025 y 2026.

Al objeto de facilitar la elección de los titulares del ISFAS (O.A.) 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 resuelve:

Primero.

Publicar, como anexo a esta resolución, el texto del Concierto suscrito para la asistencia sanitaria de los titulares y beneficiarios del ISFAS (O.A.) durante los años 2025 y 2026, con las siguientes Entidades de Seguro:

ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, Sociedad Anónima Unipersonal.

Compañía SEGURCAIXA ADESLAS, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

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, a partir del día de la fecha, durante 30 días naturales y por una sola vez, los titulares afiliados al ISFAS (O.A.) que lo deseen podrán cambiar de Modalidad Asistencial, mediante la oportuna solicitud, de forma que, a lo largo de dicho periodo,

podrán adscribirse a alguna de las Entidades de Seguro relacionadas en el apartado primero, acogerse al Concierto con el INSS cuando se opte por recibir la asistencia a través de los Servicios públicos de Salud o bien, exclusivamente en las provincias de Madrid y Zaragoza, 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 del ISFAS (O.A.) a cuyo ámbito pertenezca o a través de la Sede Electrónica de este Instituto.

El plazo para los cambios de Entidad, de carácter ordinario, podrán realizarse una sola vez al año, en el mes de enero, sin perjuicio de la habilitación extraordinaria, contemplada para el año 2025, que extiende dicho plazo treinta días naturales a partir del día de la fecha.

Los cambios extraordinarios son los previstos en la cláusula 1.6 del Concierto y en la correspondiente regulación específica.

Madrid, 19 de febrero de 2025.–El Secretario General Gerente, José Javier Rodrigo de Azpiazu.

ANEXO

Concierto del Instituto Social de las Fuerzas Armadas con Entidades de Seguro para la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios del ISFAS durante los años 2025 y 2026

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 Colectivo protegido: beneficiarios del concierto.
- 1.5 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.
- 1.6 Cambio de entidad.
- 1.7 Tarjetas sanitarias.
 - 1.7.1 Emisión. Tarjeta Sanitaria Provisional.
 - 1.7.2 Especificaciones.
 - 1.7.3 Acceso a los Servicios.
- 1.8 Actuaciones de la Entidad relativas a su oferta de servicios.

Capítulo 2. Cartera de servicios.

- 2.1 Normas generales.
 - 2.1.1 Contenido de la Cartera de Servicios.
 - 2.1.2 Actualización de la Cartera de Servicios. Incorporación de nuevos medios.
- 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.
 - 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 (RHA).
- 2.3.8 Salud Mental.
- 2.3.9 Otras Especificaciones Complementarias.
- 2.3.10 Atención pacientes y familiares en el Área Genética.
- 2.4 Cartera de servicios de atención de urgencia.
 - 2.4.1 Contenido.
 - 2.4.2 Condiciones de Acceso.
 - 2.4.3 Transporte sanitario urgente.
 - 2.4.4 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.
- 2.6 Salud bucodental.
 - 2.6.1 Contenido.
 - 2.6.2 Accidente en acto de servicio.
 - 2.6.3 Inclusiones atención bucodental.
 - 2.6.4 Exclusiones atención bucodental.
- 2.7 Transporte para asistencia sanitaria.
 - 2.7.1 Consideraciones generales.
 - 2.7.2 Transporte sanitario no urgente.
 - 2.7.3 Transporte en medios ordinarios.
- 2.8 Prestaciones farmacéutica y con productos dietéticos.
 - 2.8.1 Normas Generales.
 - 2.8.2 Contenido.
 - 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.
- 2.9 Productos sanitarios.
- 2.10 Prestación ortoprotésica.
 - 2.10.1 Implantes quirúrgicos.
 - 2.10.2 Productos ortoprotésicos de dispensación ambulatoria.
- 2.11 Otras prestaciones.
 - 2.11.1 Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias.
 - 2.11.2 Programas preventivos.
 - 2.11.3 Podología.
 - 2.11.4 Asistencia en el marco de estudios de monitorización.
- 2.12 Comité para la valoración de tratamientos de protonterapia.
 - 2.12.1 Carácter y composición del comité.

- 2.12.2 Condición de los componentes del comité.
 - 2.12.3 Dictámenes del comité.
 - 2.12.4 Procedimiento para solicitud de tratamiento con protonterapia.
- Capítulo 3. Medios de la Entidad.
- 3.1 Normas generales.
 - 3.2 Criterios de disponibilidad de medios y servicios asistenciales.
 - 3.2.1 Disponibilidad de medios para la Atención Primaria.
 - 3.2.2 Disponibilidad de Servicios de Atención Especializada.
 - 3.2.3 Servicios de referencia.
 - 3.2.4 Procedimiento de acceso a tratamientos de terapias avanzadas.
 - 3.2.5 Telemedicina.
 - 3.2.6 Servicios Especiales.
 - 3.3 Condiciones especiales para las islas de los archipiélagos balear y canario.
 - 3.4 Garantía de accesibilidad a los medios.
 - 3.5 Garantía de oportunidad.
 - 3.5.1 Consideraciones Generales.
 - 3.5.2 Tiempo máximo de acceso a la Atención Primaria.
 - 3.5.3 Tiempo máximo de acceso a la Atención Especializada.
 - 3.5.4 Computo del tiempo de acceso.
 - 3.5.5 Garantía de tiempo máximo de acceso.
 - 3.5.6 Exclusiones.
 - 3.5.7 Pérdida y suspensión de la garantía de tiempo máximo de acceso.
 - 3.6 Normas y requisitos para la utilización de los medios de la entidad.
 - 3.6.1 Norma General.
 - 3.6.2 Identificación.
 - 3.6.3 Requisitos adicionales.
 - 3.6.4 Hospitales Privados no Concertados.
 - 3.7 Catálogo de servicios de la Entidad.
 - 3.7.1 Criterios generales.
 - 3.7.2 Estructura y contenido.
 - 3.7.3 Responsabilidad en la edición de los Catálogos de Servicios y de la información web de la Entidad.
 - 3.7.4 Oferta de medios.
 - 3.7.5 Principio de Continuidad Asistencial.
 - 3.7.6 Información relativa a los medios disponibles.
 - 3.8 Libertad de elección de facultativo y centro.
 - 3.9 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 y otras situaciones especiales de urgencia.
 - 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.
- 4.5 Asistencia transfronteriza.

Capítulo 5. Información y documentación sanitaria y objetivos de calidad.

- 5.1 Información y documentación.
 - 5.1.1 Normas generales.
 - 5.1.2 Información general sobre actividad.
 - 5.1.3 Información económica.
 - 5.1.4 Información sobre asistencia hospitalaria.
 - 5.1.5 Información sobre medios sanitarios.
 - 5.1.6 Documentación clínica.
 - 5.1.7 Otra documentación sanitaria.
- 5.2 Receta electrónica y carpeta personal de salud.
- 5.3 Calidad de la asistencia sanitaria.
 - 5.3.1 Consideraciones generales.
 - 5.3.2 Adaptación a las Estrategias del Sistema Nacional de Salud.
 - 5.3.3 Elaboración de protocolos de atención clínica.
 - 5.3.4 Calidad de la prestación farmacéutica.
 - 5.3.5 Calidad de la información.
 - 5.3.6 Evaluación de la calidad de los procesos asistenciales y de centros sanitarios.

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.
 - 6.3.1 Tipos y régimen de funcionamiento.
 - 6.3.2 Composición.
 - 6.3.3 Funciones.
 - 6.3.4 Funcionamiento.
- 6.4 Procedimiento para las reclamaciones.
- 6.5 Procedimiento de ejecución de reclamaciones estimadas.
- 6.6 Descuentos por gastos de farmacia.
- 6.7 Compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones.
procedimiento para su imposición.
 - 6.7.1 Compensaciones por incumplimiento de obligaciones.
 - 6.7.2 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.
 - 7.2.1 Efectos económicos de las altas y bajas de beneficiarios.
 - 7.2.2 Condiciones de pago.
 - 7.2.3 Régimen de pagos.
 - 7.2.4 Descuentos y deducciones.
 - 7.2.5 Reclamaciones por diferencias.
 - 7.2.6 Impuestos.
 - 7.2.7 Subrogación en derechos de cobro y acciones.
- 7.3 Precio del Concierto. Cuotas.
- 7.4 Incentivos asociados a la calidad del servicio.
 - 7.4.1 Límites y objetivos.
 - 7.4.2 Asistencia a personas con necesidades especiales de atención.
 - 7.4.3 Atención por servicios de urgencia.
 - 7.4.4 Incentivo por objetivos en prestación farmacéutica.
 - 7.4.5 Mejora de la calidad en la prestación de cuidados paliativos.
 - 7.4.6 Incentivo anual por la amplitud de la oferta de servicios hospitalarios.
 - 7.4.7 Incentivo anual por la utilización de la receta electrónica del mutualista.
- Anexo 1. Medios de asistencia en zonas rurales.
- Anexo 2. Servicios que precisan autorización previa de la Entidad.
- Anexo 3. Patologías con riesgo vital.
- Anexo 4. Sistema de Información Asistencial. Registro de Actividad-Coste.
- Anexo 5. Registro de Medios Sanitarios.
- Anexo 6. Modalidad complementaria de atención primaria y de urgencias.
- Anexo 7. Asistencia Sanitaria Transfronteriza.
- Anexo 8. Relación de municipios de Nivel I y II de Atención Especializada.

CAPÍTULO 1

Objeto del Concierto y alcance de la acción protectora

1.1 Objeto del Concierto.

1.1.1 De conformidad con lo establecido en el artículo 14 el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, y en el artículo 61 de su Reglamento General, aprobado por Real decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, el objeto del Concierto es asegurar el acceso a las prestaciones de asistencia sanitaria incluidas en la Cartera Común de Servicios, del Sistema Nacional de Salud, a titulares y beneficiarios del ISFAS que opten por recibirlas a través de la Entidad, en todo el territorio nacional, con la salvedad recogida en la cláusula 4.5.

1.1.2 La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el presente Concierto con la referencia, en cuanto a su contenido, de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en sus normas de desarrollo, en especial el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, considerando lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

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, se hará cargo directamente del gasto ocasionado por la utilización de medios no concertados de conformidad con las cláusulas establecidas en este Concierto.

1.1.4 Asimismo, la Entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, y en la cláusula 4.5 del Concierto.

1.1.5 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 y, en función de los objetivos alcanzados en cuanto a la calidad de los servicios, los incentivos económicos establecidos en la cláusula 7.4.

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, a excepción de los ocurridos formando parte de un contingente, y por embarazo, parto y puerperio, así como las actuaciones preventivas recogidas en el mismo.

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, con la salvedad recogida en la cláusula 4.5.

1.4 Colectivo protegido: beneficiarios del Concierto.

1.4.1 A los efectos del presente Concierto, el colectivo protegido por el mismo está compuesto por los titulares y beneficiarios a quienes el ISFAS, conforme a la normativa aplicable, haya reconocido dicha condición y los haya adscrito a la Entidad.

También podrán incluirse en el colectivo protegido por el Concierto, y tendrán la consideración de beneficiarios del mismo, los alumnos militares extranjeros, acogidos a programas de cooperación con otros países en materia de enseñanza, que sean adscritos a la Entidad por el ISFAS.

El cualquier caso, el reconocimiento de la condición de titular o beneficiario y del derecho a la adscripción a la Entidad, a los efectos del Concierto, 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.

La condición de titular o beneficiario se acredita mediante el documento de afiliación, tarjeta sanitaria o certificación expedidos por el ISFAS.

1.4.3 Estarán adscritos a la Entidad los titulares y beneficiarios que, en su caso, lo estuvieran a 31 de diciembre de 2024 y no opten por quedar adscritos a la red sanitaria pública o por el cambio a otra de las entidades firmantes de este Concierto, conforme lo previsto en el artículo 61 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y por la cláusula 1.6 de este concierto.

1.5 Nacimiento y extinción de los derechos de los beneficiarios.

1.5.1 Sin perjuicio de lo establecido en el apartado 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 de Seguro que atiende a la madre, desde el mismo momento del parto hasta transcurrido un mes, cubriendo la Entidad, en todo caso, el proceso asistencial hasta el alta hospitalaria. 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, a las 24 horas del día en que los Servicios del ISFAS acuerden su baja en el mismo o el fin de su adscripción a la Entidad por dejar de concurrir los requisitos o supuestos de hecho que permitían en cada caso estar protegido por este Concierto.

1.5.4 El ISFAS comunicará a la Entidad diariamente, de forma telemática, las altas, las bajas y variaciones en los datos de los beneficiarios.

1.6 Cambio de entidad.

1.6.1 Sin perjuicio de la posibilidad de optar por recibir la asistencia sanitaria a través de la red sanitaria pública, de acuerdo con lo previsto en el artículo 14 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000, el artículo 61 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por el Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, y la disposición adicional séptima del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, los titulares adscritos a la Entidad podrán optar por recibir la asistencia sanitaria para sí y sus beneficiarios a través de otra de las concertadas en los siguientes supuestos:

A) Con carácter ordinario y general: Un cambio que podrá solicitarse durante el mes de enero de cada año. Durante este mes solo podrá autorizarse un segundo cambio cuando concurren errores administrativos o circunstancias no imputables al interesado.

Cuando se produzca un cambio de destino del titular que implique traslado de provincia o isla de residencia o cuando un titular por derecho propio, en situación de reserva o retiro, o un titular por derecho derivado traslade su domicilio a otra provincia o isla.

Cuando el interesado obtenga la conformidad expresada por escrito de la Entidad en que desee causar alta.

B) Con carácter extraordinario: 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 del Secretario General Gerente del ISFAS, concurren circunstancias excepcionales que justifiquen el cambio de Entidad.

1.6.2 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 Tarjetas sanitarias.

1.7.1 Emisión. Tarjeta Sanitaria Provisional. En el momento en que la Entidad, 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, se emitirá la correspondiente tarjeta sanitaria individual, que será enviada al domicilio del beneficiario en el plazo máximo de siete días naturales desde la efectiva comunicación.

En caso de que un titular hubiera optado por quedar adscrito a la Entidad y no hubiera recibido, para sí o sus beneficiarios, la tarjeta provisional o el documento que haga posible la utilización de los medios concertados habiéndolo solicitado expresamente, el Delegado del ISFAS 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 el periodo que se señale. 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, sin perjuicio de las compensaciones económicas que pudieran acordarse.

1.7.2 Especificaciones. La identificación de los titulares y beneficiarios ante los dispositivos sanitarios se efectúa a través de la Tarjeta Sanitaria por lo que, para facilitar su reconocimiento seguro y unívoco, así como para facilitar la interoperabilidad de los diferentes sistemas de información clínica y de gestión, se hace necesario determinar las especificaciones técnicas a las que se ajustarán las tarjetas sanitarias, así como la información básica que deben incluir y su formato. Así mismo, en el momento que se implante la Receta Electrónica del mutualismo, dicha tarjeta contendrá información en banda magnética y código datamatrix que permita al afiliado del ISFAS ser identificado tanto por el médico prescriptor como por la oficina de farmacia dispensadora del medicamento o producto sanitario.

Si la tarjeta fuera 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, así como el logotipo del ISFAS y los datos básicos a los que hace referencia el Real Decreto 922/2024, de 17 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, que son: nombre y apellidos del titular, el CIP-M, CIP-SNS y CITE (código administración sanitaria emisora de la tarjeta, en este caso, es el del ISFAS, 80724000239).

Además, en las tarjetas que se emitan deberá figurar de forma destacada el teléfono gratuito de atención permanente de Urgencia, previsto en la cláusula 2.4.1.

Las Entidades deberán tener la capacidad de poder asignar tarjetas sanitarias virtuales que, de una forma conjunta, convivan las de soporte físico tal como se establece en el precitado real decreto.

Mediante resolución de la Gerencia del ISFAS se determinarán y podrán modificarse las especificaciones de las tarjetas y de sus sistemas de almacenamiento de la información, así como la estructura, formato y contenido de los datos que, al margen de los que la Entidad requiera para su propia gestión, deban incluirse. Las tarjetas que se emitan por la Entidad, una vez transcurrido el plazo de un mes desde la notificación de la resolución, se ajustarán a las nuevas especificaciones que se establezcan, mientras que la renovación de las antiguas se realizará en los plazos que se fijen en la misma.

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

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

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

Una vez que queden adscritos a la Entidad, los beneficiarios no podrán hacer uso de las tarjetas sanitarias de la otra Entidad o Servicio Público de Salud de la Comunidad Autónoma a que hubieran estado adscritos para su asistencia sanitaria, siendo responsable de su uso indebido el titular del derecho.

1.8 Actuaciones de la entidad relativas a su oferta de servicios.

1.8.1 La Entidad podrá hacer publicidad sobre su oferta de servicios a lo largo del año y durante el período de cambio ordinario, siempre que no se realice dentro de los recintos de instituciones u organismos públicos y tenga carácter general, sin dirigirse a colectivos o profesionales específicos o con perfiles sociodemográficos concretos. En las campañas publicitarias que efectúe la Entidad no podrá utilizar el logotipo o cualquier otro identificativo del ISFAS o de la Administración General del Estado.

1.8.2 En ningún caso podrá ofertar obsequios a los titulares, directa o indirectamente a través de terceros, en especial durante el periodo de cambio ordinario y en los procesos de alta de colectivos profesionales específicos. No obstante, la Entidad podrá ofrecer servicios sanitarios adicionales, como valor añadido y oferta diferenciada de la de otros proveedores.

1.8.3 Cualquier servicio sanitario adicional a las prestaciones que son objeto del Concierto que la Entidad oferte para la asistencia del colectivo de otras Mutualidades de funcionarios con las que mantenga Conciertos de Asistencia Sanitaria, deberá extenderse a los titulares y beneficiarios del ISFAS.

La Entidad deberá publicitar en su página web los servicios y prestaciones adicionales ofertados, con indicación de su contenido y condiciones de acceso, así como, en su caso, el precio y la rebaja que éste supone respecto al precio ofertado al público en general.

1.8.4 La Entidad es responsable del cumplimiento de estas obligaciones tanto por parte de su personal como de 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 6.7.

CAPÍTULO 2

Cartera de servicios

2.1 Normas 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:

- a) Atención Primaria.
- b) Atención Especializada.
- c) Atención de Urgencias y Emergencias.
- d) Cuidados Paliativos.
- e) Salud bucodental.
- f) Transporte sanitario.
- g) Prestación Farmacéutica y con productos dietéticos.

- h) Prestación Ortoprotésica.
- i) Otras Prestaciones:
 - Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias.
 - Programas preventivos.
 - Podología.
 - Asistencia en el marco de estudios de monitorización.

Las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se garantizan mediante la provisión de los recursos asistenciales necesarios por niveles y ámbitos geográficos y de población establecidos en el capítulo 3 de este Concierto, con los procedimientos y condiciones que se determinan en el capítulo 4. En el anexo 2 se enumeran los servicios que requieren autorización previa de la Entidad y se establece el procedimiento para su tramitación y obtención, en su caso.

Por otra parte, el acceso a determinadas prestaciones se somete al dictamen de un comité de expertos como se especifica en las cláusulas 2.8.3.1, 2.12 y 3.2.4.

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 Actualización de la Cartera de Servicios. Incorporación de nuevos medios. El contenido de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios se ajustará, como mínimo, al establecido, en cada momento, para el resto del Sistema Nacional de Salud.

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 tendrá como referencia lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en su desarrollo reglamentario en esta materia.

De esta forma, la Cartera de Servicios que se determina en este capítulo se actualizará de forma automática por actualizaciones de la Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no se aplicará a los servicios, técnicas o procedimientos que supongan un cambio menor de otros ya existentes o incorporen dispositivos o productos con modificaciones técnicas menores, salvo que por las evidencias científicas y/o las repercusiones bioéticas y sociales, la Gerencia del ISFAS considere oportuno limitar su utilización para indicaciones concretas, de acuerdo con los protocolos aplicados en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

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, odontólogos, fisioterapeutas, matronas y podólogos, sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales y comprende:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) 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.
- d) Atención al adulto, grupos de riesgo, enfermos crónicos e inmovilizados, que comprende 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, en líneas generales y en consonancia con lo especificado en el anexo 6 punto quinto y sexto:

- Atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes, haciendo hincapié en el control del sintrom dentro de la atención primaria.
- 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.

- e) Atención paliativa a enfermos.
- f) Actividades preventivas, según lo desarrollado en la cláusula 2.11.2.

2.2.2 Asistencia domiciliaria. La asistencia sanitaria domiciliaria se prestará por los profesionales de Atención Primaria a pacientes que por razón de su enfermedad no pueden desplazarse, pacientes inmovilizados crónicos que precisen ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria, pacientes terminales, en consonancia con lo dispuesto en la cláusula 2.5.4, y cuando se responda a procedimientos de acceso a la atención primaria establecidos por la Entidad.

La Atención domiciliaria comprende:

- a) Acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos realizables en el domicilio del paciente, incluyendo las extracciones y/o recogida de muestras a domicilio que sean precisas, así como la capacidad de control del sintrom mediante Coagulómetro.
- b) Realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente, entre ellos tratamientos parenterales, curas y sondajes y rehabilitación básica.
- c) 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:

- a) Asistencia especializada en consultas.
- b) Asistencia especializada en hospital de día médico o quirúrgico.
- c) Hospitalización en régimen de internamiento.
- d) Hospitalización domiciliaria.
- e) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- f) Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
- g) Reproducción humana asistida.
- h) Salud Mental.

2.3.1 Asistencia especializada en consultas. El beneficiario podrá acceder a las consultas de atención especializada directamente, sin requisitos previos, con las salvedades previstas en la cláusula 3.6.3.

Esta atención comprende las actividades preventivas, asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, que se prestan en el ámbito de la atención especializada en régimen ambulatorio, incluyendo:

- a) Valoración inicial del paciente.
- b) Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos.
- c) Indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente.
- d) Indicación de medicación, nutrición parenteral o enteral, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos.
- e) Implantes.
- f) Indicación de prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y ortoprótesis especiales y de su oportuna renovación.
- g) 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.

A) Contenido. La asistencia en Hospital de Día es un régimen alternativo a la hospitalización para la atención de los pacientes que precisan una atención sanitaria de menor intensidad en su convalecencia y/o necesitan de procedimientos terapéuticos-rehabilitadores que no requieren hospitalización.

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:

- a) Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos.
- b) 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.
- c) Cuidados de enfermería necesarios para la adecuada atención del paciente.
- d) Implantes.
- e) Indicación de prótesis externas, sillas de ruedas, órtesis y ortoprótesis especiales y de su oportuna renovación, mediante la utilización de los correspondientes formularios contemplados en la página web del ISFAS.
- f) Medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos.
- g) Reanimación postquirúrgica y, si procede, tras procedimientos diagnósticos invasivos.
- h) Nutrición parenteral o enteral.
- i) Si procede, alimentación, según la dieta prescrita.
- j) 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.

A los efectos del Concierto se considera que los tratamientos de hemodiálisis y de quimioterapia oncológica ambulatorios se realizan siempre en régimen de Hospital de Día.

B) Requisitos. El acceso a la asistencia en régimen de Hospital de Día requiere la indicación del facultativo especialista responsable de la asistencia al paciente y la autorización de la Entidad.

2.3.3 Hospitalización en régimen de internamiento.

A) Contenido. La asistencia hospitalaria en régimen de internamiento se facilitará cuando el paciente necesite previsiblemente cuidados especiales y continuados, no susceptibles de ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio.

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:

- a) Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos, incluido el examen neonatal.
- b) 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.
- c) Medicación, gases medicinales, transfusiones, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos.
- d) Cuidados de enfermería necesarios para la adecuada atención del paciente.
- e) Implantes y otras ortoprotésis y su oportuna renovación.
- f) Cuidados intensivos o de reanimación, según proceda.
- g) Tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el proceso asistencial.
- h) Tratamientos de rehabilitación y hemodiálisis, cuando proceda.
- i) Nutrición parenteral o enteral.
- j) Alimentación, según la dieta prescrita.
- k) Servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización con estancia en habitación individual.
- l) 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.

Quedan excluidos los siguientes productos:

- a) Productos Sanitarios de ortopedia (ortoprótesis externas, medias de compresión para los edemas o para el linfedema...).
- b) Productos farmacéuticos que no están incluidos dentro de la cobertura por SNS en régimen ambulatorio.

B) Requisitos. La asistencia especializada en régimen de hospitalización se atenderá en los Centros de la Entidad, propios o concertados.

El ingreso urgente se realizará a través de los servicios de urgencia hospitalarios o por indicación del facultativo responsable, sin más requisitos.

El ingreso programado en un Hospital precisará la prescripción del mismo por médico de la Entidad, con indicación del Centro, y la autorización previa de la Entidad.

Por su parte, la Entidad pondrá en conocimiento del centro la autorización del internamiento, de forma telemática, 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.

En el caso que el titular o el beneficiario se encuentre ingresado en un centro hospitalario ajeno a la Entidad por una situación de urgencia, puede solicitar la continuidad de la asistencia en un centro hospitalario de la misma sin que sea necesaria la prescripción de un médico de la Entidad, aportando con su solicitud el informe médico del proceso por el que está siendo atendido.

C) 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 entendería que obedece a razones de tipo social.

D) 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.

E) 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.

F) Hospitalización en centros o unidades de media y larga estancia. Este tipo de hospitalización está destinada especialmente a pacientes con deterioro funcional o afectos de procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento que, una vez superada la fase aguda de la enfermedad, precisan cuidados sanitarios continuos médico quirúrgicos, de rehabilitación y de enfermería, hasta su estabilización.

2.3.4 Hospitalización domiciliaria.

a) Comprende el conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio del paciente, de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional, y que por esos motivos no pueden ser asumidos por el nivel de Atención Primaria.

b) La hospitalización domiciliaria podrá llevarse a cabo en aquellos casos en que el estado del enfermo lo permita.

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

d) El ingreso en la UHD podrá realizarse desde un servicio hospitalario mediante el correspondiente informe de derivación y desde Atención Primaria o Especializada ambulatoria. En estos dos últimos casos, corresponderá a la UHD valorar si el paciente cumple los criterios de ingreso en dicha unidad.

e) El ingreso en la UHD estará sujeto a los mismos requisitos que el ingreso en un hospital, recibiendo las mismas atenciones que hubiera recibido de estar ingresado en un hospital. La documentación clínica correspondiente a dichas atenciones se cumplimentará con los mismos criterios que en la hospitalización convencional.

f) La UHD informará por escrito al paciente y su familia acerca de cómo contactar con la unidad a cualquier hora del día, con el objeto de dar respuesta a las eventuales incidencias. Cuando se produzca el alta, el médico de la UHD emitirá el correspondiente parte médico de alta en los términos previstos por la ley.

g) Mientras el paciente permanezca ingresado en la UHD, correrán por cuenta de la Entidad y no podrán ser imputadas ni al beneficiario ni al ISFAS, todas las atenciones y productos que precise el paciente, además de toda la medicación, material de curas, productos sanitarios, nutriciones no comunes, pruebas complementarias, interconsultas, absorbentes, sondas, hemodiálisis domiciliaria y oxigenoterapia. Quedan excluidas, en todo caso, las dotaciones domésticas ordinarias, la nutrición común y los servicios de auxiliares de clínica.

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.

- a) Diagnóstico prenatal en grupos de riesgo.
- b) Diagnóstico por imagen:
 - 1. Radiología simple: Tórax, Abdomen, Radiología ósea, Densitometría.
 - 2. Mama: Mamografía, Intervencionismo de mama.
 - 3. Radiología convencional con contraste.
 - 4. Ultrasonidos: Ecografía, Ultrasonidos doppler.
 - 5. Tomografía computarizada (TC).
 - 6. Resonancia Magnética (RM).
- c) Radiología intervencionista diagnóstica y terapéutica.
- d) Hemodinámica diagnóstica y terapéutica.
- e) Medicina nuclear diagnóstica y terapéutica. Incluida la tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TAC (PET-TAC), teniendo en cuenta las indicaciones de los radiofármacos correspondientes, incluidos en la prestación farmacéutica.
- f) Neurofisiología.
- g) Endoscopias. La capsuloendoscopia 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.
- h) Pruebas funcionales.
- i) Laboratorio:
 - 1. Anatomía patológica.
 - 2. Bioquímica.
 - 3. Genética.
 - 4. Hematología.
 - 5. Inmunología.
 - 6. Microbiología y parasitología.
- j) Biopsias y punciones, incluida la biopsia fusión de imágenes, en las condiciones establecidas en la cláusula 3.2.6.2.
- k) Radioterapia, incluyendo la protonterapia exclusivamente en las indicaciones y con las pautas establecidas por el Ministerio de Sanidad, sobre las que se disponga de mayor evidencia. En aquellos casos que no fueran suficientemente claros, por parte del ISFAS se podrá recurrir al asesoramiento de un Comité de Expertos (cláusula 2.12).
- l) Radiocirugía.
- m) Litotricia renal.
- n) Diálisis.
- o) Trasplantes de órganos, tejidos y células de origen humano.
- p) Cuidados intensivos, incluyendo los neonatales.
- q) Hemoterapia.
- r) Planificación familiar, que incluye:
 - 1. Consejo genético en grupos de riesgo.
 - 2. Información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos.

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

2.3.6 Rehabilitación y Fisioterapia.

a) 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.

b) 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 (orto prótesis).

En cuanto a los tratamientos de logopedia de trastornos del desarrollo del lenguaje, no se atenderá la cobertura de las actuaciones para la recuperación de los denominados Trastornos del Aprendizaje cuya atención es competencia del Sistema Educativo.

c) 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.

El seguimiento de 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.

d) El número de sesiones está supeditado al criterio del facultativo y a la situación del paciente.

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.

e) La prescripción, así como de la rehabilitación de los pacientes que requieren prótesis de miembros superiores e inferiores de especial prescripción y bajo protocolo, las llevarán a cabo los facultativos pertenecientes a un servicio de Medicina Física y Rehabilitación de centros hospitalarios, tal como se especifica en la cláusula 2.10.2.

2.3.7 Reproducción humana asistida (RHA).

A) Consideraciones generales. Las técnicas de reproducción asistida correrán por cuenta de la Entidad cuando la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar sobre la que se vayan a realizar tenga la condición de beneficiaria, conforme a lo previsto en la cláusula 1.4, debiendo atenderse asimismo la cobertura de las pruebas y procedimientos incluidos en la cartera de servicios que hayan de realizarse al otro miembro de la pareja en el curso del tratamiento. Se excluye la financiación de los tratamientos farmacológicos a los que haya de someterse el otro miembro de la pareja, si éste no es beneficiario del ISFAS.

No obstante, cuando estuviera en curso un ciclo de tratamiento, al amparo de las previsiones recogidas en Concierptos anteriores, la Entidad mantendrá su cobertura hasta la finalización, por los mismos servicios, con aplicación de los criterios y límites vigentes en el momento de su inicio, siempre que no se realice un cambio de Entidad o se cause baja en el ISFAS.

Los tratamientos de reproducción asistida tendrán la finalidad de ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles de tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos. También se podrá recurrir a estos procedimientos a fin de evitar enfermedades o trastornos genéticos graves en la descendencia y cuando se precise de un embrión

con características inmunológicas idénticas a las de un hermano afecto de un proceso patológico grave, que no sea susceptible de otro recurso terapéutico.

Se atenderán los tratamientos de reproducción asistida incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida, que se realizarán con fin terapéutico, preventivo y en determinadas situaciones especiales, con los criterios generales que se recogen en el apartado B) y, en su caso, los criterios específicos para cada técnica, aplicados en el resto del Sistema Nacional de Salud, diferenciándose las siguientes situaciones:

a) Tratamientos de reproducción humana asistida con el fin de conseguir la gestación a:

1.º Las personas que se hayan sometido a un estudio de esterilidad y que se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.

Ausencia de consecución de embarazo, tras doce meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

2.º Mujeres sin pareja y personas transexuales que conservan la capacidad de gestar y mujeres lesbianas.

b) Tratamientos de reproducción humana asistida con fin preventivo. Destinados a prevenir la transmisión de enfermedades o trastornos graves de base genética, o la transmisión o generación de enfermedades de otro origen graves, de aparición precoz, no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, y que sean evitables mediante la aplicación de estas técnicas.

Se aplicarán a las personas que cumplan los criterios generales de acceso a los tratamientos de RHA, recogidos en el apartado B) siguiente, y según los criterios específicos de acceso definidos en cada técnica.

c) Tratamientos de reproducción humana asistida en situaciones especiales. Además de los tratamientos aludidos en los apartados anteriores, se atenderá la cobertura de los tratamientos de reproducción humana asistida con los siguientes fines:

- Selección embrionaria, con destino a tratamiento de terceros.
- Preservación de gametos para uso autólogo diferido por indicación médica, para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos especiales, con los criterios y condiciones aplicados en el resto del Sistema Nacional de Salud.

B) Condiciones generales de cobertura.

a) La Entidad deberá asumir los gastos derivados de las actuaciones y estudios precisos para obtener el diagnóstico de la esterilidad. Los estudios se extenderán, cuando proceda, a ambos miembros de la pareja.

b) Los tratamientos de reproducción humana asistida serán objeto de cobertura, cuando haya un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida y se cumplan los siguientes criterios generales o situaciones de inclusión, sin perjuicio de los criterios específicos previstos para cada técnica:

- En el momento del inicio del estudio de esterilidad, la mujer o persona transexual será mayor de 18 años y menor de 40 años, y no presentará ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia. En caso de parejas heterosexuales, además el varón debe ser mayor de 18 años y menor de 55 años, en el momento del inicio del estudio.

– Personas sin ningún hijo previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano. Para acreditar el requisito de ausencia de hijo sano o hijo sano común en pareja podrá aportarse, según el caso, informe médico en el que conste la patología, documento público que acredite la filiación y/o, según el tipo de pareja, certificado de matrimonio, inscripción de la pareja en un registro de parejas de hecho, documento notarial de la constitución de la pareja, o documento que acredite la convivencia de dos años.

– La mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar no presentará ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañar un grave e incontrolado riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

c) No se atenderá la cobertura de tratamientos de reproducción humana asistida a las personas que cumplan alguno de los siguientes criterios o situaciones de exclusión:

- Esterilidad voluntaria previa.
- Existencia de contraindicación médica documentada para el tratamiento de la esterilidad.
- Existencia de contraindicación médica documentada de gestación.
- Existencia de situación médica documentada que interfiera de forma grave sobre el desarrollo de descendencia.
- Imposibilidad para cumplir el tratamiento por motivos relacionados con la salud u otros motivos familiares o relacionados con el entorno social.
- Existencia de documentación referida a cualquier otra circunstancia que pueda interferir de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia sometida a consideración en un comité de ética asistencial u órgano similar.

d) En los casos en que se empleen gametos o preembriones donados, el donante deberá estar inscrito en el Registro Nacional de Donantes, debiendo consignarse la información correspondiente a que se refiere el artículo 21 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción asistida.

e) Estarán comprendidas todas las técnicas incluidas en la cartera común de servicios del SNS, con arreglo a la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA) y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

C) Límites relativos al número máximo de ciclos de tratamiento. Los tratamientos de reproducción humana asistida estarán sujetos a límites en cuanto al número de ciclos y edad de la paciente, atendiendo a principios de eficiencia y seguridad para asegurar la mayor efectividad con el menor riesgo posible.

El límite máximo de ciclos de tratamiento que se atenderá será el que se establece para cada técnica o procedimiento.

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

a) La prescripción de cada ciclo del tratamiento de Reproducción Humana Asistida debe haber sido realizada con anterioridad al día en que la mujer cumpla los años que se ha establecido como edad límite para tener derecho a la financiación en cada una de las técnicas.

b) Con carácter general, 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.

c) Para considerar que una paciente ha realizado un ciclo de Fecundación In Vitro (FIV), deberá haber llegado al menos a la fase de recuperación de ovocitos.

d) Cuando existan preembriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, se considerará que su transferencia forma parte del mismo ciclo en el que se obtuvieron, por lo que se atenderá la cobertura de la transferencia de estos preembriones hasta el día anterior en que la mujer cumpla 50 años, con independencia de la existencia de hijos previos sanos.

e) No se autorizará un nuevo ciclo FIV cuando existan preembriones sobrantes crio conservados procedentes de ciclos anteriores.

f) Si tras la realización de alguna técnica de RHA 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 y siempre que no haya superado la edad límite para tener derecho a la financiación en cada una de las técnicas.

g) Se considerarán preembriones propios aquellos sobrantes de ciclos anteriores sin tener en cuenta la procedencia del gameto.

D) Técnicas de RHA incluidas en la Cartera de Servicios. Criterios de acceso y condiciones específicas de aplicación.

a) Inseminación artificial.

1. Inseminación artificial con semen de la pareja. Para el acceso a esta técnica se tendrán en cuenta los siguientes criterios específicos:

Existencia de indicación terapéutica reconocida o persona transexual que conserva la capacidad de gestar y situaciones incluidas en la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Edad de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar en el momento del tratamiento: inferior a 38 años.

Número máximo de ciclos que se atenderán: cuatro.

2. Inseminación artificial con gametos de donante. Para el acceso a esta técnica se tendrán en cuenta los siguientes criterios específicos:

Existencia de indicación terapéutica, mujeres sin pareja, personas transexuales que conservan la capacidad de gestar, mujeres lesbianas.

Edad de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar en el momento de la indicación del tratamiento: inferior a 40 años.

Número máximo de ciclos: seis, límite que comprenderá los ciclos de inseminación que se hubieran realizado con gametos propios.

b) Fecundación *in vitro*. Se considera la fecundación *in vitro* convencional o mediante técnicas de micromanipulación, y las técnicas de tratamiento y conservación de gametos y preembriones derivados de las mismas.

Los criterios de acceso específicos para estas técnicas son los siguientes:

1. Fecundación *in vitro* con gametos propios.

Edad de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar en el momento de la indicación de tratamiento inferior a 40 años.

Ausencia de evidencias de mala reserva ovárica.

Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico y, en particular, del resultado de los tratamientos previos.

2. Fecundación *in vitro* con espermatozoides donados.

Edad de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar en el momento de indicación del tratamiento inferior a 40 años y ausencia de evidencias de mala reserva ovárica.

Diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria sin hijo sano, mujeres sin pareja, personas transexuales que conservan la capacidad de gestar y mujeres lesbianas.

Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico y, en particular de los tratamientos previos.

3. Fecundación *in vitro* con oocitos (ovocitos) donados.

Edad de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar en el momento de indicación del tratamiento: inferior a 40 años.

Existencia de indicación médica por: Fallo ovárico clínico prematuro establecido antes de los 36 años (espontáneo o iatrogénico), Trastorno genético de la mujer o persona transexual que conserva la capacidad de gestar sólo evitable mediante sustitución de ovocitos, Ovarios inaccesibles o no abordables para la extracción de ovocitos.

Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con recepción de ovocitos donados. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.

El coste de los medicamentos que requieran las donantes y demás gastos derivados 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.

c) Criopreservación de preembriones y su transferencia. Los preembriones criopreservados podrán ser transferidos para uso propio o podrán ser donados. En el caso de transferencia de preembriones crio preservados para uso propio se aplicará el criterio específico de que las mujeres o persona transexual que conserva la capacidad de gestar, sean menores de 50 años en el momento de la transferencia y, en el de los preembriones crio preservados para ser donados, se aplicarán los criterios generales de acceso a tratamientos de RHA.

En caso de cambio de aseguradora, el transporte y la conservación serán a cargo de la nueva aseguradora de adscripción, previa comunicación a esta.

d) Crio preservación de gametos para uso propio diferido para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos especiales. Criterios específicos:

Se trata de la crio preservación de gametos para uso propio diferido, por estricta indicación médica, para preservar la fertilidad en pacientes con posible riesgo de pérdida de su capacidad reproductiva asociada a exposición a tratamientos gameto tóxicos o a procesos patológicos con riesgo acreditado de fallo ovárico prematuro o riesgo acreditado de fallo testicular primario.

Para la crio preservación de gametos para uso propio diferido no se aplicará el límite mínimo de edad de 18 años.

La transferencia de los gametos crio preservados se llevará a cabo en mujeres o personas transexuales que conservan la capacidad de gestar, menores de 50 años, siempre y cuando no presenten ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

e) Técnicas de lavado seminal para prevenir la transmisión de enfermedades virales crónicas. Se podrá aplicar el lavado seminal a hombres seropositivos al virus de la hepatitis C o al VIH tanto en la asistencia a parejas estériles serodiscordantes con

infección viral crónica, como en la prevención de la transmisión de infecciones virales crónicas en parejas sin diagnóstico de esterilidad.

En el caso de parejas seroconcordantes, solo es preciso el lavado, no siendo necesario el posterior estudio de la presencia de partículas virales.

Los criterios para la aplicación de los tratamientos y técnicas de reproducción humana asistida requeridos en estos casos serán los descritos en los correspondientes apartados.

f) Diagnóstico genético preimplantacional (DGP). El diagnóstico genético preimplantacional puede requerirse:

1. Con finalidad de prevención de la transmisión de enfermedades o trastornos de origen cromosómico o genético graves, de aparición precoz y no susceptible de tratamiento curativo con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los preembriones no afectos para su transferencia.

Las situaciones que pueden dar lugar a DGP con finalidad preventiva son:

Enfermedades mono génicas susceptibles de diagnóstico genético pre implantatorio.
Anomalía cromosómica estructural materna o paterna.

Los criterios específicos para realizar un procedimiento de DGP con este fin son:

Que exista alto riesgo de recurrencia de la enfermedad presente en la familia.

Que el trastorno genético genere graves problemas de salud, es decir, que la enfermedad de base genética comprometa la esperanza y/o calidad de vida por producir anomalías congénitas, discapacidad intelectual, sensorial o motora, no susceptibles de un tratamiento curativo, con arreglo a los conocimientos científicos actuales.

Que el diagnóstico genético sea posible y fiable, e incluya un informe de consejo genético donde se especifique el estatus genético de la persona, pareja o familia consultante en relación a la enfermedad y la identificación del gen implicado, la mutación responsable y la certeza de la relación fenotipo/genotipo.

Que sea posible realizar un procedimiento de fecundación *in vitro*/inyección espermática intracitoplasmática (FIV-ICSI) con una respuesta adecuada tras estimulación ovárica controlada.

Que se cumplan los criterios específicos para FIV con gametos propios.

Será necesario, además de los criterios anteriores, una autorización expresa de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe de la Comisión de Reproducción Humana Asistida cuando proceda, en base a lo establecido en el artículo 12.2 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

2. Con fines terapéuticos a terceros. Diagnóstico genético pre implantatorio en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad HLA (antígeno leucocitario humano) de los preembriones *in vitro* para la selección del embrión HLA compatible para tratamiento de un tercero (DGP-HLA).

Los criterios específicos para acceder a esta técnica son:

Mujeres o personas transexuales que conservan la capacidad de gestar con edad menor a 40 años en el momento de indicación del tratamiento y con una reserva ovárica suficiente para el fin del tratamiento que se persigue.

Existencia de indicación reconocida, es decir, hijo previo afecto de enfermedad que precise tratamiento con precursores hematopoyéticos procedente de hermano histocompatible.

Autorización expresa de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (CNRHA), según establece el artículo 12.2 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica y tres ciclos adicionales tras valoración clínica de un facultativo especialista o, en su caso, por la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida de los resultados obtenidos en los tres ciclos iniciales. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico y, en particular, del resultado de los tratamientos previos.

2.3.8 Salud Mental.

A) Contenido. La atención a la salud mental 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) y la terapia electroconvulsiva y se facilitará en régimen de atención ambulatoria, en hospital de día o en régimen de hospitalización.

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

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

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

c) 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.

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

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

B) Hospitalización psiquiátrica. Se facilitará para la asistencia psiquiátrica de todos los procesos tanto agudos como crónicos que precisen ingreso hospitalario u hospitalización de día.

Igualmente, se incluye el ingreso de aquellos pacientes psiquiátricos en centros o unidades de media y larga estancia cuando, una vez superada la fase aguda del proceso, la evolución no sea satisfactoria, precisen un mayor grado de estabilización y recuperación para su integración en su medio familiar y/o social.

Por tanto, 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.

El ingreso deberá realizarse en los centros concertados por la Entidad, sin perjuicio de lo dispuesto en las cláusulas 3.4 y en el apartado B.3 de la cláusula 3.2.2.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, si el ingreso se hubiera producido con anterioridad a 1 de enero de 2015, en un centro no concertado por causas clínicas justificadas sin autorización previa de la Entidad, la misma abonará al afiliado los gastos de hospitalización, con el límite de 87 euros por día, hasta el momento del alta hospitalaria o la Entidad oferte un centro que cubra las necesidades para la situación clínica/psiquiátrica del paciente en ingresos de media y de larga estancia. El reintegro deberá efectuarse dentro de los 10 días naturales siguientes a la fecha en que se presenten 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, si bien, 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 y trastornos relacionados con la violencia de género, en los que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesario para la correcta evolución del caso. En este último caso, el derecho se extenderá a todos los beneficiarios afectados.

Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis y 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 (requiere la aportación de informe médico del facultativo de la Entidad).

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. Igualmente se atenderá el tratamiento de lesiones derivadas de actos de violencia de género.

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:

a) 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.

b) Otros trasplantes autorizados por la Organización Nacional de Trasplantes.

c) 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 muscular esqueléticos 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.

2.3.10 Atención pacientes y familiares en el Área Genética.

A) La atención a los pacientes y familiares en el área de las enfermedades de base genética incluirá:

a) El diagnóstico de enfermedades, trastornos de base genética o alteraciones farmacogenéticas, mediante la integración de la información clínica personal y familiar y la obtenida tras la realización de los estudios genéticos o genómicos.

Se considera incluida la caracterización molecular con fin diagnóstico o pronóstico, así como para la toma de decisiones terapéuticas.

b) La transmisión de información, de forma clara y comprensible, en formatos accesibles a las circunstancias de la persona, sobre la alteración genética y la enfermedad o trastorno subyacente, el riesgo de recurrencia, las consecuencias para el

paciente y sus familiares y el asesoramiento sobre las posibilidades terapéuticas y de prevención pre y postnatal.

c) La derivación de los pacientes y familiares a los distintos profesionales especializados y grupos de apoyo necesarios para el adecuado manejo de cada situación.

B) El proceso de asesoramiento genético y de realización de análisis genéticos o genómicos con fines asistenciales deberá ser efectuado por personal cualificado y deberá llevarse a cabo en centros que dispongan de autorización sanitaria, de acuerdo al Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

C) El asesoramiento genético es el procedimiento destinado a informar a una persona sobre las posibles consecuencias para ella o sus familiares de los resultados de un análisis genético o genómico y de sus beneficios, riesgos y limitaciones y, en su caso, para asesorar en relación con las posibles alternativas derivadas de dicho análisis. Este procedimiento tendrá lugar en las enfermedades o trastornos de base genética y potencialmente hereditarios tanto antes como después de una prueba genética o genómica e incluso en ausencia de las mismas.

a) El asesoramiento genético tendrá como objetivo ayudar a la persona o familia a entender y adaptarse a las consecuencias médicas, psicológicas, familiares y sociales de una determinada enfermedad, trastorno genético o alteración de relevancia farmacogenética. Este proceso, que incluye la intervención de uno o más profesionales, consistirá en:

1. Interpretar los antecedentes médicos personales o familiares que permiten valorar el riesgo de ocurrencia o recurrencia de una enfermedad de base genética.

2. Informar sobre el posible tipo de herencia, los análisis genéticos o genómicos disponibles, así como de sus consecuencias clínicas y terapéuticas, la posibilidad de prevención o tratamiento y la disponibilidad y accesibilidad de recursos.

3. Ofrecer el apropiado asesoramiento, respetando el principio de autonomía de las personas para la toma de decisiones informadas.

4. Solicitar la firma del consentimiento informado previamente a la realización de cualquier análisis genético o genómico, tras explicar su validez y utilidad clínica, sus beneficios, riesgos y limitaciones, así como de los posibles resultados y de sus consecuencias clínicas y terapéuticas.

b) El asesoramiento genético se realizará antes y después del estudio genético indicado, al menos, ante el diagnóstico, sospecha diagnóstica o antecedentes familiares de:

1. Anomalías cromosómicas o desequilibrios genómicos que ocasionan o pueden ocasionar defectos congénitos o hereditarios, dificultades graves de aprendizaje o problemas de fertilidad.

2. Enfermedades hereditarias de aparición prenatal, infantil y adulta.

3. Cánceres hereditarios o familiares.

4. Anomalías congénitas o del desarrollo.

5. Discapacidad intelectual u otros trastornos del neurodesarrollo con sospecha de base genética.

6. Trastornos de la fertilidad con sospecha de base genética.

D) El análisis genético o genómico es un procedimiento destinado a identificar variantes genéticas o a detectar la presencia o ausencia de uno o varios segmentos de material genético.

Se consideran incluidas también las pruebas indirectas para detectar un producto génico o un metabolito específico que sea indicativo de un cambio genético determinado.

a) La indicación de los análisis genéticos o genómicos en las enfermedades o trastornos de base genética debe vincularse sistemáticamente al asesoramiento genético, respetando en todo momento la libre autonomía del individuo y requiriendo su consentimiento expreso y por escrito, una vez haya sido pertinentemente informado de los objetivos, posibilidades y limitaciones del análisis, así como de las posibles repercusiones de sus resultados a nivel individual y familiar, adoptando las medidas necesarias para garantizar el acceso a la información así como su comprensión. Las personas incapacitadas legalmente y los menores de edad participarán, atendidas sus circunstancias, con los apoyos precisos y según su edad y capacidades, en la toma de decisiones a lo largo del proceso, tal y como se recoge en la legislación vigente.

b) En la realización de análisis genéticos o genómicos:

1. Se asegurará la protección de los derechos de las personas y del tratamiento de los datos de carácter personal de acuerdo con la legislación vigente.

2. Se llevarán a cabo con criterios de pertinencia, calidad, equidad y accesibilidad.

3. Solo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de alguna variante genética responsable de una enfermedad o detectar una predisposición o susceptibilidad genética a una determinada enfermedad, estimando el riesgo asociado con fines médicos y con un asesoramiento genético asociado, cuando esté indicado. También podrán realizarse para identificar las diferencias individuales en la respuesta a los fármacos y las interacciones genético-ambientales o para el estudio de las bases moleculares de las enfermedades.

4. En el caso de personas con discapacidad, la información y documentación que se facilite, así como la comunicación y la interacción durante el proceso de asesoramiento genético, deberán atender a los requerimientos de accesibilidad universal y diseño para todos.

c) Los análisis genéticos o genómicos incluidos en la cartera común deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Tener validez analítica y clínica sustentada en la evidencia científica.

2. Ser de utilidad clínica: constituir un elemento esencial para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, para la selección y seguimiento de tratamientos, así como para la toma de decisiones reproductivas. Todo ello siempre que el balance beneficio/riesgo sea favorable.

3. Haber sido valorados previamente en relación a las implicaciones éticas, sociales, legales, organizativas y económicas de su inclusión en la oferta asistencial pública.

d) Los análisis genéticos se pueden realizar en personas sanas, enfermas, portadoras o en riesgo de padecer la enfermedad, sin considerar el tipo de tejido en el que se realizan e indistintamente de si se trata de alteraciones genéticas constitucionales o somáticas.

e) Se incluirán en la cartera común básica de servicios asistenciales aquellos análisis genéticos o genómicos que, cumpliendo los requisitos de validez analítica y clínica, utilidad clínica e impacto en la salud anteriormente expuestos, correspondan a alguno de los siguientes tipos de estudios y reúnan los criterios de indicación que a continuación se especifican:

1. Análisis genéticos o genómicos diagnósticos: Se realizan en personas con signos o síntomas de enfermedad y sirven para confirmar o descartar una enfermedad,

trastorno o alteración de base genética. Para su realización se deberán cumplir los siguientes criterios de indicación:

- La persona presenta signos o síntomas sugestivos de una enfermedad o trastorno genético que puede ser diagnosticado mediante el análisis genético o genómico.
- El diagnóstico genético de la enfermedad cumple al menos uno de los requisitos siguientes:

Implica un claro beneficio en el manejo clínico (diagnóstico, pronóstico, tratamiento o seguimiento) del paciente o de sus familiares.

Evita la realización de otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos inapropiados.

Proporciona información clave para la toma de decisiones reproductivas del individuo o de sus familiares que pueden comprometer a su descendencia.

2. Análisis genéticos pre sintomáticos o predictivos: Se realizan en personas asintomáticas y sirven para determinar si presentan un riesgo elevado de desarrollar una determinada enfermedad. Para su realización se deberán cumplir los siguientes criterios de indicación:

- La persona pertenece a una familia o grupo poblacional de alto riesgo en los que se ha identificado la presencia de una enfermedad o trastorno genético, cuya alteración genética ha sido previamente caracterizada y puede ser identificada mediante un análisis genético.
- Además, se cumple al menos uno de los requisitos siguientes:

El análisis genético o genómico permite un diagnóstico precoz o un tratamiento más temprano, cuando existan evidencias concluyentes de que el mismo se traduce en la disminución de la morbimortalidad de la enfermedad, en la previsión de una mejor respuesta terapéutica o en evitar efectos secundarios no deseables.

El diagnóstico genético de la enfermedad ayuda en la toma de decisiones reproductivas del individuo o de sus familiares que pueden comprometer a su descendencia.

- En el caso de menores, el estudio genético presintomático o predictivo en enfermedades que aparecen en la edad adulta se deberá diferir hasta que la persona tenga la madurez y competencia necesaria para comprender la naturaleza e implicaciones de su decisión, salvo que existan medidas preventivas eficaces aplicables en la infancia. En enfermedades que aparecen en la infancia y que pueden ser prevenidas o tratadas adecuadamente, el análisis genético o genómico se deberá realizar lo más próximo posible al momento en el que se deben iniciar dichas medidas preventivas y/o terapéuticas.

3. Análisis genéticos de portadores: se realizan en personas con alto riesgo de transmisión de enfermedad a su descendencia, aunque en general tienen poca o ninguna consecuencia para la salud de esta persona, y sirven para determinar si la persona es portadora de una alteración genética hereditaria.

El ámbito de este apartado se refiere al estudio de portadores en el contexto de sospecha diagnóstica o antecedentes familiares.

Para su realización se deberán cumplir los siguientes criterios de indicación:

- La persona, debido a sus antecedentes personales o familiares, presenta un riesgo elevado de ser portador de una determinada enfermedad o trastorno genético cuya alteración genética se conoce y puede ser identificada mediante el correspondiente análisis genético o genómico.

– El diagnóstico genético permite la toma de decisiones reproductivas de la persona o de sus familiares que pueden comprometer a su descendencia.

– En el caso de menores, el estudio genético de portadores no se realizará hasta que el menor alcance la madurez y competencia necesarias para comprender la naturaleza de su decisión y sus implicaciones y sea, a su vez, capaz de dar su consentimiento.

4. Análisis genéticos o genómicos para diagnóstico prenatal: Se realizan en caso de un feto con alto riesgo de sufrir una determinada enfermedad o trastorno genético relacionado con su salud, anomalía cromosómica o molecular, cuando se cumplan los siguientes criterios de indicación:

– Antecedentes familiares de una enfermedad o trastorno genético con riesgo de recurrencia o existencia de marcadores ecográficos, biomarcadores o malformaciones indicativas de un defecto genético.

– El análisis genético o genómico debe contribuir al manejo clínico de la gestación, del recién nacido o a la toma de decisiones reproductivas.

f) Análisis para el diagnóstico genético preimplantacional (DGP): Se realizan en:

1. Preembriones con alto riesgo de padecer enfermedades o trastornos de base genética graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo con arreglo a los conocimientos científicos actuales y servirá para identificar a los preembriones no afectados que serán transferidos mediante técnicas de reproducción humana asistida. La aplicación de las técnicas de diagnóstico preimplantacional en estos casos deberá comunicarse a la autoridad sanitaria correspondiente, que informará de ella a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

2. La aplicación de técnicas de diagnóstico preimplantacional para cualquiera otra finalidad no comprendida en el apartado anterior, o cuando se pretendan practicar en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad de los preembriones *in vitro*, con fines terapéuticos para terceros, requerirá de la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso.

Para la realización de los análisis para el diagnóstico genético preimplantacional se deberán cumplir los criterios de indicación que se recogen en el punto 5, de la letra D, del apartado 2.3.7.

g) Análisis de farmacogenética y farmacogenómica: Se realizan en personas que necesitan ser tratadas con determinados medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y sirven para determinar la estrategia terapéutica, valorar la respuesta al tratamiento o evitar o minimizar los posibles efectos adversos en un individuo determinado.

h) Estudio genético o genómico en patologías, hereditarias o no, que puedan beneficiarse desde el punto de vista asistencial de la búsqueda de biomarcadores diagnósticos, pronósticos o predictivos de respuesta al tratamiento, de acuerdo con las directrices marcadas por los organismos reguladores o en ficha técnica.

Todos estos servicios son prestados por las correspondientes unidades asistenciales, recogidas 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, autorizadas por las respectivas comunidades autónomas.

E) La concreción, especificación y definición de las pruebas genéticas incluidas en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud se llevará a cabo por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

Con el fin de garantizar la calidad en la prescripción de los análisis genéticos o genómicos, el responsable de la indicación deberá garantizar, siempre que se requiera, que se ha realizado un asesoramiento genético previo y que se ha firmado el correspondiente consentimiento informado. Además, deberán constar en la prescripción, como mínimo, los siguientes datos:

a) Responsable de la indicación: datos de identificación del facultativo (nombre completo, número de colegiado o código de identificación, centro sanitario y servicio).

- b) Usuario: datos de identificación; fecha de nacimiento.
- c) Orientación diagnóstica: Condición o patología que justifica la indicación, patologías concomitantes que influyan en la indicación u otra información clínica de interés.
- d) Antecedentes personales y familiares.
- e) Indicación: Fecha; tipo de análisis genético o genómico que se solicita.

Las Entidades pondrán a disposición de los facultativos correspondientes, la relación de centros que, cumpliendo los requisitos que se establezcan, puedan realizar los diferentes tipos de análisis genéticos o genómicos.

2.4 Cartera de servicios de atención de urgencia.

2.4.1 Contenido. La Atención de Urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata.

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

La atención de urgencia comprende también la atención telefónica, a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, previsto en la cláusula 3.1.1.D), que incluye la información y asignación de los recursos propios o en coordinación con los servicios de emergencias del 112 con objeto de ofrecer la respuesta más adecuada a la demanda asistencial, y el transporte sanitario urgente, en las condiciones previstas en la cláusula 2.4.3.

El Centro Coordinador de Urgencias, con teléfono gratuito, 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, en todo el territorio nacional.

Además, 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 3.2.

2.4.2 Condiciones de Acceso. Cuando el titular o beneficiario precise atención de urgencia o de emergencia sanitaria deberá solicitarla a través del teléfono de atención de urgencia gratuito de la Entidad que figura en la tarjeta sanitaria, en el Catálogo de Proveedores y en la web y que le dé acceso de forma inmediata al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad destinado a garantizar la accesibilidad y coordinación de todos los medios disponibles para este tipo de atención las 24 horas del día de todos los días del año, en todo el territorio nacional.

A través del teléfono de atención de urgencia o del de información de la Entidad, podrá recabarse información sobre los medios de atención de urgencia hospitalarios, ambulatorios y de Atención Primaria disponibles y, en general, sobre cualquier otro aspecto relacionado con este tipo de atención, así como a efectos de lo previsto en la cláusula 4.2.1.E).

La asistencia urgente también podrá requerirse en los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Especializada de la Entidad, o bien directamente a los facultativos de medicina general, pediatría y enfermería de la Entidad en sus horarios de consulta.

2.4.3 Transporte sanitario urgente.

A) Consideraciones generales. La Atención de Urgencia comprende también el transporte sanitario urgente, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma adecuada la situación de urgencia.

B) Modalidades. Este tipo de transporte comprende las siguientes modalidades:

a) Transporte primario urgente, desde el lugar donde se ha producido la emergencia hasta el primer centro o dispositivo sanitario con capacidad para atender al paciente. Puede requerir una primera asistencia, en el mismo lugar donde se ha producido la emergencia, por parte de personal cualificado.

b) Transporte sanitario solicitado por el Centro Coordinador de Urgencias.

C) 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.

2.4.4 Servicios de Urgencia Hospitalarios. Estarán disponibles en los municipios incluidos en los Niveles II, III y IV de Atención Especializada, con los criterios de disponibilidad establecidos en la cláusula 3.2.2.

Por otro lado, el despliegue de los centros y unidades donde se desarrolla la actividad profesional del colectivo protegido, condiciona su peculiar distribución geográfica y algunas necesidades específicas.

Por ello, 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 beneficiarios que sufran situaciones clínicas agudas que obliguen a una atención no demorable, siempre que no se disponga de centros concertados en el municipio en el que se encuentre el beneficiario que requiera la asistencia.

2.5 Cuidados paliativos/Atención a pacientes terminales.

2.5.1 Contenido. Los Cuidados paliativos incluyen todas aquellas actuaciones dirigidas a personas con enfermedades graves cuyo fin es que se sientan mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad o el tratamiento. Se pueden brindar al mismo tiempo que los tratamientos destinados para curar o tratar la enfermedad.

La atención a pacientes terminales se ofrece normalmente solo cuando su esperanza de vida sea de hasta 6 meses y no esté recibiendo un tratamiento activo o curativo. Con esta atención se intentan mitigar los síntomas y los efectos secundarios. Esta atención incluye, en todo caso, cuidados paliativos.

En la prestación de los cuidados paliativos o atención a pacientes terminales 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, si fuera preciso, en centros sanitarios en régimen de hospitalización, 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 grave, independientemente de la patología que la origine. Así tenemos:

Paciente adulto. Las patologías que con mayor frecuencia requieren cuidados paliativos son:

- a) Enfermedad Oncológica.
- b) Insuficiencias orgánicas: cardíaca, renal, hepática y respiratoria.
- c) Demencias.

- d) Enfermedades degenerativas: ELA, Parkinson.
- e) Enfermedades vasculares.

Paciente pediátrico:

- a) Enfermedades progresivas sin opciones de tratamiento curativo y que se puede prolongar durante años.
- b) Enfermedades irreversibles con complejas necesidades sanitarias.

2.5.3 Estructura y Organización. En la prestación de los cuidados paliativos o atención a enfermos terminales participarán los profesionales de atención primaria y atención especializada, bajo un modelo organizativo explícito, adaptado a la distribución territorial de los recursos asistenciales, de acuerdo a las exigencias de medios establecidas en la cláusula 3.2. que se complementará con dispositivos de apoyo a los que, en caso necesario, los pacientes pueden ser derivados por su grado de complejidad.

El objetivo es asegurar que las necesidades de pacientes, familias y personas cuidadoras, sean atendidas en todo momento y en cualquier lugar, procurando garantizar la continuidad asistencial. Para ello, es necesaria la actuación coordinada de los recursos sanitarios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Dispositivos de Urgencias y Equipos avanzados de Cuidados Paliativos.

En los municipios donde no se cumplan los criterios de disponibilidad previstos en la cláusula 3.2, se facilitará el acceso del paciente a los dispositivos específicos del Servicio de Salud de la correspondiente Comunidad Autónoma. En el caso, de que en algún municipio que, por su nivel asistencial, la entidad no cuente con medios para esta prestación, deberá suscribir acuerdos de colaboración con la Administración Sanitaria Competente, sin perjuicio de la facultad del ISFAS para formalizar el correspondiente convenio con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para la prestación de estos servicios.

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.

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 o recabar la intervención de equipos de soporte en cuidados paliativos.

La atención de los pacientes con situaciones de alto nivel de complejidad, con independencia del municipio de residencia, siempre que existan recursos disponibles, se prestará por un Equipo de Soporte Domiciliario en cuidados paliativos que podrá determinar su derivación e ingreso en Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

La continuidad de la asistencia en las franjas horarias en las que cesa la actividad de los recursos específicos, se facilitará a través del Centro Coordinador de Urgencias (teléfono gratuito de atención de urgencias), 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 beneficiarios que precisen cuidados paliativos por equipos de soporte específicos o bien el ingreso en Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias deberán, salvo en los casos de urgencia, solicitar autorización previa a la Entidad, de acuerdo con el procedimiento previsto en el apartado 2 del anexo 2.

2.5.5 Cuidados paliativos en régimen de hospitalización. La atención en el domicilio es la alternativa de elección para la mayoría de los pacientes terminales. Sin embargo, los facultativos responsables de la asistencia podrán ordenar la derivación a las Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias o 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.

2.6 Salud bucodental. Comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéutica y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y educación para la salud dirigidas a la atención a la salud bucodental.

2.6.1 Contenido. La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

A) A toda la población:

a) Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo 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 témporo-mandibular.

b) Tratamiento farmacológico de la patología bucodental que lo requiera.

c) Exodoncias, exodoncias quirúrgicas y cirugía menor de la cavidad oral.

d) Detección precoz de lesiones pre malignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.

e) Educación sanitaria para la autoexploración de la cavidad oral en la búsqueda de lesiones con sospecha de malignidad.

B) A la población infanto-juvenil (0-14 años a.i.) se les facilitarán, cuando estén indicadas, las siguientes actuaciones:

a) Exploración preventiva del estado de salud bucodental, que incluirá exploración radiográfica, cuando este indicada.

b) Determinación del riesgo individual de caries, especialmente en los 2 primeros años de vida, para establecer la periodicidad de las revisiones y las medidas preventivas orientadas a reducir el riesgo.

c) Tanto en dentición temporal como definitiva:

– Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.

– Sellados de fosas y fisuras.

– Tartrectomía.

d) En la Dentición temporal, se aplicarán actuaciones de mínima intervención y medidas tendentes a frenar el proceso de lesión por caries.

e) Para la dentición definitiva se incluyen obturaciones en lesiones que no asocien daño pulpar irreversible producidas por caries, traumatismos o por cualquier enfermedad que afecte a la estructura del diente.

f) En el caso de lesiones por traumatismo en grupo de incisivo y caninos definitivos, se incluyen también:

– Reubicación y estabilización de los dientes afectados del grupo anterior.

– Ferulización del grupo anterior y sutura de tejidos blandos, si es necesario.

– Tratamientos pulpares, si es necesario.

C) A mujeres embarazadas, se les ofrecerán las siguientes actuaciones:

a) Consejos para preservar la salud oral del futuro bebé.

b) Exploración clínica para determinar su estado de salud bucodental y su riesgo tanto de caries como de enfermedad periodontal.

c) Cuando este indicado, tartrectomía y aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.

D) A personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, se les facilitará, cuando este indicado por el riesgo que pueda comportar para el desarrollo de enfermedades bucodentales, los tratamientos odontológicos conservadores a los que hace referencia el punto 2.6.1.2, al igual que para el conjunto de las demás actuaciones, en el medio más adecuado para sus características individuales.

E) A personas que presenten alteraciones conductuales graves objetivables y que no sean capaces de mantener el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, se garantizará las prestaciones de los servicios, según el grupo al que pertenezca, mediante el correspondiente tratamiento sedativo o de anestesia general, de acuerdo con los protocolos que se establezcan con los equipos de atención hospitalaria.

F) A personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial se les ofrecerán las siguientes actuaciones:

a) Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y las necesidades preventivas y terapéuticas que puedan ser necesarias para la prevención de lesiones orales derivadas del tratamiento oncológico de radio o quimioterapia.

b) Cuando esté indicado, aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes, previa tartrectomía, si fuera necesario, para que el tratamiento anterior sea efectivo.

2.6.2 Cuando medie accidente en acto de servicio, a excepción de los ocurridos formando parte de un contingente en el extranjero, o enfermedad profesional, serán a cargo de la Entidad todos los tratamientos y actuaciones, incluidas las prótesis dentarias, la ortodoncia y los implantes osteointegrados que se precisen, así como su colocación.

2.6.3 Se incluyen a cargo de la Entidad, las prótesis de maxilar superior e inferior, tanto no implantosoportadas como implantosoportadas con los implantes dentales, para pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia o grandes traumatismos y para pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral que impliquen la pérdida de dientes relacionada directamente con la patología o su tratamiento.

2.6.4 Quedan excluidos de la atención a la salud bucodental los siguientes tratamientos:

a) Obturaciones definitivas y tratamientos pulpares en la dentición temporal.

b) Tratamientos pulpares en la dentición definitiva, excepto lo señalado en el apartado 2.6.1.2.f).

c) Tratamientos ortodóncicos.

d) Exodoncias de dientes sanos por indicación exclusivamente ortodóncica.

e) Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.

f) Implantes dentarios y prótesis dentales, salvo los incluidos en la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica.

g) Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.

2.7 Transporte para asistencia sanitaria.

2.7.1 Consideraciones generales. El transporte para la asistencia sanitaria contemplada en este Concierto incluye las siguientes modalidades:

- a) Transporte sanitario urgente, previsto en la cláusula 2.4.3.
- b) Transporte sanitario no urgente.
- c) Transporte en medios ordinarios.

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.

Con carácter general, 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.

2.7.2 Transporte sanitario no urgente.

A) Contenido. Se atenderá la cobertura del transporte sanitario no urgente, con los requisitos, condiciones y límites que se establecen en esta cláusula.

El transporte sanitario no urgente consiste en el desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentran en situación de urgencia o emergencia, y que por causas exclusivamente clínicas están incapacitados para desplazarse en los medios ordinarios de transporte a un centro sanitario para recibir asistencia sanitaria o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, y que pueden precisar o no atención sanitaria durante el trayecto. El transporte sanitario no urgente debe ser accesible a las personas con discapacidad.

La cartera de servicios de transporte sanitario no urgente incluye el transporte sanitario asistido, para el traslado de enfermos o accidentados que requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta, y el transporte sanitario no asistido, que es el indicado para el traslado especial de enfermos o accidentados que no requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta.

B) Tipos de traslado. El transporte sanitario no urgente, según el origen y destino del traslado del paciente, así como por el carácter de periodicidad, comprende los siguientes tipos de traslados:

- a) Traslados periódicos del paciente desde su domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario a su domicilio.
- b) Traslado puntual del paciente desde su domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario a su domicilio.
- c) Traslado del paciente desde un centro sanitario a su domicilio, si fuera necesario, tras el alta hospitalaria o tras atención en un servicio de urgencias.
- d) Traslado de un paciente a su municipio de residencia, bien a su domicilio o a otro centro sanitario, cuando hubiera recibido asistencia urgente en otro municipio en el que se encontrara desplazado transitoriamente, siempre que su situación clínica haga necesaria la utilización de transporte sanitario.

Se entiende por domicilio del paciente el lugar de residencia habitual o temporal.

Los centros sanitarios de origen y/o destino deben ser centros concertados con la Entidad, o haber sido objeto de autorización específica.

C) Criterios de indicación. La necesidad de transporte sanitario se justificará mediante la prescripción escrita del correspondiente facultativo que deberá valorar tanto el estado de salud como el grado de autonomía del paciente para poder desplazarse en medios de transporte ordinarios, entre su domicilio y un centro sanitario, o viceversa, independientemente del problema de salud que esté en el origen.

La prescripción del transporte se considerará justificada siempre que el paciente cumpla al menos uno de los dos criterios siguientes:

- a) Limitación para el desplazamiento autónomo y que requiere el apoyo de terceras personas.
- b) Situación clínica del paciente que le impida el uso de medios de transporte ordinario.

D) Situaciones en las que el paciente puede ir acompañado. Siempre que la situación clínica del paciente lo aconseje podrá ir acompañado para el transporte sanitario no urgente con cargo a la Entidad.

El acompañante no estará sujeto a aportación.

Para la indicación del acompañante el facultativo prescriptor valorará si la edad o situación clínica del paciente lo requiere y tendrá especialmente en cuenta las siguientes circunstancias:

- a) Pacientes con minusvalía cognitiva, sensorial o psíquica que le limite la comprensión y la comunicación con el medio durante su traslado.
- b) Pacientes que, por la evolución de su enfermedad, se encuentren en el momento del traslado en una situación de gran deterioro físico o psíquico.

E) Reevaluación de la necesidad de transporte sanitario. En los casos de transporte sanitario periódico, como hemodiálisis, radioterapia, rehabilitación u otros contemplados en este Concierto, la Entidad podrá proponer la reevaluación periódica del paciente por el médico responsable de la asistencia para que determine si se mantienen las causas médicas o la incapacidad física que justifiquen la necesidad de transporte sanitario o, en caso contrario, pueden utilizarse ya los medios de transporte ordinario.

En este caso, la Entidad podrá suspender el transporte sanitario, independientemente de la duración o tipo de asistencia que se esté llevando a cabo.

F) Compensación en supuestos especiales. Cuando el paciente hubiera debido realizar los traslados en taxi o vehículo de transporte con conductor con licencia oficial (VTC) o vehículo particular, al no haberse facilitado transporte sanitario por la Entidad, pese a haberse solicitado previamente, y se cumplan los criterios previstos en el apartado C) de esta cláusula, se atenderá el pago de los gastos generados por los desplazamientos en taxi o, de haberse utilizado un vehículo particular, el pago de una ayuda compensatoria por importe de 15 euros por trayecto, más 0,26 euros por kilómetro adicional en desplazamientos interurbanos superiores a 25 kilómetros.

2.7.3 Transporte en medios ordinarios.

A) Tipos de transporte ordinario. 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. En Ceuta, se considera el helicóptero de línea regular, en determinadas circunstancias (fallo línea marítima en pacientes con cita concertada o que tengan unas condiciones físicas que les pueda perjudicar un viaje de más larga duración).

B) Supuestos objeto de cobertura. El beneficiario del ISFAS tendrá derecho a este tipo de transporte a cargo de la Entidad, en los siguientes supuestos:

- a) 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 3.2, de forma que el beneficiario venga obligado a desplazarse desde el municipio en que resida, con carácter temporal o permanente, al más próximo donde aquellos estén disponibles o a la localidad a la que la Entidad haya derivado al beneficiario, previo consentimiento de éste.

Cuando se hubiera producido el traslado a un centro ubicado en una provincia distinta a la de residencia, por indisponibilidad de medios exigibles en el correspondiente Nivel asistencial, si ya no se precisa transporte sanitario, se atenderán los gastos que se deriven del desplazamiento de regreso en medios ordinarios de transporte.

En el caso de Ceuta, al no tener un servicio de radioterapia, la Entidad debe de asumir el traslado de los pacientes en helicóptero de línea regular, independientemente de la situación clínica del paciente. Este tipo de traslado se mantendrá mientras no exista un servicio de radioterapia público o privado, al que se pueda derivar al paciente, en la misma ciudad de Ceuta.

b) Desplazamientos a Servicios de Nivel IV, a servicios especiales y a Servicios de Referencia, a los que se alude en la cláusula 3.2.3, ubicados en un municipio distinto al de residencia, cuando en el mismo no se disponga de este tipo de servicios.

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

C) Valoración de los traslados. Los traslados (aunque se realicen en automóvil) se valorarán por el coste de su tarifa básica sin suplementos, en líneas regulares de transporte por autobús o ferrocarril o, si procediese por tratarse de provincias insulares o las ciudades de Ceuta y Melilla, por barco, avión o helicóptero en línea regular en el caso de Ceuta, hasta el municipio más próximo en que la Entidad disponga de medios para completar la asistencia requerida. La prestación comprenderá el traslado de regreso.

D) Transporte del acompañante. Se tendrá derecho a los gastos de transporte de un acompañante para los desplazamientos del paciente en los siguientes supuestos:

a) Desplazamientos de beneficiarios menores de quince años y en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla y provincias insulares, menores de 18 años.

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

c) 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 Prestaciones farmacéuticas y con productos dietéticos.

2.8.1 Normas Generales. La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible.

Esta prestación se regirá por lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, y demás disposiciones aplicables.

A los efectos que correspondan, los medicamentos y productos sanitarios prescritos y dispensados al colectivo protegido por este Concierto lo son en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, con independencia de a quien corresponda su cobertura conforme a las cláusulas siguientes, y con independencia del régimen asistencial al que esté sometido el paciente, ya sea ingresado, hospital de día, domiciliario y/o urgencias, por lo que no procede en su facturación la aplicación del precio notificado previsto en el artículo 94.4 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, dado su carácter excepcional, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Quedan expresamente excluidos del objeto del presente concierto los medicamentos dispensados en tratamiento ambulatorio a los beneficiarios por los servicios de farmacia

de los centros hospitalarios a cargo del ISFAS, sin perjuicio de lo establecido en las cláusulas 2.8.2.B) y 2.8.3.

La prestación con productos dietéticos comprende los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

2.8.2 Contenido.

A) En el caso de pacientes tratados en el ámbito no hospitalario, la cartera de servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación y prescripción de los medicamentos y productos incluidos en la prestación farmacéutica y con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud.

Dichas actividades deberán efectuarse por los profesionales de la Entidad en las recetas oficiales del ISFAS, identificando el principio activo del medicamento o la denominación genérica del producto sanitario, de conformidad con lo dispuesto en la normativa reguladora.

La Entidad adoptará todas las medidas necesarias para impulsar y hacer efectiva la implantación del Sistema de la Receta Electrónica propio de las Mutualidades de funcionarios en el ámbito del Concierto. Para las prescripciones manuales en formato papel, exigirá a sus facultativos que en la cumplimentación de dichas recetas figuren sus datos mínimos obligatorios: nombre y dos apellidos, número de colegiado y provincia donde ejerza, mediante un sello que permita su legibilidad.

B) En el caso de pacientes tratados en el ámbito hospitalario, la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación y prescripción por los profesionales de los servicios concertados o asignados y la dispensación a su cargo de todos aquellos productos farmacéuticos, sanitarios 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), con las especificaciones que se establecen en las cláusulas 2.8.3 y 2.8.4.

Como norma general, la Entidad garantizará que la dispensación hospitalaria para pacientes ambulatorios se realice en el mismo hospital en que se ha prescrito el medicamento, excepto cuando se produzcan supuestos excepcionales que puedan autorizarse por ISFAS, en cuyo caso, la Entidad establecerá el procedimiento necesario para garantizar el correcto y seguro acceso a la medicación por parte del colectivo protegido.

Cuando concurren circunstancias sanitarias excepcionales o cuando concorra una situación clínica de dependencia, vulnerabilidad, riesgo o distancia física del paciente a los servicios de farmacia hospitalaria, la Entidad promoverá protocolos para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial, garantizando la óptima atención con la entrega, si procede, de los medicamentos en centros sanitarios o, en establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.

El suministro de los medicamentos hasta el lugar de destino, así como el seguimiento farmacoterapéutico será responsabilidad del servicio de farmacia dispensador. El transporte y entrega del medicamento deberá realizarse de manera que se asegure que no sufre ninguna alteración ni merma de su calidad.

Con independencia del tipo de medicamento para tratamientos ambulatorios de ámbito hospitalario, la Entidad deberá asumir a su cargo los sistemas de dispensación no presencial disponibles en los centros hospitalarios cuando el domicilio del paciente esté en otra provincia, o a una distancia superior a 100 kilómetros o el tiempo de desplazamiento supere la hora.

C) En el marco de la legislación específica vigente en cada momento, la Entidad promoverá protocolos para la dispensación de medicamentos en modalidad no

presencial, garantizando la óptima atención con la entrega de los medicamentos en centros sanitarios o en establecimientos sanitarios autorizados a esos fines. próximos al domicilio del paciente o en su propio domicilio.

El suministro de los medicamentos hasta el lugar de destino, así como el seguimiento farmacoterapéutico será responsabilidad del servicio de farmacia dispensador. El transporte y entrega del medicamento deberá realizarse de manera que se asegure que no sufre ninguna alteración ni merma de su calidad.

2.8.3 Medicamentos para tratamientos ambulatorios a cargo de la Entidad.

A) El suministro de los medicamentos precisos para el tratamiento de pacientes ambulatorios correrá a cargo de la Entidad en los siguientes supuestos:

a) Los medicamentos comercializados como de Uso Hospitalario, cuya dispensación se realiza a través de los servicios de Farmacia Hospitalaria, conforme a lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cualesquiera que sean sus indicaciones y/o condiciones de utilización, según lo establecido en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

En el caso de tratamientos con Hormona de Crecimiento, se garantizará el suministro durante el periodo y conforme a la pauta del tratamiento para el que se hubiera estimado la correspondiente prestación por el Delegado del ISFAS, previo acuerdo favorable del Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento y Sustancias Relacionadas del Ministerio de Sanidad. En los casos de renovación de estos tratamientos, la Entidad garantizará el suministro hasta la emisión del informe por parte del comité, siempre y cuando el afiliado lo solicite antes que la fecha de caducidad del tratamiento cuya renovación se solicita.

b) Los medicamentos no comercializados en España, estén o no comercializados en otros países, cuya dispensación, conforme a la normativa aplicable, deba realizarse a través de Servicios de Farmacia Hospitalarios, y siempre que no se trate de ensayos clínicos. La dispensación debe de ser autorizada previamente por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

c) Los medicamentos, productos farmacéuticos y otros productos sanitarios financiados en el Sistema Nacional de Salud, tengan o no cupón precinto que, según lo establecido en su ficha técnica, requieran para su administración la intervención de facultativos especialistas o profesionales sanitarios debidamente formados, sin perjuicio de su dispensación a través de oficinas de farmacia.

d) 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.

e) Los colirios de suero autólogo, plasma rico en plaquetas y plasma pobre en plaquetas, elaborados todos ellos como fórmulas magistrales a partir de muestras biológicas del paciente en los Servicios de Farmacia hospitalarios, cuando hayan sido debidamente indicados por el especialista correspondiente de la Entidad.

f) Las vacunas cuya dispensación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud deba realizarse exclusivamente por los Servicios Farmacéuticos o Centros Sanitarios autorizados y que estén desprovistas de cupón precinto por resolución de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, en los grupos de riesgo para los que quede restringida su prescripción y uso.

B) Medicamentos a cargo de la entidad con acuerdos específicos de financiación. La Entidad debe remitir al ISFAS la información de los medicamentos de Uso Hospitalario sujetos a acuerdos de específicos de financiación (techo máximo de gasto, precio-volumen...) en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, conforme a lo previsto en la resolución de autorización del Ministerio de Sanidad, que se hubieran dispensado para el tratamiento de pacientes del ISFAS.

La información se facilitará con periodicidad mensual, en el plazo máximo de 60 días a contar desde la fecha de dispensación por el correspondiente Servicio de Farmacia Hospitalaria, mediante un fichero con el formato y contenido que se detalla en el apartado 6 del anexo 4.

Cuando el Comité de seguimiento, creado para el cumplimiento del correspondiente acuerdo de financiación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, acuerde que el exceso sobre el volumen de gasto acordado para el periodo fijado se retorne a los organismos responsables de la prestación farmacéutica, una vez que se haga efectivo el retorno, el ISFAS trasladará a las Entidades que hubieran facilitado la información detallada en el párrafo anterior, en el plazo fijado al efecto, la parte proporcional que corresponda, considerando el número de envases dispensados por sus servicios para el tratamiento de pacientes del ISFAS, sobre el total de envases cuya dispensación se hubiera notificado por el conjunto de Entidades concertadas. No obstante, por la Gerencia del ISFAS podrá acordarse el traslado de los retornos, atendiendo a otros criterios de proporcionalidad.

C) Tratamientos con terapias avanzadas. Los tratamientos de terapias avanzadas autorizados en el Sistema Nacional de Salud serán a cargo de la Entidad. Estos tratamientos serán prescritos por los especialistas de los correspondientes servicios asignados, los cuales informarán a la Entidad de dicha prescripción. La Entidad seguirá el procedimiento establecido para su autorización y dictamen preceptivo del Comité de Expertos Nacional dependiente del Ministerio de Sanidad y su posterior dispensación en el Centro Hospitalario correspondiente.

2.8.4 Dispensación por Servicios de Farmacia Hospitalarios en supuestos especiales.

A) Por los servicios de farmacia de centros hospitalarios concertados se dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios a cargo del ISFAS, en los siguientes supuestos:

a) Los medicamentos que, sin tener la calificación de uso hospitalario, tengan establecidas reservas singulares en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales, por lo que no están dotados de cupón-precinto, y que para su administración no requieren la intervención expresa de facultativos especialistas.

Estos medicamentos se facturarán para su abono directo por parte del ISFAS, en las condiciones establecidas por el Ministerio de Sanidad, al precio de venta del laboratorio (PVL), más impuestos, de financiación para el Sistema Nacional de Salud, al que, en su caso, se aplicará la deducción prevista en el artículo 9 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, con las excepciones establecidas en su artículo 10. Todo ello sin perjuicio de los acuerdos de financiación específicos a los que pudiera llegar el Ministerio de Sanidad con los laboratorios farmacéuticos.

b) Los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario cuya dispensación se autorice expresamente por la Delegación del ISFAS para el tratamiento de un determinado paciente, ante la existencia de dificultades para su dispensación en oficinas de farmacia por problemas de desabastecimiento u otros.

Estos medicamentos se facturarán para su abono directo por parte del ISFAS, al precio de venta al público. (PVP), de financiación para el Sistema Nacional de Salud, deduciendo el importe de la aportación del beneficiario y deducción prevista en el artículo 9 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, que se reflejarán en la factura.

B) Medicamentos a cargo del ISFAS que estén sometidos a acuerdos específicos de financiación:

a) Los medicamentos a cargo del ISFAS que estén sometidos a acuerdos específicos de financiación por parte del Ministerio de Sanidad, se facturarán en el plazo

de un mes desde la fecha de su dispensación y sin que se pueda superar los límites que correspondan, fijados en los referidos acuerdos.

b) En aquellos casos en los que, previa comunicación del Ministerio de Sanidad, se alcance el acuerdo específico de financiación para los medicamentos a cargo del ISFAS, éste organismo informará a la Entidad de los efectos que se deriven de esta situación y, en su caso, de la fecha a partir de la que se deba dispensarse el medicamento en las condiciones fijadas en el acuerdo de financiación correspondiente, para que a su vez lo comunique a los hospitales que dispensen estos medicamentos.

En todo caso, la Entidad deberá asegurar la continuidad de los tratamientos instaurados a los beneficiarios y previamente autorizados por el ISFAS sin coste alguno para éste.

2.8.5 Uso racional del medicamento.

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) Si como consecuencia del análisis por el ISFAS de los datos correspondientes al consumo farmacéutico se detectaran situaciones de consumos irregulares, se estimasen oportunas determinadas medidas en relación con las mismas, la Entidad colaborará en su aplicación. 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.

f) La Entidad remitirá al ISFAS un fichero con el formato y contenido que se detalla en el apartado 6 del anexo 4, con la información de los medicamentos de Uso Hospitalario que se hubieran dispensado para el tratamiento ambulatorio de pacientes del ISFAS. La información se facilitará con periodicidad mensual, en el plazo máximo de 60 días a contar desde la fecha de dispensación por el correspondiente Servicio de Farmacia Hospitalaria, y deberá incluir los siguientes datos: Código Id del paciente, Código Nacional del Medicamento, Número de envases, Fecha de dispensación, Hospital y Provincia.

2.8.6 Procedimiento para la repercusión de costes de medicamentos.

A) Prescripción y dispensación recetas oficiales del ISFAS. 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.

B) Excesos facturados por medicamentos de dispensación hospitalaria. Cuando los medicamentos y productos farmacéuticos que, estando financiados por el Sistema Nacional de Salud, no estén dotados de cupón precinto y estén sometidos a reservas singulares consistentes en limitar su dispensación a los servicios de farmacia de los hospitales, se facturen al ISFAS por los servicios concertados a un precio superior o en condiciones distintas a las indicadas en la cláusula 2.8.4, se supere el techo de máximo de gasto o los límites fijados en acuerdos de financiación específicos para el Sistema Nacional de Salud y pudiera existir dificultad para el acceso de los pacientes a los tratamientos, el ISFAS procederá al pago de las facturas y, posteriormente, repercutirá las diferencias sobre los límites fijados a la Entidad, en el pago mensual de las cuotas, de acuerdo con lo previsto en la cláusula 6.6.2 y en el capítulo 7.

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:

a) Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía y laringuectomía, sus accesorios y sondas vesicales especiales, así como otras sondas especiales y productos de ostomía que no sean dispensables mediante receta oficial del ISFAS, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por un especialista de la Entidad.

b) Los dispositivos intrauterinos (DIU) que hayan sido prescritos por un especialista de la Entidad, incluidos los sistemas de liberación intrauterinos (DIUs hormonales) y los pesarios.

c) Las tiras reactivas para la medición en pacientes diabéticos de glucemia, glucosuria y, combinadas, glucosa/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias, de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por las administraciones sanitarias y sociedades científicas. En todo caso, la Entidad deberá proporcionar aquellos productos que, a juicio del profesional responsable de la indicación o prescripción, se adapten mejor a las necesidades y habilidades del paciente.

d) Los sistemas de monitorización de glucosa mediante sensores (tipo *flash*) o de monitorización continua de glucosa a tiempo real (MCG-TR), cuando el beneficiario cumpla los requisitos establecidos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud y se indiquen por el especialista en Endocrinología, Medicina Interna o, en su caso, Pediatría de la Entidad.

e) Las bombas de infusión local para la administración parenteral de insulina y otros fármacos.

f) El material fungible que sea necesario para la administración parenteral de insulina, fármacos antidiabéticos u otros fármacos: las jeringuillas de insulina y las agujas correspondientes, las agujas para inyectores y sistemas precargados de antidiabéticos de administración parenteral que carezcan de ellas, así como el material fungible de las bombas de infusión de insulina, fármacos antidiabéticos u otros fármacos.

g) El lector ocular y otros sistemas de comunicación para pacientes con trastornos neuromotores graves, con afectación severa de ambos miembros superiores e imposibilidad de comunicación oral o escrita, fundamentalmente pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), trombosis de la arteria basilar, parálisis cerebral infantil, traumatismo craneoencefálico y mielínolisis pontina, con suficiente capacidad mental, intelectual, de aprendizaje y de control para su manejo de forma segura y eficaz.

Todos estos productos se suministrarán 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 Prestación ortoprotésica.

2.10.1 Implantes quirúrgicos. Serán objeto de cobertura a cargo de la Entidad los implantes quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos precisos, 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, que estén comprendidos en la oferta de productos ortoprotésicos de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, conforme a la indicación de los servicios especializados asignados, incluyendo aquellos implantes sometidos a estudios de monitorización autorizados por el Ministerio de Sanidad.

Asimismo, se atenderá la renovación de los implantes y la de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos, y los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis, corriendo a cargo de la Entidad todos los costes asociados.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto en los siguientes supuestos:

- a) Pacientes con lesiones derivadas de accidente de servicio, salvo cuando el titular forme parte o esté integrado en un contingente o por enfermedad profesional.
- b) Pacientes con procesos oncológicos que afecten a la cavidad oral e impliquen pérdida de dientes relacionada directamente con esta patología o su tratamiento.
- c) Pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia.

2.10.2 Productos ortoprotésicos de dispensación ambulatoria. La indicación o prescripción de las prótesis externas y demás productos sanitarios incluidos en la prestación ortoprotésica del ISFAS, y de su oportuna renovación, se realizará por los correspondientes especialistas de los servicios asignados, quedando bajo su supervisión la adaptación de estos productos.

Asimismo la adaptación de los productos quedará bajo la supervisión del especialista que haya formulado la indicación y, en el caso de productos que requieran una adaptación específica al paciente de complejidad alta y de productos elaborados a medida, el especialista deberá de verificar la adecuación del producto suministrado con la prescripción así como la idoneidad de la adaptación, proponiendo, en su caso, las modificaciones que considere oportunas, que se reflejarán en el correspondiente documento.

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 la prestación ortoprotésica (formularios específicos, informes médicos, protocolos y el uso de productos que este incluidos en el nomenclátor/catálogo) 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.

Así mismo, los facultativos especialistas en rehabilitación, que son los prescriptores de las prótesis externas para miembros superiores e inferiores, deben de pertenecer a un servicio de Medicina Física y Rehabilitación de un centro hospitalario y aportarán una certificación y/o validación de que el producto entregado al paciente por la ortopedia certificada, se ajusta a las necesidades del mismo y que está adaptado adecuadamente.

2.11 Otras prestaciones.

2.11.1 Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias domiciliarias. Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas de oxigenoterapia crónica a domicilio, oxigenoterapia en modalidad ambulatoria y ventilación mecánica a domicilio utilizadas en

el Sistema Nacional de Salud, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo el uso de las mochilas de oxígeno líquido o concentradores portátiles de oxígeno.

También se incluye el tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea del sueño mediante CPAP, autoCPAP y servoventilador, así como los equipos de monitorización nocturna para su diagnóstico (monitor de apnea, poligrafía cardiorrespiratoria, etc.).

Igualmente se encuentran incluidas en las terapias respiratorias domiciliarias la aerosolterapia con nebulizadores y los equipos de apoyo, como son la pulsioximetría, los asistentes de la tos y los aspiradores de secreciones.

Requieren la prescripción de un especialista de la Entidad y autorización previa de las mismas.

2.11.2 Programas preventivos.

A) Correrán por cuenta de la entidad las actuaciones establecidas por la normativa sanitaria en materia de prevención y promoción de la salud y facilitará el desarrollo de las siguientes actuaciones de prevención, primaria y secundaria, previstas en el apartado 3.1 del anexo II del Real Decreto 1030/2006:

a) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario común de vacunación del Sistema Nacional de Salud, en los términos establecidos por las administraciones sanitarias competentes, así como cualquier otro programa o campaña de vacunación que determinen las autoridades sanitarias.

b) Las Entidades deberán contar con un Servicio de Medicina Preventiva, al que se dirigirá el facultativo, de forma telemática, para que los preventivistas asesoren en caso de vacunación en pacientes de riesgo, según los calendarios vacunacionales aprobados.

c) Indicación y administración, en su caso, de medicamentos para profilaxis en personas con alto riesgo de contagio infeccioso y en personas con exposición accidental a pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran. Deberán contar con protocolos de pre-exposición y post-exposición, centros a los que dirigirse...

d) Programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud.

e) Actividades para prevenir la aparición de enfermedades, actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase pre sintomática mediante cribado poblacional o diagnóstico precoz (prevención secundaria), entre ellas:

1. Cribados de cáncer:

Del cáncer de mama: con carácter general se realizará con mamografía cada 2 años en las mujeres de 50 a 69 años.

Del cáncer de cérvix: con carácter general en mujeres de 25-65 años, de conformidad con las pautas recomendadas:

1.º Mujeres entre 25 y 34 años: citología cada 3 años.

2.ª Mujeres con edades comprendidas entre 35 y 65 años: determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR), independientemente de su estado vacunal frente al VPH:

Si VPH-AR es negativo: Repetir la prueba a los cinco (5) años.

Si VPH-AR es positivo: triaje con citología. Si es negativa, repetir VPH-AR al año.

Se considera protección adecuada frente a VPH la pauta de vacunación cuya evidencia actualizada indique protección frente a infección persistente. Para lo cual es necesario se recoja un registro dentro de la población diana de si la mujer ha sido

vacunada y en su caso, con fecha, dosis administradas y genotipos vacunales de la vacuna administrada.

Del cáncer de colorrectal: cribado con determinación de sangre oculta en heces cada dos años en hombres y mujeres de 50 a 69 años.

En todos los casos de cribado de cáncer se garantizará la valoración del riesgo individual en las personas que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos.

2. Cribados Neonatales:

De la Hipoacusia neonatal.

De la cardiopatía congénita crítica.

De las siguientes enfermedades endocrino-metabólica: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil-coenzima A deshidrogenada de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo I (GA-I), anemia falciforme, Déficit de biotinidasa (DB), enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD), homocistinuria (HCN) e hiperplasia suprarrenal congénita (HSC). Se irán incorporando todas aquellas que se incluyan la cartera de servicios del SNS.

3. Cribado Prenatal:

Cribado de anomalías cromosómicas: con carácter general, a mujeres embarazadas.

Cribado de enfermedades infecciosas: con carácter general a mujeres embarazadas.

B) La Entidad facilitará las actuaciones que correspondan y dispondrá de los medios necesarios para llevar a efecto los citados programas preventivos incluidos en la Cartera de Servicios, garantizando la información adecuada a los beneficiarios, así como el calendario, direcciones y horarios de los centros donde se llevarán a cabo las vacunaciones y los programas de prevención. En todo caso, la información sobre estos programas preventivos deberá figurar en la web de la Entidad.

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

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.

Asimismo, cuando no se hubiera remitido a la correspondiente Delegación del ISFAS la relación de centros de vacunación en la correspondiente provincia, la Entidad atenderá la cobertura de la vacunación de los beneficiarios por el servicio público de salud u otros servicios no concertados.

D) El ISFAS podrá informar específicamente a sus titulares y beneficiarios y a través del medio que en cada caso estime más oportuno sobre la conveniencia de la realización de determinados programas preventivos incluidos en la Cartera de Servicios, así como los que estén comprendidos en los convenios previstos en el apartado 3 del anexo 2.

2.11.3 Podología. Comprende la atención podológica para pacientes con pie diabético, así como para pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes.

La atención por el podólogo requiere prescripción médica y autorización previa de la Entidad. El número de sesiones máximo por paciente será de seis al año.

2.11.4 Asistencia en el marco de estudios de monitorización. La Entidad facilitará el acceso a las técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, sometidos a estudios de monitorización, de los

beneficiarios que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo del estudio, conforme a lo previsto en la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI 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, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos.

Sólo se podrá realizar una técnica, tecnología o procedimiento sometida a estudio de monitorización en los centros que cuenten con la autorización de la correspondiente Comunidad Autónoma. Cuando en el conjunto del territorio nacional la Entidad no disponga de un centro concertado habilitado al efecto, deberá autorizar y facilitar el traslado del beneficiario a un centro autorizado y asumir los costes asociados.

2.12 Comité para la valoración de tratamientos de protonterapia.

2.12.1 Carácter y composición del comité. El Comité tiene carácter de órgano colegiado consultivo para la aplicación del concierto, y se compondrá de los siguientes miembros:

- a) Presidente.
- b) Tres vocales, uno por cada una de las siguientes especialidades médicas:
 - Oncología médica.
 - Oncología radioterápica.
 - Pediatría (para los casos de tumores en la infancia).

Todos los miembros serán nombrados por la persona titular de la Subdirección de Prestaciones del ISFAS.

El Presidente será nombrado entre el personal de la Subdirección de Prestaciones que tenga la titulación de médico. Al presidente le corresponde convocar y presidir las reuniones.

La composición del comité será estable, excepto cuando se produzca la baja de alguno de los miembros, que será renovado de forma automática.

2.12.2 Condición de los componentes del comité. Todos los vocales del comité están obligados a respetar el derecho a la intimidad y la naturaleza confidencial de los datos de carácter personal de pacientes y personas vinculadas por razones familiares o de hecho, así como los datos de los profesionales relacionados con los casos analizados, conforme a lo que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal y de acceso a la documentación e información clínica.

Asimismo, se encuentran sometidos a los deberes de confidencialidad, discreción y reserva en relación con el contenido de las deliberaciones realizadas en el seno del comité y, en particular, sobre el contenido de los expedientes sometidos a valoración.

Estos deberes subsisten vigentes indefinidamente después de que se produzca la pérdida, por cualquier causa, de la condición de miembro del comité.

En caso de que algún vocal del Comité tuviera algún interés personal en un expediente deberá abstenerse la valoración del mismo, de igual manera se procederá si concurriera alguna otra causa de abstención de las previstas en el artículo 23 de la ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

2.12.3 Dictámenes del comité. El Comité adoptará sus dictámenes de forma consensuada. En caso de discrepancia en las valoraciones entre los expertos, el Presidente del Comité, convocará una reunión para llegar a un consenso y decisión final justificada, si no fuera posible se adoptarán la decisión por mayoría simple.

El dictamen del comité deberá justificar la decisión adoptada y, en su caso, servirá de motivación para la resolución del expediente en los términos que se establecen en esta cláusula donde se regula el procedimiento de solicitud de esta prestación.

Tanto ISFAS como la entidad estarán vinculadas por el contenido del dictamen del comité.

En lo no previsto sobre el régimen de funcionamiento del comité, se aplicarán las normas sobre funcionamiento de los órganos colegiados de la ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público.

2.12.4 Procedimiento para solicitud de tratamiento con protonterapia. El acceso al tratamiento de protonterapia se inicia cuando, tras restricción por oncólogo u oncólogo radioterápico, es analizado por el comité de tumores del hospital correspondiente, siendo el paciente perteneciente al ISFAS y descripción privada. Si el comité confirma la indicación de esta terapia, el facultativo remitirá a la entidad la solicitud de valoración y del informe clínico del paciente, en los modelos normalizados, para su traslado a ISFAS que, a su vez la enviará anonimizada al comité de expertos para su valoración.

Si la decisión es no favorable, se evitará resolución desestimatoria por la subdirección de prestaciones del ISFAS. Asimismo, la entidad dará traslado al especialista que inició el procedimiento para que, a su vez, informe al paciente de la decisión del comité.

Si la decisión es favorable o recomienda el tratamiento, la subdirección de prestaciones emitirá una resolución estimatoria que remitirá a la entidad para que proceda a autorizar la dispensación del tratamiento, habilitando, en su caso el procedimiento que corresponda. La entidad deberá comunicar a la subdirección de prestaciones del inicio del tratamiento.

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.

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 y Servicios propios de la Entidad, 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.
- d) El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad accesible a través un teléfono gratuito y único para todo el territorio nacional, disponible las 24 horas de todos los días del año, que canalizará la demanda de urgencias y emergencias sanitarias, garantizando la accesibilidad y coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.
- e) Los Servicios de atención primaria y urgencias de la Red Sanitaria Pública concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en el anexo 1, quedan asimilados a medios de la Entidad.
- f) Plataformas de Telemedicina habilitadas para la atención por diferentes sistemas de consulta no presencial (*on-line*/telefónica), que tendrán carácter complementario y en ningún caso puedan suponer una sustitución de la consulta presencial, a efectos de los criterios de disponibilidad previstos en la cláusula 3.2.

3.1.2 La Entidad podrá coordinar sus dispositivos de emergencias sanitarias con otros centros coordinadores de urgencias y emergencias, incluidos aquellos dependientes de otras administraciones sanitarias.

3.1.3 La Entidad deberá habilitar los medios necesarios (correo postal o electrónico, teléfono, página web, etc) para que el beneficiario pueda realizar las comunicaciones previstas en el Concierto y solicitar las autorizaciones previstas en el anexo 2, durante las 24 horas del día, todos los días del año, y que permitan dejar constancia de dichas comunicaciones.

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, y estar colegiados de acuerdo a las normas que a tal efecto establezca la Organización Colegial correspondiente. La Entidad deberá tener registrado y actualizado el número de colegiado de cada profesional incluido en su catálogo de servicios.

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 garantizará que todos los medios que haga constar en su catálogo de servicios dispondrán de acceso a medios electrónicos suficientes para integrarse en las acciones contempladas en la cláusula 5.2, así como en otros programas y actuaciones conducentes a la mejora de la calidad asistencial y de la salud.

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

3.1.7 La Entidad, en la concertación con los medios, promoverá acciones encaminadas a evitar actuaciones de aquellos que supongan diferencia de trato a los beneficiarios del Concierto, en relación con el resto de usuarios, especialmente respecto al acceso a la asistencia o al contenido de la misma. Asimismo, procurará que no existan medios concertados para otros de sus usuarios que no estén disponibles para los beneficiarios del presente Concierto, en el Catálogo de Servicios.

3.1.8 La Entidad no realizará acciones encaminadas a promover el cambio de adscripción a entidad distinta del mutualista por causas debidas a su patología.

3.2 Criterios de disponibilidad de medios y servicios asistenciales.

3.2.1 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:

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

b) En los municipios de más de 5.000 habitantes, se dispondrá también de pediatría.

c) En los municipios de más de 10.000 habitantes se facilitará además el acceso a servicios de odontología y fisioterapia y se dispondrá, al menos, de dos médicos generales o de familia.

d) En los municipios de más de 20.000 habitantes se dispondrá además de podólogo y matrona.

e) 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 otro limítrofe.

f) En los municipios capitales de provincia, no incluidos en el párrafo anterior, se deberá garantizar varios puntos de atención diferentes, si existen en el municipio recursos sanitarios privados que puedan ser concertados.

g) En todo caso se garantizará el acceso de los beneficiarios a la atención domiciliaria por los correspondientes facultativos.

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 propios o concertados precisos, deberá garantizar la cobertura de la asistencia por otros servicios privados que existan en el mismo municipio o, de no existir estos, por los correspondientes servicios 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, y con el alcance y contenido estipulado en cada uno de ellos, la asistencia sanitaria a nivel ambulatorio, domiciliario o de urgencia a cargo del Médico General o de Familia, Pediatra, diplomado o graduado en Enfermería 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 3.7, 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.

A los fines asistenciales del Concierto, quedan asimilados a los medios de la Entidad, los servicios de Atención Primaria y de Urgencias correspondientes a este nivel de los Servicios Públicos de Salud concertados por cuenta de la Entidad, conforme a lo previsto en el anexo 1.

D) En los municipios de menos de 20.000 habitantes pertenecientes a Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado convenios de colaboración previstos en el punto anterior o que éstos sólo tengan por objeto la asistencia sanitaria de urgencias, con el fin de facilitar el servicio de Atención Primaria, la Entidad podrá prestarla por médico general o de familia y diplomado en enfermería en régimen domiciliario, a solicitud de los beneficiarios, mediante cita previa, garantizando una respuesta asistencial en un plazo no superior a 72 horas, desde que se efectuó el aviso a la Entidad. Dichas asistencias tienen que tener la capacidad de realizar lo establecido en la cláusula 2.2.2, incluida la posibilidad de realizar electrocardiograma, control del sintrom y cuidados paliativos. La Entidad mantendrá, dentro de lo posible, el mismo equipo facultativo en cada municipio para la realización del seguimiento previsto en la cláusula 2.2.2. Además, adoptará las medidas oportunas para que al afiliado le quede constancia de la llamada efectuada, con indicación del día y la hora.

E) En los municipios de menos de 20.000 habitantes en los que la Entidad no preste la atención primaria conforme a lo establecido en los puntos C y D de esta cláusula, no disponga de medios propios o concertados y en los que tampoco existieran medios privados, ésta facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de Atención Primaria dependientes de la Comunidad Autónoma, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo directamente los gastos que puedan facturarse.

3.2.2 Disponibilidad de Servicios de Atención Especializada. La Atención Especializada se dispensará en los municipios o agrupaciones con población a partir de 20.000 habitantes (anexo 8), salvo que se incluyan en alguna agrupación.

Los Servicios de Atención Especializada se estructuran en cuatro niveles que se definen en función de criterios poblacionales generales, recursos sanitarios existentes, así como la distancia y tiempo de desplazamiento hasta los núcleos urbanos donde existe una mayor disponibilidad de recursos sanitarios privados.

Para optimizar la oferta de servicios, se configuran Agrupaciones de municipios que se encuadran en el Nivel correspondiente, en función de la población del mayor

municipio de los que la conformen, no teniéndose en cuenta, a estos efectos, la población del conjunto de sus municipios.

Cada Nivel de Atención Especializada incluye todas las especialidades y servicios correspondientes a los niveles inferiores, además de los correspondientes Servicios de Atención Primaria de acuerdo a lo establecido en la cláusula 3.2.1.

A) Nivel I de Atención Especializada. Se incluyen en el Nivel I los municipios y agrupación de municipios de 20.000 a 30.000 habitantes y los municipios de 30.000 a 65.000 habitantes situados a una distancia igual o inferior a 15 km de otro de Nivel III.

A efectos de optimizar la disponibilidad de medios privados concertados, se conforman algunas agrupaciones de municipios, por proximidad geográfica y facilidad de transporte, en las que, al menos uno de los municipios cumple los criterios señalados en el párrafo anterior, considerándose válida la oferta de los servicios exigidos en este nivel en cualquiera de los municipios incluidos en la correspondiente agrupación.

En el anexo 8 se incluye la relación de municipios y agrupaciones de Nivel I.

En estos municipios se dispondrá, al menos, de los siguientes servicios de Atención Especializada para asistencia ambulatoria o en régimen de consultas externas:

Servicios Nivel I.

- 02. Pediatría.
- 04. Análisis clínicos (centros de extracción). Control del sintrom.
- 31. Obstetricia y Ginecología. Incluye ecografía.
- 40. Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- 42. Estomatología/Odontología.

Además, en este Nivel se dispondrá de Fisioterapeuta, Podólogo y Matrona.

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

B) Nivel II de Atención Especializada.

a) Municipios y agrupaciones de municipios. Se incluyen en el Nivel II de Atención Especializada los municipios de 30.000 a 65.000 habitantes situados a una distancia superior a 15 km de un municipio de Nivel III y los municipios de más de 65.000 habitantes sin infraestructuras hospitalarias privadas.

En el anexo 8 se incluye la relación de municipios de Nivel II.

A efectos de optimizar la disponibilidad de medios privados concertados, con los criterios generales señalados, se agrupan algunos municipios por proximidad geográfica y facilidad de transporte, considerándose válida la oferta de los servicios exigidos en este nivel en cualquiera de los municipios incluidos en alguna de las agrupaciones, según anexo 8.

b) Servicios para atención especializada ambulatoria. En los municipios y agrupaciones de municipios de Nivel II, además de los servicios correspondientes al Nivel I, se dispondrá de los siguientes servicios de Atención Especializada para asistencia en régimen de consultas externas o ambulatoria:

Servicios Nivel II.

- 05. Anatomía Patológica.
- 06. Anestesia y Reanimación (URPA).
- 08. Aparato Digestivo.
- 09. Cardiología.
- 11. Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- 17. Radiodiagnóstico.

- Radiología convencional.
- Mamografía.

- TAC.
- Ecografía.

- 24. Medicina Interna.
- 32. Oftalmología.
- 35. Otorrinolaringología.
- 37. Medicina Física y Rehabilitación.

- Fisioterapia.
- Logopedia.

- 43. Farmacia Hospitalaria.

- Hematología.
- Psicología.

En los centros hospitalarios ofertados en este nivel asistencial deberán estar disponibles todas las especialidades englobadas en dicho nivel y en el caso de no estar ofertadas, la Entidad se hará cargo de los gastos ocasionados, siempre que el centro hospitalario en cuestión, no informe adecuadamente y por escrito, de que la atención para esa especialidad no está concertada con la Entidad, facilitando el traslado al Hospital correspondiente.

En este Nivel II 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.

c) Servicios para atención especializada hospitalaria no urgente o programada. En todos aquellos municipios o agrupaciones de municipios donde existan centros hospitalarios generales privados, será exigible la disponibilidad de servicios de Atención Especializada correspondientes a este Nivel para cualquier régimen de atención hospitalaria. Además, se facilitará el acceso a los servicios de Hemoterapia, Anestesiología y Reanimación y de Medicina Intensiva (UCI), si fueran precisos para la atención de pacientes hospitalizados.

No obstante, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital concertado se encuentre en otro municipio a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano o desde el municipio más lejano en el caso de agrupaciones de municipios.

d) Servicios de Urgencia. La asistencia por Servicios de Urgencia se prestará conforme a las previsiones recogidas en la cláusula 2.4. por lo que en todos los municipios encuadrados en este Nivel debe facilitarse el acceso a servicios de atención continuada de urgencias.

En los municipios o agrupaciones de municipios de Nivel II, se facilitará el acceso a servicios de urgencia hospitalarios a través de los centros concertados disponibles.

En caso de no existir centros concertados en el municipio o agrupación en el que se encuentre el beneficiario que requiera la asistencia, se facilitará el acceso a los servicios de urgencia de los centros privados que existan en el mismo municipio y la Entidad asumirá, en su caso, los correspondientes ingresos o estancias que puedan derivarse de esas urgencias hospitalarias.

Sólo en defecto de los criterios anteriores, si en el correspondiente municipio existe un centro hospitalario público se atenderá la cobertura de la asistencia, por su servicio de urgencia, si bien, en caso de precisarse ingreso hospitalario, el paciente deberá ser trasladado a un centro concertado, siempre que su estado clínico lo permita.

Los Servicios de Urgencias hospitalarios concertados 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. Además, estarán disponibles los servicios de Análisis Clínicos y Radiodiagnóstico. 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.

C) Nivel III de Atención Especializada.

a) Municipios y agrupaciones de municipios. Se incluyen en el Nivel III todas las capitales de Comunidades Autónomas, capitales de provincia, las Ciudades de Ceuta y Melilla. Además, se incluyen en este Nivel municipios de más de 65.000 habitantes, con infraestructuras hospitalarias privadas.

En el anexo 8 se relacionan las capitales de provincia y las agrupaciones de municipios correspondientes a este nivel.

A efectos de optimizar la disponibilidad de medios privados concertados, se conforman algunas agrupaciones de municipios, por proximidad geográfica y facilidad de transporte, en las que, al menos uno de los municipios cumple los criterios señalados en el párrafo anterior, considerándose válida la oferta de los servicios exigidos en este nivel en cualquiera de los municipios incluidos en la correspondiente agrupación.

b) Servicios de Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria. En este Nivel, además de los servicios exigidos en el Nivel II, se dispondrá 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:

Servicios de Nivel III.

- 03. Alergología.
- 07. Angiología y Cirugía Vascolar.
- 06. Anestesia y Reanimación: Unidad del Dolor.
- 08. Aparato Digestivo: Endoscopia.
- 09. Cardiología: Electrofisiología Cardíaca/Marcapasos.
- 16. Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
- 17. Radiodiagnóstico.

- RNM.
- Densitometría.

- 18. Endocrinología y Nutrición.
- 21. Hematología y Hemoterapia: Hospital de día/Hemoterapia.
- 23. Medicina Intensiva. Cuidados intensivos pediátricos.
- 25. Medicina Nuclear: Gammagrafía y Radioisótopos.
- 26. Nefrología. Hemodiálisis. Diálisis peritoneal.
- 27. Neumología. Broncoscopia.
- 29. Neurofisiología Clínica. EEG, EMG, Unidad del Sueño.
- 30. Neurología.
- 31. Obstetricia y Ginecología.

- Diagnóstico prenatal.
- IVE.

- 33. Oncología Médica: Hospital de día.
- 36. Psiquiatría. Unidad de desintoxicación.
- 37. Medicina Física y Rehabilitación.

- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Logopedia.
- Rehabilitación cardíaca/ vestibular/ respiratoria.
- Rehabilitación suelo pélvico.
- Rehabilitación Integral daño cerebral.

38. Reumatología.
41. Urología. Endoscopia. Litotricia. Vasectomía.
47. Cuidados Paliativos. Soporte domiciliario, cuidados hospitalarios. UHD.

En los centros hospitalarios ofertados en este nivel asistencial deberán estar disponibles todas las especialidades englobadas en el nivel y en el caso de no estar ofertadas, la Entidad se hará cargo de los gastos ocasionados, siempre que el centro hospitalario en cuestión, no informe adecuadamente y por escrito, de que la atención para esa especialidad no está concertada con la Entidad, facilitando el traslado al Hospital correspondiente.

No obstante, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital concertado se encuentre en otro municipio a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano o desde el municipio más lejano en el caso de agrupaciones de municipios y en dicho municipio no fuera exigible, a su vez, la disponibilidad de medios.

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

Las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, aunque, por ser capitales de provincia les corresponde un Nivel III, debido a su número de habitantes, como mínimo deberán tener dos facultativos de las especialidades enumeradas en el párrafo anterior.

En el área de Análisis Clínicos debe disponerse, al menos, de tres puntos de extracción y recogida de muestras, excepto en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, deberán tener como mínimo dos puntos de extracción y recogida de muestras.

c) Servicios para atención especializada hospitalaria no urgente o programada. En todos municipios o agrupaciones de municipios, será exigible la disponibilidad de servicios de Atención Especializada correspondientes a este Nivel para cualquier régimen de atención hospitalaria. Además, se facilitará el acceso a los servicios Anatomía Patológica, Anestesiología y Reanimación y Medicina Intensiva (UCI), en el ámbito hospitalario.

La oferta hospitalaria de la Entidad se considerará válida cuando el hospital ofertado se sitúe en otro municipio, siempre que el hospital esté a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano, o desde el más lejano en el caso de las agrupaciones de municipios y en dicho municipio no fuera exigible, a su vez, la disponibilidad de hospital.

d) Servicios de Urgencia. La asistencia por Servicios de Urgencia se prestará conforme a las previsiones recogidas en la cláusula 2.4, teniendo en cuenta que, en todos los municipios y agrupaciones de municipios encuadrados en este Nivel, además de los servicios de atención continuada, deberá facilitarse el acceso a Servicios de Urgencia hospitalarios.

No obstante, la oferta de la Entidad se considerará válida cuando el Hospital concertado se encuentre en otro municipio a una distancia inferior a 20 kilómetros desde el núcleo urbano o desde el municipio más lejano en el caso de agrupaciones de municipios.

En los municipios o agrupaciones de municipios de Nivel III, se facilitará el acceso a servicios de urgencia hospitalarios a través de los centros concertados disponibles.

En caso de no existir centros concertados en el municipio o agrupación de municipios en el que se encuentre el beneficiario se facilitará el acceso a los servicios de urgencia de los centros privados que existan en el mismo municipio y la Entidad asumirá, en su caso, los ingresos o estancias que puedan derivarse de esas urgencias hospitalarias.

Sólo en defecto de los criterios anteriores, si en el correspondiente municipio existe un centro hospitalario público se atenderá la cobertura de la asistencia por su servicio de urgencia, si bien, en caso de precisarse ingreso hospitalario, el paciente deberá ser trasladado a un centro concertado, siempre que su estado clínico lo permita y la oferta hospitalaria resulte válida, teniendo en cuenta lo previsto en el apartado anterior.

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, Hematología y Hemoterapia, Medicina Intensiva (UCI), Medicina Interna, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría y Urología con facultativos de presencia física. Además, estarán disponibles los servicios de Análisis Clínicos y Radiodiagnóstico. 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.

D) Nivel IV de Atención Especializada. Los Servicios de Atención Especializada que se incluyen en este Nivel son los siguientes:

Nivel IV. Servicios y Unidades de Especial Complejidad.

08. Aparato Digestivo: Cápsula Endoscópica.

– Análisis Clínico y Bioquímica: citogenética/genética e inmunología.

09. Cardiología: Desfibrilador implantable/Ablación-Cardioversión/Hemodinámica.

10. Cirugía Cardiovascular.

12. Cirugía Oral y Maxilofacial.

13. Cirugía Pediátrica.

14. Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

15. Cirugía Torácica.

17. Radiagnóstico: Radiología Intervencionista.

25. Medicina Nuclear: Diagnóstica y terapéutica. PET. PET-TAC.

28. Neurocirugía.

29. Neurofisiología: Potenciales evocados.

31. Obstetricia y Ginecología: Unidades de Reproducción Asistida y obstetricia de Alto Riesgo.

34. Oncología Radioterápica. Radiocirugía.

41. Urología: Láser verde.

Otros Servicios Multidisciplinares:

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.

Radioterapia intraoperatoria.

Cirugía radioguiada.

Cirugía robotizada.

Consejo genético.

Radiocirugía.

Unidad de infecciosos.

Unidad de ictus.

Unidad de daño cerebral.

Unidad de lesionados medulares.

Unidad de grandes quemados.

Unidad de trastornos alimentarios.

Unidad de atención temprana.

En los centros hospitalarios ofertados en este nivel asistencial deberán estar disponibles todas las especialidades englobadas en el nivel y en el caso de no estar ofertadas, la Entidad se hará cargo de los gastos ocasionados, siempre que el centro

hospitalario en cuestión, no informe adecuadamente y por escrito, de que la atención para esa especialidad, no está concertada con la Entidad, facilitando el traslado al Hospital correspondiente que tenga dicha especialidad.

La asistencia se prestará en régimen de atención en consulta ambulatoria, en hospital de día o en régimen de internamiento hospitalario o a través de los servicios de urgencia hospitalarios.

En los servicios de urgencia hospitalarios estarán disponibles las especialidades de Angiología y Cirugía Vascular, Aparato Digestivo, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Nefrología, Neurocirugía, Neurología, además de los previstos para el Nivel III y, 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.

El nivel de complejidad de las técnicas y procedimientos aplicados en estos servicios especializados, obligan a optimizarlos bajo criterios de calidad y seguridad, concentrando la atención de los pacientes en un número reducido de centros y unidades con la debida experiencia, a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales.

Por ello, los servicios y unidades de Nivel IV estarán disponibles, al menos en un municipio de cada Comunidad Autónoma, o bien, de la Comunidad Autónoma limítrofe exclusivamente en el caso de Comunidades Autónomas uniprovinciales.

Teniendo en cuenta los criterios de disponibilidad señalados, en la correspondiente Comunidad Autónoma los servicios de Nivel IV que se oferten se ubicarán en los siguientes grandes municipios en los que, en cualquier caso, se dispondrá de todos los servicios correspondientes al Nivel III de Atención Especializada:

Comunidad Autónoma	Municipios
Andalucía.	Córdoba.
	Granada.
	Málaga.
	Sevilla.
Aragón.	Zaragoza.
Asturias.	Oviedo.
Illes Balears.	Palma de Mallorca.
Canarias.	Las Palmas de Gran Canaria.
	Santa Cruz de Tenerife.
Cantabria.	Santander.
Castilla la Mancha.	Albacete.
Castilla y León.	Valladolid.
Cataluña.	Barcelona.
Comunidad Valenciana.	Alicante/Alacant.
	Valencia.
Extremadura.	Badajoz.
Galicia.	A Coruña.
	Vigo.
La Rioja.	Logroño.
Madrid.	Madrid.

Comunidad Autónoma	Municipios
Región de Murcia.	Murcia.
Navarra.	Pamplona.
País Vasco.	Bilbao.

En los municipios de Madrid y Barcelona siempre se garantizará la disponibilidad de todos los Servicios de Nivel IV y de un Hospital con acreditación docente para la Formación Médica Especializada.

En la siguiente tabla se resumen los servicios y unidades de atención especializada encuadradas en cada Nivel.

Criterios de disponibilidad de medios y servicios

Especialidad/Servicios	Especificaciones y Unidades	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Alergología.	Alergología.			X	X
Análisis Clínicos.	Análisis Clínicos.	X	X	X	X
	Citogenética/Genética.				X
	Inmunología.				X
Anatomía Patológica.	Anatomía Patológica.		X	X	X
Anestesia y Reanimación.	URPA.		X	X	X
	Unidad del dolor.			X	X
Angiología y Cirugía Vascolar.	Angiología y Cirugía Vascolar.			X	X
Aparato Digestivo.	Aparato Digestivo.		X	X	X
	Endoscopia.			X	X
	Cápsula endoscópica.				X
Cardiología.	Cardiología.		X	X	X
	Electrofisiología/Marcapasos.			X	X
	Desfibrilador implantable.				X
	Ablación/Cardioversión.				X
	Hemodinámica.				X
Cirugía Cardiovascular.	Cirugía Cardiovascular.				X
Cirugía General y del Ap. Digestivo.	Cirugía. General y del Ap. Digestivo.		X	X	X
Cirugía Oral y Maxilofacial.	Cirugía Oral y Maxilofacial.				X
Cirugía Ortopédica y Traumatología.	Infiltraciones intra y yuxta-articulares.	X	X	X	X
Cirugía Pediátrica.	Cirugía Pediátrica.				X
Cirugía Plástica y Reparadora.	Cirugía Plástica y Reparadora.				X
Cirugía Torácica.	Cirugía Torácica.				X
Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología.	Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología.			X	X
Endocrinología y Nutrición.	Endocrinología y Nutrición.			X	X
Farmacia Hospitalaria.	Farmacia Hospitalaria.		X	X	X

Especialidad/Servicios	Especificaciones y Unidades	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Ginecología y Obstetricia.	Obstetricia y Ginecología.	X	X	X	X
	Ecografía ginecológica.	X	X	X	X
	IVE.			X	X
	Diagnóstico prenatal.			X	X
	Obstetricia de Alto Riesgo.				X
	Reproducción Humana Asistida.				X
Hematología y Hemoterapia.	Hematología/Hospital de Día.			X	X
	Hemoterapia (Hospital).		X	X	X
Medicina Física y Rehabilitación.	Fisioterapia general.	X	X	X	X
	Medicina física y Rehabilitación.		X	X	X
	Logopedia.		X	X	X
	Rehabilitación Cardíaca.			X	X
	Rehabilitación Integral Daño Cerebral.			X	X
	Rehabilitación Suelo Pélvico.			X	X
	Terapia ocupacional.			X	X
Medicina Intensiva/UCI.	Medicina Intensiva/UCI.			X	X
Medicina Interna.	Medicina Interna.		X	X	X
Medicina Nuclear.	Medicina Nuclear.			X	X
	Radioisótopos/Gammagrafía.			X	X
	PET – TAC.				X
Nefrología.	Nefrología.			X	X
	Hemodiálisis, Diálisis peritoneal.			X	X
Neumología.	Neumología.			X	X
Neurocirugía.	Neurocirugía.				X
Neurofisiología Clínica.	Neurofisiología Clínica.			X	X
	Potenciales evocados.				X
	Unidad del Sueño.			X	X
Neurología.	Neurología.			X	X
Oftalmología.	Oftalmología.	X	X	X	X
Oncología Médica.	Oncología Médica.			X	X
	Hospital de Día.			X	X
Oncología Radioterápica.	Oncología Radioterápica.				X
	Radiocirugía.				X
Otorrinolaringología.	Otorrinolaringología.		X	X	X
	Rehabilitación Vestibular.				X
Pediatría.	Pediatría.	X	X	X	X
Psiquiatría.	Psiquiatría.			X	X

Especialidad/Servicios	Especificaciones y Unidades	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Radiodiagnóstico.	Radiología convencional.		X	X	X
	Ecografía.		X	X	X
	Mamografía.		X	X	X
	TAC.		X	X	X
	RNM.			X	X
	Densitometría.			X	X
	Radiología intervencionista.				X
Reumatología.	Infiltraciones intra y yuxta-articulares.			X	X
Urología.	Urología.			X	X
	Litotricia.			X	X
	Biopsia fusión*.				X
	Láser verde.				X
Cuidados Paliativos.	Equipos Soporte Domiciliario.			X	X
	Unidad Cuidados Paliativos Hospitalarios.			X	X
Otros.	Odontología.	X	X	X	X
	Psicología.		X	X	X
Unidades Multidisciplinares.	Unidad del Dolor.			X	X
	Unidad de Lesionados Medulares.				X
	Unidad del Daño Cerebral.				X
	Unidad de Grandes Quemados.				X
	Unidad de Atención Temprana.				X
	Unidad de Trastornos de la Alimentación.				X
	Consejo Genético.				X
	Radioterapia Intraoperatoria.				X
	Radiocirugía del SNC y extracraneal.				X
	Cirugía Robotizada*.				X
	Cirugía radioguiada.				X
	Cirugía curativa del Ca de esófago.				X
	Cirugía curativa del Ca pancreático.				X
	Cirugía de las metástasis hepáticas.				X
	Cirugía combinada de órganos pélvicos.				X
Trasplante de órganos, tejidos y células.				X	

* La biopsia fusión y la cirugía robótica son técnicas en continua evolución y su utilización depende de determinados criterios y para determinadas indicaciones, por lo cual, dichos criterios e indicaciones se establecerán mediante acuerdos alcanzados entre el ISFAS y las Entidades, hasta su inclusión total en la Cartera de Servicios del SNS.

3.2.3 Servicios de referencia. La asistencia de enfermedades raras y de enfermedades que requieren técnicas, tecnologías y procedimientos, de elevado nivel de especialización, para los que es esencial la experiencia en su utilización, que sólo es

posible alcanzar y mantener a través de ciertos volúmenes de actividad, aconseja la concentración de los casos en determinados centros, servicios o unidades de referencia (CSUR).

Para ello, la Entidad facilitará el acceso a los Servicios y Unidades de referencia designados por el Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial.

En estos casos la Entidad facilitará el acceso a estos CSUR ofertando, como mínimo, tres alternativas, de las cuales al menos una deberá estar ubicada en la Comunidad Autónoma de residencia del beneficiario o, de no existir en esa, en la Comunidad Autónoma limítrofe más cercana a la residencia del beneficiario.

El seguimiento posterior del paciente se llevará a cabo por los servicios incluidos en el Catálogo de Servicios, conforme a las directrices del correspondiente servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud.

3.2.4 Procedimiento de acceso a tratamientos de terapias avanzadas.

La utilización de los Medicamentos de Terapia Avanzada (MTA) debe llevarse a cabo en las máximas condiciones de seguridad y eficiencia para garantizar la mejor atención sanitaria a los pacientes que los precisen y todos aquellos autorizados en el SNS serán a cargo de la Entidad.

Todos los pacientes candidatos a recibir un Medicamento de Terapia Avanzada deberán contar con el informe favorable del Grupo de Expertos centralizado y haber sido valorados favorablemente por el Comité de Terapia Avanzada del hospital de destino, con antelación a la administración del medicamento y únicamente se podrá administrar en el hospital designado y se seguirán las rutas asistenciales establecida en cada Comunidad Autónoma.

Las indicaciones para recibir tratamiento con un MTA, así como el precio y las condiciones del pago del medicamento serán las establecidas para cada MTA conforme a su resolución de inclusión en la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad.

El acceso al tratamiento de terapias avanzadas será solicitado por el/la especialista concertado/a que trate al paciente mediante la cumplimentación de la solicitud de valoración y del informe clínico del paciente, en los modelos normalizados para el Sistema Nacional de Salud.

Esta documentación, una vez recibida, será remitida por el ISFAS al Ministerio de Sanidad para su valoración por el Comité de Expertos Nacional. Si la decisión es no favorable, el ISFAS lo comunicará a la Entidad, la cual trasladará al especialista que inició el procedimiento para que, a su vez, este informe al paciente de la decisión del Comité.

Si la decisión es favorable, una vez comunicada al especialista solicitante, la Entidad comenzará la gestión del traslado al centro de referencia designado de forma inmediata.

3.2.5 Telemedicina. La atención mediante canales seguros de telemedicina será complementaria pero nunca sustitutiva de la presencial, sin la conformidad del interesado y, en cualquier caso, deberá garantizarse la identificación y reconocimiento inequívocos entre el profesional sanitario y el paciente, así como la confidencialidad y privacidad, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente.

Las diferentes modalidades de consulta no presencial que puede establecer la Entidad podrán ser:

- a) Consulta telefónica como opción adicional para el mantenimiento del nivel de servicio asistencial, pudiendo ser realizadas las 24 horas del día.
- b) Consulta a través de los chatbots asociados a las aplicaciones móviles de las entidades aseguradoras.
- c) Servicio de videoconsultas a través de internet o de dispositivos móviles.
- d) Otras modalidades que puedan crearse como modalidad no presencial.

3.2.6 Servicios Especiales.

A) La Cirugía Robótica o Robotizada, se está empezando a aplicar a nivel del SNS, para determinadas intervenciones y con las correspondientes especificaciones, las cuales pueden variar a medida que sean aprobadas por el SNS.

Especificaciones actuales son:

a) Cirugía urológica:

– Cáncer de Próstata (prostatectomía radical) que cumpla los siguientes criterios:

Diagnóstico: Adenocarcinoma de próstata localizado.

PSA < 15 ng/ml.

Eco Transrectal de Próstata sin evidencia de afectación extracapsular ni afectación de vesículas seminales (T1-T2).

Sin invasión linfática ni metastásica (N0 y M0).

Riesgo ASA<III.

– Carcinoma renal (nefrectomía parcial) para las siguientes indicaciones:

Tumores de predominio exofítico < 4 cm.

En monorrenos, tumores de < 4 cm.

b) Cirugía Ginecológica:

– Tumores de endometrio (histerectomía total) para las siguientes indicaciones:

Tumor endometrio localizados.

c) Cirugía General y del Aparato Digestivo:

– Cirugía Esófago-Gástrica para las siguientes indicaciones:

Gastrectomía por tumor gástrico.

– Cirugía Colo-Rectal para las siguientes indicaciones:

Tumor colo-Rectal localizado.

La Entidad ofertará este tipo de cirugía en centros concertados con experiencia comprobada dentro de sus proveedores. Todo ello, siempre y cuando, sea prescrito por un facultativo concertado con la Entidad, y previa autorización por parte de la misma.

B) Biopsia Fusión de Imágenes. Esta técnica de diagnóstico mediante la fusión de imágenes de resonancia magnética nuclear y ecografía transrectal, es una técnica de gran complejidad e incluida en el Nivel IV de atención especializada. Es una técnica confirmatoria en casos de sospecha clínica de cáncer de próstata, que requiere el cumplimiento de dos requisitos obligatoriamente:

a) Alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada en el informe del facultativo, valores de PSA, velocidad de sedimentación de incremento PSA y/o porcentaje de PSA libre y/o tacto rectal sospechoso).

b) Biopsia ecoguiada o clásica previa negativa, siempre que ésta se haya realizado en el último año.

Excepcionalmente se incluirá:

c) Cuando tras la realización de una prueba de imagen donde se confirmen la existencia de lesiones y que estas estén en localizaciones anatómicas de difícil acceso con la biopsia ecoguiada o clásica.

La Entidad ofertará este tipo de prueba diagnóstica en centros concertados con experiencia comprobada dentro de sus proveedores. Todo ello, siempre y cuando, sea prescrito por un facultativo concertado con la Entidad, y previa autorización por parte de la misma.

Estos criterios pueden variar, conforme se vayan modificando los criterios en el SNS.

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

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

A efectos de valorar los requisitos de disponibilidad de medios para la prestación de Atención Primaria se tomará como referencia la población de cada municipio, mientras que para la prestación de Atención especializada se tomará como referencia la población de cada isla.

En las islas no capitalinas deberá facilitarse el acceso de los beneficiarios a los servicios urgencia hospitalarios establecidos para el Nivel II de Atención Especializada.

3.3.2 Conforme a las condiciones especiales establecidas en la cláusula anterior, en las siguientes tablas se relacionan las islas de cada archipiélago con el nivel y modalidad de Atención Especializada que a cada una corresponden.

Illes Balears

Isla	Nivel Atención Especializada	Consultas Externas	Hospitalización	Urgencias Hospitalarias
Mallorca.	Nivel IV.	X	X	X
Eivissa/Ibiza.	Nivel II.	X	X	X
Menorca.	Nivel II.	X	X	X
Formentera.				X

Islas Canarias

Isla	Nivel Atención Especializada	Consultas Externas	Hospitalización	Urgencias Hospitalarias
Gran Canaria.	Nivel IV.	X	X	X
Lanzarote.	Nivel II.	X	X	X
Fuerteventura.	Nivel II.	X	X	X
Tenerife.	Nivel IV.	X	X	X
La Palma.	Nivel II.	X	X	X
La Gomera.	Nivel I.	X		X
El Hierro.				X

3.3.3 Sin perjuicio de los criterios generales previstos en la cláusula 2.7, la Entidad asumirá en todos los casos los gastos de desplazamiento interinsular para la asistencia a las especialidades de Nivel III y Nivel IV, salvo que disponga de medios concertados para prestar la asistencia requerida en la isla donde se encuentre el beneficiario.

En el caso de Formentera, La Gomera y El Hierro, también se atenderán los gastos de desplazamiento interinsular para la asistencia a especialidades de Nivel II.

3.3.4 Cuando no existan los medios exigibles en cada isla, la Entidad garantizará la asistencia en la isla más próxima que disponga de los mismos, debiendo asumir los gastos de desplazamiento.

3.3.5 La Atención Especializada de Nivel IV, si no estuviera disponible en la correspondiente Comunidad Autónoma, se prestará en aquella que resulte más próxima en tiempo de desplazamiento, debiendo asumir la Entidad los gastos de desplazamiento.

3.3.6 En caso de que el paciente precise acompañante, los gastos de desplazamiento del acompañante serán a cargo de la Entidad. Para ello deberá aportarse ante la Entidad el informe del facultativo en el que se justifique dicha necesidad.

3.3.7 En las islas a las que corresponde el Nivel II de Atención Especializada, salvo que alguno de sus municipios figure relacionado en la tabla del anexo 8, si la Entidad no dispone de centro hospitalario concertado, pero existe un centro hospitalario privado, se obliga a proporcionar en este centro (incluyendo todas las especialidades disponibles en el mismo) la asistencia sanitaria, en régimen de consultas externas y de hospitalización, así como la asistencia en régimen de urgencias hospitalarias.

3.4 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 en los términos establecidos en el presente capítulo.

Si los medios exigidos en cada nivel asistencial no estuvieran disponibles, la Entidad se obliga a facilitar el acceso de los beneficiarios a otros servicios privados que existan en el mismo municipio o, de no existir éstos, a los correspondientes servicios públicos, asumiendo directamente los gastos que pudieran facturarse, en todo caso priorizando criterios de cercanía al domicilio del beneficiario, con la obligación de ofertarles fecha y cita en el servicio o consulta correspondiente.

En el caso de que la Entidad no ofertará por escrito ningún recurso válido, en los plazos establecidos en el siguiente apartado, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o centros de su elección existentes en el marco geográfico del referido nivel, debiendo la Entidad asumir directamente el gasto que pudiera facturarse de la asistencia sanitaria.

La Entidad, sin perjuicio de lo anterior, podrá realizar una oferta asistencial fuera del nivel correspondiente que, siempre y cuando sea aceptado por el afiliado, se considerará válida.

3.5 Garantías de oportunidad.

3.5.1 Consideraciones generales. La seguridad del paciente constituye un elemento clave y determinante de la calidad asistencial y de la excelencia y por ello debe garantizarse que la atención sanitaria se preste en el momento oportuno.

Por ello, la Entidad debe mantener las acciones necesarias para una gestión de la demanda asistencial de calidad y coherente, basada en necesidades objetivas de los pacientes, asegurando la oferta de unas prestaciones sanitarias de calidad en cualquiera de los centros.

Entre las respuestas que se orientan en este sentido, se encuentra el establecimiento de criterios específicos que garanticen la atención en un tiempo de acceso acorde con los objetivos de excelencia perseguidos, tanto en consultas de Atención Especializada, como para pruebas diagnósticas, procedimientos terapéuticos e intervenciones quirúrgicas programadas especialmente en aquellos procesos de mayor impacto sobre la salud de los beneficiarios.

En ningún caso, será exigible la asistencia por un especialista, servicio o centro concreto dentro de un tiempo máximo, ya que el plazo de asistencia por medios concretos queda condicionado por su situación o volumen de demanda específico.

El tiempo máximo de acceso es el plazo de tiempo, expresado en días naturales, que no podrá excederse para intervenciones quirúrgicas, atención en consultas externas o realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Se contabilizará en días

naturales, a partir del día siguiente a la fecha en que el beneficiario haya notificado la demora a la Entidad.

3.5.2 Tiempo Máximo de acceso a la Atención Primaria. En el ámbito de la atención primaria se aplicarán los siguientes periodos de tiempo máximo:

- a) Consulta programada con Médico General o de Familia, Pediatra y diplomado en enfermería. Tiempo máximo de espera: tres (3) días.
- b) Consulta programada con Odontólogo y Podólogo. Tiempo máximo de espera: diez (10) días.
- c) Consulta programada con Fisioterapeuta. Tiempo máximo de espera: quince (15) días.

3.5.3 Tiempo máximo de acceso a la Atención Especializada.

A) Primera consulta de Atención Especializada: Atención de un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud, excluidas las revisiones periódicas de seguimiento o de tipo preventivo.

- a) Especialidades de nivel I y II: 15 días.
- b) Resto de especialidades: 30 días.

B) Las Consultas de revisiones no se pueden retrasar más de 15 días de la fecha propuesta por el facultativo.

C) Primera consulta de origen en un Servicio de Urgencias: es aquella solicitada por un facultativo del Servicio de Urgencias asignado, por un problema de salud nuevo en relación con el proceso valorado en ese Servicio.

Tiempo máximo de espera: 7 días.

D) Prueba diagnóstica: toda aquella prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial que no está englobada en la anamnesis y exploración física básica que se realiza al paciente y que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.

- a) Procedimientos Básicos: 15 días.
- b) Procedimientos complejos con alta tecnología: 30 días.

E) Procedimiento terapéutico: aquél que se realiza al paciente con objeto de aplicar una acción terapéutica que requiere un tiempo distinto al de una consulta.

Tiempo máximo de espera: 15 días.

F) Intervención quirúrgica: todo procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecido por un médico especialista quirúrgico del Catálogo de Servicios, aceptado por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.

Tiempo máximo de espera: 30 días.

3.5.4 Compuo del tiempo de acceso. El tiempo de acceso a cualquier tipo de atención se computará a partir de la fecha en que la Entidad tenga conocimiento de la situación.

Por ello, en el supuesto de que el interesado no hubiera podido obtener una cita para alguna asistencia de las previstas en la cláusula 3.5.1 y 3.5.2, por los distintos medios concertados disponibles en el correspondiente Nivel asistencial, deberá ponerlo en conocimiento de la Entidad.

3.5.5 Garantía de tiempo máximo de acceso. La Entidad asume el compromiso que supone prestar la atención precisa con las adecuadas condiciones de calidad, facilitando el acceso del beneficiario a la Atención Primaria y Especializada dentro del tiempo

máximo establecido en el Concierto por cualquiera de los servicios concertados en el correspondiente Nivel.

A tal efecto, el beneficiario recabará la atención que precise a través de los medios incluidos en el Catálogo de Servicios. Cuando no consiga obtener respuesta a su demanda por los medios disponibles en el correspondiente Nivel de Atención Primaria y Especializada, dentro del tiempo de acceso previsto en la cláusula 3.5.3, podrá ponerlo en conocimiento de la Entidad por cualquier medio que permita dejar constancia de la actuación.

En el plazo de cinco días, la Entidad adoptará las medidas organizativas necesarias para asegurar el acceso de los pacientes a la primera consulta externa, a primeras pruebas diagnósticas o primeros procedimientos terapéuticos o al tratamiento quirúrgico programado, dentro del tiempo de acceso de referencia, debiendo ofrecer al paciente los medios incluidos en el Catálogo de Servicios, a través de los que podrá ser atendido, facilitando una cita concreta, dentro del tiempo máximo de acceso que se contará a partir de la fecha de la solicitud a la Entidad.

En el caso del acceso a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos se maximizará la capacidad de respuesta y la eficiente utilización de los recursos y tecnologías.

3.5.6 Exclusiones. Quedan excluidas del ámbito de aplicación de las garantías de tiempo máximo de acceso:

a) Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe, de conformidad con lo previsto en el apartado 2 del artículo 25 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

b) Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

c) La atención sanitaria de urgencia, incluyendo los tratamientos que, con este carácter se precisen.

d) La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

e) Las intervenciones programadas durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

f) Los procedimientos quirúrgicos realizados de forma habitual en una consulta o sala de curas de un hospital, por no precisar de quirófano.

3.5.7 Pérdida y suspensión de la garantía de tiempo máximo de acceso.

A) La garantía de tiempo máximo de acceso quedará sin efecto cuando el beneficiario:

a) Deje de tener la indicación que justificaba la atención.

b) Renuncie voluntariamente a la atención por los servicios asignados para la asistencia precisa en el tiempo máximo de acceso, optando por la atención a través de otros servicios de su elección.

c) No hubiera optado, en el plazo establecido al efecto, por alguna de las alternativas ofertadas por la Entidad o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.

d) No se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro o servicio que se hubiera facilitado por la Entidad.

e) Retrase la atención sin causa justificada.

B) Se producirá una suspensión de la garantía de tiempo máximo de acceso, que conllevará la interrupción del cómputo de los plazos máximos, en los siguientes supuestos:

a) Cuando el beneficiario lo solicite y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo.

b) Cuando concurra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención.

c) En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.

El cómputo del tiempo máximo de acceso se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo.

3.6 Normas y requisitos para la utilización de los medios de la entidad.

3.6.1 Norma General. Los titulares y beneficiarios recibirán la asistencia que precisen a través de los medios de la Entidad definidos en la cláusula 3.1.1 y podrán elegir libremente facultativo y centro de entre los que figuran en los Catálogos de Servicios de la Entidad en todo el territorio nacional.

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 1.7.3.

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

En el capítulo 2 se establecen los requisitos y condiciones generales para el acceso a los servicios y prestaciones incluidos en la cartera de servicios, debiendo tenerse en cuenta los requisitos adicionales previstos en la cláusula 3.6.3.

3.6.2 Identificación. El beneficiario deberá acreditar su condición y su derecho a la asistencia, mediante la presentación de la tarjeta sanitaria individual o cualquier medio de identificación que le facilitará la Entidad de acuerdo con lo previsto en la cláusula 1.7 o, en su caso, el documento acreditativo de su condición de beneficiario del ISFAS.

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

3.6.3 Requisitos adicionales.

A) En los casos expresamente previstos en el presente Concierto, la Entidad podrá exigir los requisitos adicionales que procedan, tales como la prescripción médica o la 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.

B) 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. Excepcionalmente podrá solicitarse del facultativo un informe complementario motivado de la indicación de la prestación solicitada.

C) A los efectos del párrafo anterior, cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en el presente Concierto en el nivel correspondiente, será válida la prescripción de facultativo no concertado, que será acompañada siempre de informe motivado de la indicación de la prestación solicitada.

D) No 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, cuando no haya existido tiempo para obtener su autorización por la Entidad.

E) 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 para su obtención.

F) Para el acceso a servicios de Nivel IV y servicios de referencia, previstos en la cláusula 3.2.3. y a médicos consultores se necesitará la prescripción de otro facultativo especialista y la autorización de la Entidad.

3.6.4 Hospitales Privados no Concertados. El acceso a los servicios en centros privados no concertados, según lo previsto en la cláusula 3.2.2.B.3) requerirá autorización previa de la Entidad conforme a lo establecido en el apartado 1.7. del anexo 2.

3.7 Catálogo de servicios de la entidad.

3.7.1 Criterios generales. El Catálogo de Servicios de la Entidad contiene la relación detallada de los medios de la Entidad y la información necesaria para su adecuada utilización por los titulares y beneficiarios.

También figurarán las delegaciones provinciales u otro tipo de oficinas de que disponga la Entidad, o en su defecto, recogerá los datos de la oficina virtual y procedimiento de actuación de la misma.

En el Catálogo de Servicios deben figurar sin exclusiones todos los facultativos y centros asistenciales propios o concertados por la Entidad que hayan sido ofertados y consten en la base de datos aportada para la suscripción del Concierto, prevista en su anexo 5, así como los Servicios de Telemedicina y otros canales de relación entre el médico y paciente.

En el Catálogo de Servicios deberán incluirse todos los medios asistenciales propios o concertados que la Entidad oferte para la asistencia del colectivo de otras Mutualidades de funcionarios con las que mantenga Conciertos de Asistencia Sanitaria, considerándose a todos los efectos servicios asignados para la asistencia de los beneficiarios adscritos a la Entidad.

La Entidad podrá determinar que en su cuadro médico aparezcan como consultores determinados facultativos para áreas específicas y complejas de su especialidad, siempre que, para esa especialidad disponga de especialistas no consultores.

Cuando un titular o beneficiario sea atendido por un profesional que forme parte del equipo de un facultativo o servicio concertado incluidos en el Catálogo de Servicios, se entenderá que forma parte de los medios de la Entidad y deberá ser incluido con la mayor brevedad posible en el registro de profesionales sanitarios previsto en las cláusulas 3.7.6 y 5.1.5 y en el anexo 5, así como en la web de la Entidad.

El Catálogo de Servicios será único para toda la vigencia del Concierto, tendrá ámbito provincial y se adaptará a los niveles asistenciales establecidos en el Concierto. Podrá estar dirigido, además de a los beneficiarios del ISFAS, también a los colectivos pertenecientes a MUFACE y MUGEJU. No incluirán publicidad o mensajes publicitarios ni información relativa a otros productos o servicios de la Entidad.

La Entidad editará el catálogo de acuerdo con las instrucciones que se detallan en la cláusula 3.7.2 que tendrá un formato común de obligado cumplimiento, para garantizar la homogeneidad entre los catálogos de las distintas entidades concertadas.

En la Subdirección de Prestaciones del ISFAS se entregarán los catálogos provinciales en formato electrónico, y en los Servicios Provinciales, además del formato electrónico del respectivo catálogo, se entregarán, al menos, 10 ejemplares en papel.

Cuando se detecte que algún Catálogo no se identifica con la imagen corporativa de la Entidad o en su elaboración no se ha atendido al formato común de obligado cumplimiento establecido en la cláusula 3.7.2, el ISFAS comunicará este incumplimiento a la Entidad, que dispondrá de un plazo de diez días naturales para subsanar los defectos detectados y entregar en las Delegaciones correspondientes y en los Servicios

Centrales del ISFAS la nueva edición del Catálogo en el formato y con el número de ejemplares que se le haya requerido.

3.7.2 Estructura y contenido. Los Catálogos de Servicios serán de ámbito provincial. Su contenido será equivalente al que se incluya en el registro de medios sanitarios previsto en las cláusulas 3.7.6 y 5.1.5 y en el anexo 5, facilitado por la Entidad.

Los catálogos de cada provincia, tanto en formato papel como en soporte informático se estructurarán de la siguiente manera:

A) En la portada deberán figurar el logotipo del ISFAS (o el de cada una de las Mutualidades de Funcionarios) y el de la Entidad, así como el teléfono gratuito y único del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad de forma destacada.

B) En la primera página deberán figurar los datos relativos a:

- a) Teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad.
- b) Teléfono de Información de la Entidad.
- c) Canal y sistema para autorizaciones y reclamaciones.
- d) Página web de la Entidad.
- e) Dirección, teléfono, que será distinto del teléfono de información general de la Entidad, y horario de funcionamiento de la delegación provincial de la Entidad, así como de la/las oficinas/s existente/s en la provincia para la atención presencial de los beneficiarios o, en su defecto, recogerá los datos de la oficina virtual y el procedimiento de actuación en la misma.

f) Acceso a plataformas de telemedicina.

C) En el margen derecho del encabezado de cada página deberá figurar el teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad.

D) Índice general del Catálogo.

E) A continuación, deberán figurar las direcciones de los centros de urgencias hospitalarias en toda la provincia, que en el caso de las provincias insulares se detallarán por cada isla.

F) Centros hospitalarios de la provincia, indicando la relación de especialidades concertadas.

G) Cuadro Médico.

a) 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.

b) 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.

c) Por 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.

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

e) 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.
- Podología.

En el caso de municipios de Nivel IV, por cada uno de los tipos o modalidades de asistencia, los recursos se consignarán agrupados por códigos postales, y, en todos los casos, ordenados alfabéticamente por el primer apellido del profesional.

Si en alguno de los municipios no existiese recurso concertado en Atención Primaria, se hará constar, en su caso, su adscripción al convenio de medio rural con el sistema público correspondiente, con expresión de si es únicamente para urgencias o para el conjunto de la Atención Primaria, debiendo figurar, además, la dirección del Centro de Salud o Punto de Atención Continuada (PAC) correspondiente al municipio.

f) Atención Especializada: 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. En todos los casos, ordenados alfabéticamente por el primer apellido del profesional.

Los profesionales sanitarios de cada especialidad podrán, a su vez, agruparse por códigos postales o, en su caso, por la denominación del centro hospitalario.

Cuando en el ámbito territorial de una provincia, la Entidad no esté obligada a disponer de servicios de Nivel IV de Atención Especializada, en el correspondiente Catálogo se harán constar los medios de que a tal fin disponga la Entidad en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma a la que pertenece la provincia.

En las Provincias Insulares los recursos deberán figurar en los Catálogos diferenciados por Islas, constando en primer lugar la capitalina. Dentro de cada isla, se colocará en primer lugar el núcleo urbano principal y a continuación el resto de los municipios o localidades por orden alfabético.

H) Relación de los servicios de información, urgencias y ambulancias disponibles en las restantes provincias, a fin de facilitar su utilización en caso de desplazamiento de los beneficiarios.

I) Cuadros resumen con los medios por niveles de Atención Especializada ofertada, indicando el nombre del hospital y el municipio en el que se localiza, que debe de coincidir con lo expuesto en el inicio del catálogo.

J) Índice de facultativos por orden alfabético e índice de centros concertados.

K) Información general y normas de uso establecidas en el Concierto.

La información mínima a incluir en este apartado se estructurará y ordenará de acuerdo a los siguientes epígrafes:

a) Identificación para el acceso a los medios concertados/Tarjeta Sanitaria.
b) Normas de utilización de los medios de la Entidad, incluida la libre elección de facultativo y centro concertado, y la relación de servicios que precisan autorización previa de la Entidad y forma de obtención.

c) Especificaciones relativas a determinados servicios: asistencia domiciliaria, asistencia en régimen de hospitalización, incluida la hospitalización de día y domiciliaria.

d) Transporte para la asistencia sanitaria. Modalidades y requisitos para su utilización.

e) Garantía de accesibilidad a los medios.

f) Garantía de tiempo máximo de acceso a la atención.

g) Utilización de medios no concertados.

h) Asistencia urgente de carácter vital.

i) Instrucciones 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.

j) 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.

3.7.3 Responsabilidad en la edición de los Catálogos de Servicios y de la información web de la Entidad.

A) La Entidad editará bajo su responsabilidad los Catálogos de Servicios.

B) Antes del 20 de diciembre anterior al inicio de cada año de vigencia del Concierto, la Entidad deberá entregar en los Servicios Centrales del ISFAS los catálogos de servicios correspondientes a todas las provincias en formato electrónico y, en las Delegaciones del ISFAS, el de la correspondiente provincia en el formato y número de ejemplares que se establecen en la cláusula 3.7.1. Asimismo, a partir del 1 de enero, facilitará a los titulares y beneficiarios que lo soliciten el Catálogo de Servicios de la correspondiente provincia en edición de papel o en formato electrónico, a elección del beneficiario, mediante su envío a la dirección postal o electrónica que indique el interesado o poniéndolo a su disposición en los locales y delegaciones de la Entidad. La entrega deberá efectuarse en un plazo no superior a siete días naturales desde la solicitud.

Si por parte de la Delegación del ISFAS correspondiente, se detectara un error en el catálogo, bien por ausencia de servicios, centros u especialidades o bien por datos erróneos, la Entidad tendrá un plazo de 10 días para su subsanación, que comunicará oficialmente a la Delegación, debiendo publicarse también en la página web de la Entidad y entregarse en formato papel.

C) La Entidad debe disponer de una sección específica en su página web que informe a los beneficiarios del ISFAS sobre el contenido de los Catálogos de Servicios correspondientes a todas las provincias, incluido el número de teléfono del Centro Coordinador de Urgencias y emergencias de la Entidad, previsto en la cláusula 3.1.1.D) diferenciándolo claramente de otros números de teléfono de información o de servicios de la Entidad.

D) Para evitar confusiones con las prestaciones ofrecidas a asegurados ajenos al presente Concierto, esta información deberá aparecer en una sección específica del ISFAS, perfectamente identificable y accesible, e incluir para cada provincia los contenidos que aparecen especificados en la cláusula 3.7.2. La información de la página web deberá actualizarse siempre que existan modificaciones, según lo establecido en la cláusula 3.7.4, haciendo constar la fecha de la última modificación.

La Entidad deberá publicitar en su página web los servicios y prestaciones adicionales conforme a la cláusula 1.8.3, con indicación de su contenido y condiciones de acceso, así como, en su caso, el precio y la rebaja que éste supone respecto al precio ofertado al público en general.

E) 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.

F) Antes del 20 de diciembre de 2024, cuando por el cambio de Concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios en los Catálogos, la Entidad deberá entregar en los Servicios Centrales y en cada Delegación del ISFAS afectada un documento donde se haga constar el detalle a nivel provincial de los centros y servicios hospitalarios que han dejado de estar concertados.

En el caso de que la entidad no procediera a hacer la referida entrega o haciéndola no incluyera a un determinado centro o servicio, se entenderá que el mismo continúa concertado.

3.7.4 Oferta de medios.

A) El Catálogo de Servicios de la Entidad se mantendrá estable a lo largo de la vigencia del Concierto, para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes y evitar la transferencia de riesgos.

B) Las bajas que se deban al fallecimiento o incapacidad del facultativo para el ejercicio de su profesión, por cese de actividad o traslado a otro municipio, a petición del

especialista o centro, no requerirán de acreditación o justificación previa al ISFAS y no requerirán ser sustituidas siempre que se cumplan los criterios de disponibilidad de medios.

C) Las bajas de algún medio (centros, servicios, facultativos,...) por otras causas, deberán ser comunicada a los Servicios Centrales del ISFAS con 30 días de antelación a la fecha en que efectivamente se vaya a producir, salvo que sea sobrevenida, justificando por escrito el motivo de la misma.

Si la baja autorizada afecta a centros o servicios hospitalarios, el ISFAS podrá solicitar a la Entidad la relación de titulares y beneficiarios que están siendo atendidos en dichos centros o servicios.

La Entidad deberá remitir en formato electrónico las variaciones que, en consecuencia, se produzcan en el registro de medios sanitarios previsto en anexo 5. Asimismo, la Entidad deberá editar una adenda al catálogo de proveedores que incorpore las modificaciones producidas, la cual será publicada en la web de la entidad.

La Entidad está obligada a sustituir en el menor plazo posible al profesional o centro, debiendo comunicar a la Subdirección de Prestaciones y a la correspondiente Delegación del ISFAS el profesional o centro que haya de sustituir a la baja producida.

Una vez analizado el supuesto, cuando no se aprecie la baja como justificada, el ISFAS lo comunicará a la Entidad e implicará que dicho medio siga considerándose a todos los efectos como medio de la misma durante la vigencia del Concierto y, en consecuencia, continúe siendo utilizable por los titulares y beneficiarios por cuenta de la Entidad.

Si se aprecian circunstancias sobrevenidas que puedan justificar la baja, el ISFAS podrá acordar medidas orientadas a garantizar la continuidad de la asistencia por los mismos servicios durante el tiempo preciso y la disponibilidad de los servicios exigibles en el correspondiente nivel.

En cualquier caso, si no se diera respuesta en el plazo de 30 días se entenderá que existe conformidad con la baja.

D) Si se produce cualquier baja sobre la oferta de medios, los beneficiarios con asistencia en curso tendrán derecho a continuar utilizando los medios incluidos en el Catálogo de Servicios vigente hasta ese momento, durante el periodo previsto en la cláusula 3.7.5, 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 del ISFAS que se notificará a la Entidad, sin perjuicio de las compensaciones que hubiera de asumir, conforme a las previsiones recogidas en la cláusula 6.7.

3.7.5 Principio de Continuidad Asistencial.

A) Independientemente de lo previsto en la cláusula 3.7.4, si se produce la baja de algún profesional del Catálogo de Servicios, la Entidad garantizará la continuidad asistencial con el mismo facultativo a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves durante los seis meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que el facultativo pueda continuar el ejercicio de su profesión y hubiese conformidad por su parte. En el caso de que no pudiera continuar el ejercicio profesional o no diera su conformidad, la Entidad está obligada a ofertar otro facultativo, aportando al beneficiario fecha y hora de la cita.

B) Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la Entidad garantizará a los pacientes que están siendo atendidos de un determinado proceso la continuidad del tratamiento del mismo en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad del mismo o hasta que se haya obtenido el alta del proceso. Dicha continuidad asistencial se extenderá en cualquier caso por un período máximo de

un año siempre que la Entidad disponga de una alternativa asistencial válida para tratar ese proceso patológico.

C) La Entidad deberá informar por escrito a cada uno de los pacientes afectados, sobre su derecho a mantener el tratamiento y la continuidad asistencial en dicho centro o servicio, con cargo a la Entidad, de acuerdo con lo previsto en el apartado anterior en un plazo no superior a siete (7) días naturales, a contar desde la fecha de la baja del centro o servicio.

D) Cuando por el cambio de Concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios en las especialidades de Oncología y Psiquiatría, así como de los servicios de diálisis, con respecto al Catálogo de Servicios de 2024, el período máximo previsto en el apartado B) será de 24 meses, en idénticas condiciones que la misma prevé, así como las establecidas sobre el deber de información en el apartado C).

E) Cuando a la finalización de este Concierto la Entidad suscriba el Concierto de asistencia sanitaria que lo sustituya, deberá atender las obligaciones previstas en esta cláusula 3.7.5.

3.7.6 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.

3.8 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.

3.9 Hospitales Militares. A solicitud del beneficiario, la Entidad autorizará a su cargo cualquier tratamiento o internamiento en un Hospital de la Red del Ministerio de 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 del presente Concierto, cuando un beneficiario, por decisión propia o de sus familiares de primer grado (padres o hijos), 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 en los siguientes casos:

A) Cuando la Entidad no autorice o no ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluya el quinto (5.º) día hábil siguiente a la fecha de solicitud del beneficiario de alguna de las prestaciones o servicios recogidas en el anexo 2, en el nivel que corresponda, y que haya sido prescrita por un médico concertado, o deniegue una prestación incluida en la Cartera de Servicios cubierta por este Concierto. La respuesta de la Entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma.

B) Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en la cláusula 3.2 del presente Concierto.

En este supuesto, el beneficiario podrá acudir a los facultativos o Centros privados que existan en el nivel correspondiente, o de no existir éstos, a los correspondientes servicios públicos, de conformidad con lo estipulado en la cláusula 3.4. 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 el beneficiario solicite autorización a la Entidad para acudir a un facultativo o centro no concertado (previa prescripción por escrito de un facultativo de la Entidad con exposición de las causas médicas justificativas de la necesidad de remisión al medio no concertado) y la Entidad ni lo autorice ni ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la presentación de la solicitud de autorización.

Si la Entidad 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, transcurridos seis meses 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 (10.º) día hábil siguiente a la fecha de solicitud, la Entidad autorice la renovación o bien ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios.

D) Cuando un beneficiario haya acudido o esté ingresado en un centro de la Entidad para recibir asistencia y según criterio del facultativo que le atiende no existan o no estén disponibles los recursos asistenciales necesarios. En este supuesto se presume que se produce una situación de denegación injustificada de asistencia cuando desde el medio de la Entidad se haya remitido al paciente a centro no concertado.

E) Cuando el beneficiario esté ingresado en un centro no concertado a causa de una situación médica que requiera una atención inmediata de urgencia, y éste (o los familiares de primer grado o terceros responsables) lo comunique a la Entidad dentro de las 48 horas posteriores al ingreso y no le ofrezca una solución asistencial válida antes de que concluyan las 48 horas siguientes a la comunicación, bien comprometiéndose a asumir los gastos que se ocasionen, bien gestionando su traslado a un centro de la Entidad, propio o concertado, siempre que el traslado sea médicamente posible.

La solicitud a la Entidad se realizará por un medio que permita dejar constancia de la misma (preferiblemente a través de su Centro Coordinador de Urgencias) y en la misma se hará constar una breve descripción de los hechos y circunstancias en que se ha producido el ingreso.

F) Cuando la Entidad no diera respuesta a la solicitud del beneficiario en el plazo previsto al efecto o la respuesta no garantizase la atención por medios incluidos en el Catálogo de Servicios, en el tiempo de acceso previsto en la cláusula 3.5.2 y 3.5.3 a contar desde la fecha de solicitud del beneficiario.

4.2.2 Obligaciones de la Entidad.

A) En cualquiera de los supuestos señalados en la cláusula anterior, la Entidad abonará los gastos ocasionados por la asistencia del beneficiario, directamente a los correspondientes servicios, dentro de los diez (10) días naturales siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito.

Cuando el beneficiario hubiera realizado el pago, la Entidad deberá proceder al correspondiente reintegro en el mismo plazo.

En el supuesto contemplado en el apartado E) de la cláusula 4.2.1, el titular o beneficiario deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados por la asistencia hasta su traslado al centro propio o concertado si la Entidad hubiera procedido a éste en el plazo establecido.

B) Cuando la Entidad ofrezca medios propios o concertados, la oferta debe gestionarse por la Entidad, especificando el nombre del facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

C) Cuando el beneficiario haya acudido a medios no concertados a consecuencia de una denegación de asistencia ocasionada porque la Entidad no hubiera ofrecido una alternativa asistencial válida en los plazos establecidos en la anterior cláusula 4.2.1, o porque hubiera autorizado la remisión a un facultativo o centro no concertado, la Entidad debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo. No obstante, transcurridos seis meses desde la denegación de asistencia o desde la fecha de la última autorización de la asistencia, el beneficiario deberá solicitar a la Entidad la renovación de la continuidad de la asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo (10.º) día hábil siguiente a la presentación, la autorice u ofrezca una alternativa asistencial válida con sus medios, conforme a las especificaciones que se establecen en la cláusula 4.2.1.

D) Cuando la Entidad reciba del titular o beneficiario la comunicación de la asistencia prestada en medios ajenos por alguna de las circunstancias previstas en la cláusula 4.2.1, realizará las gestiones oportunas ante el proveedor para que emita la correspondiente factura a nombre de la Entidad y se hará cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia.

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 como una situación objetiva de riesgo, que se traduce en una imposibilidad de utilizar los servicios sanitarios de la Entidad Aseguradora (bien por no disponer ésta de tales imprescindibles servicios, bien por la demora o tardanza que tal utilización generaría), y que ponga en peligro la vida o curación del enfermo, sin que pueda limitarse el concepto de necesidad urgente o de carácter vital a las situaciones en las que se halle en peligro la propia existencia, debiendo también incluirse aquellos casos en que la premura influya en un daño considerable a la integridad física y siempre que exista imposibilidad razonable de resolverlo, con la misma urgencia, por los servicios que tiene establecidos la entidad concertada.

Por consiguiente, los supuestos delimitadores de la situación de urgencia vital serían conjuntamente dos:

- a) Que la enfermedad o el padecimiento sufrido tenga efectos altamente negativos para la supervivencia del enfermo o su integridad física.
- b) Que tal evento perentorio justifique la utilización de servicios o centros no concertados con la entidad aseguradora por los efectos perniciosos que la demora en acudir a los mismos podría generarse para la vida o la integridad del enfermo.

Para apreciar la concurrencia de esta circunstancia se tendrá en cuenta lo establecido en el anexo 3.

Para que el titular o 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 y otras situaciones especiales de urgencia. 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, las siguientes situaciones especiales:

A) La asistencia que precisen los titulares del ISFAS con motivo de accidente en acto de servicio o 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.

B) Cuando el beneficiario se encuentre en la vía o lugares públicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos (112, 061, etc.) sean activados por persona distinta a aquél o a sus familiares de primer grado (padres o hijos) en caso de que se encuentre acompañado.

C) Cuando la activación de los equipos de emergencias sanitarias públicos sea realizada por los cuerpos de seguridad del Estado u otras estructuras de emergencias no sanitarias (bomberos, etc.).

D) Cuando el beneficiario sufra un accidente de tráfico o accidente de servicio y sea atendido por los equipos de emergencias sanitarias públicos en el lugar donde se ocasione.

E) Cuando el beneficiario resida en un centro de mayores asistido o en un centro para crónicos y los equipos de emergencias sanitarias públicos sean activados por el personal del centro, o cuando aquél resida en su domicilio particular y estos equipos sean activados por un Servicio de tele asistencia de financiación pública, en ambos casos siempre y cuando aquél o su familia hayan comunicado al centro o servicio su adscripción a la Entidad a efectos de su asistencia sanitaria.

F) Cuando en el marco de una emergencia sanitaria decretada por la autoridad sanitaria competente, el beneficiario haya utilizado recursos sanitarios públicos por orden de dicha autoridad.

4.3.3 Alcance. La situación de urgencia de carácter vital se extiende desde el ingreso hasta el alta hospitalaria del paciente (incluyendo los posibles traslados a otros centros no concertados, por causas asistenciales ineludibles), 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 por cualquier medio que permita dejar constancia de la comunicación, aportando el correspondiente informe médico de urgencias, dentro de las 48 horas siguientes al inicio de la asistencia, salvo que concurren circunstancias excepcionales, debidamente justificadas, sin perjuicio de que el uso de esos medios esté cubierto siempre en caso de urgencia vital.

4.3.5 Obligaciones de la Entidad.

A) Cuando la Entidad reciba la comunicación de la asistencia de un beneficiario en medios no concertados prevista en la cláusula anterior, deberá contestar, dentro de

las 48 horas siguientes a la recepción de la comunicación, y por cualquier medio que permita dejar constancia de la misma, si reconoce la existencia de la situación de urgencia vital y, por tanto, acepta el pago de los gastos producidos o si, por el contrario, no se considera obligada al pago por entender que no ha existido una situación de urgencia de carácter vital.

En el supuesto de que la Entidad reconozca la existencia de la situación de urgencia vital deberá comunicar al proveedor que se hace cargo directamente de los gastos ocasionados, a fin de que por parte de éste se emita la correspondiente factura a la Entidad. Si el titular o beneficiario hubiera abonado los gastos, la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha en que solicite el reintegro presentando los justificantes de los gastos.

En el supuesto de que la Entidad no se considere obligada al pago por entender que no ha existido la situación de urgencia vital, emitirá, en un plazo máximo de siete (7) días naturales, informe argumentando y fundamentando tal circunstancia y dará traslado del mismo al beneficiario y a la Delegación del ISFAS.

B) Cuando la Entidad debe asumir los gastos por la situación de urgencia vital, realizará las gestiones oportunas ante el proveedor para que emita la correspondiente factura a nombre de la Entidad y hacerse cargo de los gastos ocasionados por dicha asistencia.

Si el beneficiario ya hubiera abonado los gastos, la Entidad deberá efectuar el reintegro dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha en que el interesado presente los justificantes de los gastos.

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 los supuestos de denegación injustificada de asistencia y de urgencia vital fuera necesaria la utilización de medios ajenos de transporte, tanto sanitario como ordinario, las condiciones y requisitos serán las establecidas en las cláusulas 2.4.3. y 2.7.

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 (10) días naturales siguientes a la fecha en que el beneficiario presente ante la Entidad la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

4.5 Asistencia Transfronteriza. En los límites y condiciones establecidos en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, y en la normativa específica del ISFAS, especialmente en la Resolución 4B0/38026/2014, de 19 de febrero, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional, los beneficiarios podrán solicitar el reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza a través de las Delegaciones del ISFAS.

El procedimiento para la solicitud y el reconocimiento de la prestación se establecen en el anexo 7.

Cuando se reconozca el derecho al reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza a un beneficiario adscrito a la Entidad, el ISFAS repercutirá a la misma el importe de los gastos que correspondan a prestaciones que sean objeto del Concierto, por el procedimiento establecido en la cláusula 6.5.4.

En ningún caso se repercutirán a la Entidad los gastos que correspondan a la dispensación ambulatoria de productos dietéticos, material ortoprotésico, medicamentos y otros productos sanitarios que sean objeto de las prestaciones con productos dietéticos, ortoprotésica y farmacéutica, para tratamientos ambulatorios.

CAPÍTULO 5

Información y documentación sanitaria y objetivos de calidad

5.1 Información y documentación.

5.1.1 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 en el contexto de desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud o por cualquier otro organismo competente en cumplimiento de la normativa vigente.

La Entidad se obliga a requerir de sus profesionales la cumplimentación de cuantos documentos se especifican en este capítulo.

Asimismo, 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 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en su normativa de desarrollo, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y demás legislación concordante al respecto del tratamiento de los datos personales, en relación con la información y documentación sanitaria relativa a los titulares y 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.

5.1.2 Información general sobre actividad.

A) Información sobre actividad/coste. 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.

La Entidad facilitará al ISFAS, en soporte informático o por procedimientos telemáticos, los datos sobre actividad asistencial, con la estructura y el formato que aparece recogido en el anexo 4.

Los datos deberán presentarse con la periodicidad prevista en el citado anexo, dentro de los tres meses siguientes a la finalización del periodo correspondiente.

B) Información sobre transporte sanitario no urgente. La Entidad dispondrá de un sistema de información que permita conocer el número de pacientes que han hecho uso del transporte sanitario no urgente regulado en la cláusula 2.7.2.

Dichos datos deberán remitirse al ISFAS con las características y periodicidad establecidas en el anexo 4.

C) Información sobre medicamentos de ámbito hospitalario a cargo de la Entidad. El ISFAS comunicará a la Entidad los medicamentos sujetos a acuerdos de financiación con *techo de gasto* en el Sistema Nacional de Salud.

A partir de la fecha de efectividad del techo de gasto, la Entidad debe remitir al ISFAS la información de los medicamentos de Uso Hospitalario con techo de gasto en el Sistema Nacional de Salud, que se hubieran dispensado para el tratamiento de pacientes del ISFAS.

La información se facilitará con periodicidad mensual, en el plazo máximo de 60 días a contar desde la fecha de dispensación por el correspondiente Servicio de Farmacia

Hospitalaria, mediante un fichero con el formato y contenido en el modelo que se incluye en el apartado 6 del anexo 5.

En aquellos medicamentos de Uso Hospitalario en los que, previa comunicación del Ministerio de Sanidad, a través del Comité de Seguimiento, se alcance el techo de gasto, el ISFAS informará a la Entidad de tal circunstancia y de sus efectos, siempre y cuando por se hayan comunicado mensualmente los datos del consumo de estos medicamentos.

D) Información sobre los programas de cribado. La Entidad emitirá un informe de los programas de cribados realizados, en aplicación de la cláusula 2.10 del Concierto, en el mes de febrero del año siguiente y tal como se requiere en la Orden SND/606/2024, en la que se modifican los anexos del Real Decreto 1030/2006.

5.1.3 Información Económica. La Entidad deberá facilitar, a requerimiento del ISFAS, los datos estadísticos 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 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 citado Ministerio.

5.1.4 Información sobre asistencia hospitalaria.

A) La Entidad requerirá a sus centros propios o concertados, detallados en sus Catálogos de Servicios, que cumplimenten el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, la asistencia por Cirugía mayor Ambulatoria u otras asistencias, según lo previsto en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

B) En las autorizaciones de ingreso en centro hospitalario o de cirugía mayor ambulatoria que emita, la Entidad 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 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su normativa de desarrollo.

5.1.5 Información sobre medios sanitarios. En los años de vigencia del Concierto, la Entidad remitirá al ISFAS en formato electrónico la información actualizada de los medios propios y concertados que haya ofertado para la suscripción del mismo. Dicha remisión se realizará con arreglo a las instrucciones dictadas por el ISFAS y con arreglo a lo previsto en el anexo 5.

5.1.6 Documentación Clínica.

A) La información a que se refiere la cláusula 5.1.4. 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 5.1.1.

B) 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.

Junto con el informe de alta, el paciente recibirá 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.

C) 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 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.

La documentación indicada se incluirá en la Historia Clínica Digital, interoperable con el resto del Sistema Nacional de Salud, a medida que se vaya desarrollando.

5.1.7 Otra documentación sanitaria. La Entidad se ocupará activamente de que los profesionales y centros sanitarios incluidos en sus Catálogos de Servicios cumplan con las siguientes obligaciones:

a) Cumplimentar los informes médicos precisos establecidos por el ISFAS para la valoración de la baja inicial por enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo y maternidad y su continuidad y, en su caso, concesión de las licencias correspondientes de los funcionarios. En dichos informes el diagnóstico deberá figurar codificado, siguiendo la clasificación internacional de enfermedades 10.^a revisión (CIE-10), salvo que el ISFAS determine expresamente otro sistema de codificación.

b) Colaborar en los procedimientos dirigidos a la comprobación de la patología que originó una incapacidad o licencia por enfermedad y sus prórrogas.

c) 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.

d) Editar y emitir las órdenes de dispensación hospitalaria, con arreglo a las especificaciones y criterios establecidos por la normativa vigente garantizando que los profesionales prescriptores de dichas órdenes y de las recetas médicas disponen de sellos identificativos que permitan su legibilidad.

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

f) 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.

g) Realizar las prescripciones de material ortoprotésico en el documento normalizado establecido, en el que es fundamental consignar los datos identificativos del beneficiario y del médico prescriptor, el diagnóstico y situación clínica del paciente en el momento de la prescripción, haciendo constar la descripción y el código del producto ortoprotésico que se prescriba, que figura en el Catálogo común de ortoprotésis externas del Sistema Nacional de Salud, incluido en el anexo VI 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.

h) Emitir el parte de lesiones cuando se detecten situaciones de violencia de género, física o psicológica, agresiones a la libertad sexual y malos tratos ante menores de edad, personas ancianas y personas dependientes o con discapacidad, entre otros supuestos, de conformidad con lo previsto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, sin perjuicio del resto de actuaciones previstas en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección Jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Para facilitar el cumplimiento de estas obligaciones y su adecuación a los correspondientes procedimientos, la Entidad distribuirá entre los profesionales y centros sanitarios las instrucciones y documentación que a tal efecto sean facilitadas por el ISFAS.

5.2 Receta Electrónica y Carpeta Personal de Salud.

5.2.1 La Entidad promoverá la implantación de la Receta Electrónica propia de las mutualidades que deberá ser interoperable con el resto del Sistema Nacional de Salud y su utilización por todos los profesionales y centros incluidos en los medios de la Entidad, de forma que la información pertinente sea accesible desde cualquier punto de atención sanitaria, público o privado, con las debidas medidas de seguridad y protección de datos de carácter personal.

5.2.2 Mediante resolución del Secretario General Gerente del ISFAS se fijarán los objetivos sobre las etapas a cubrir en este proyecto, cuyo cumplimiento conllevará, en su caso, la percepción del incentivo económico previsto en la cláusula 7.4.7.

5.2.3 La Entidad procurará mantener actualizada la información de afiliación necesaria para que los sistemas de prescripción utilicen información veraz y actualizada conforme a los mecanismos de comunicación de altas y bajas estipulados con el ISFAS. Esta información de afiliación estará en posesión de la Entidad garantizando los principios de seguridad y control de acceso necesario para evitar un uso inadecuado de los mismos. Esta información podrá ser accedida por los prestadores de servicios de La Entidad con el fin único de realizar la prescripción médica necesaria para el tratamiento del afiliado.

5.2.4 La Entidad posibilitará la prescripción electrónica mediante la utilización de herramientas de prescripción homologadas por La Organización Médica Colegial a través de un sistema propio o mediante el sistema de prescripción homologado que dispongan sus proveedores de servicio.

La Entidad adaptará sus sistemas de prescripción propios, pasarelas de interconexión, concentradores o enrutadores con sus proveedores de servicio, para garantizar que la prescripción realizada a los afiliados del ISFAS quede correctamente guardada en el Repositorio de Prescripciones del ISFAS.

A su vez, el ISFAS proveerá de un servicio en la nube accesible en todo momento, suministrando suficiente información técnica para que la Entidad pueda actualizar sus sistemas y realizar la consolidación de datos de prescripción conforme al estándar de homologación de La Organización Médica Colegial para Repositorio de Prescripción.

La Entidad promoverá que todos sus proveedores de servicios incluidos en el cuadro médico disponible para los afiliados del ISFAS, posean sistemas de prescripción de receta electrónica homologados, y que dichos sistemas puedan enviar las prescripciones a través de los sistemas de gestión de La Entidad hacia el repositorio de prescripciones del ISFAS.

La Entidad será el único usuario con acceso al Repositorio de Prescripciones del ISFAS, independiente de la herramienta de prescripción utilizada por el cuadro médico que La Entidad pone a disposición de los afiliados del ISFAS.

5.2.5 La Entidad o sus proveedores de servicio podrán acceder al repositorio de prescripciones del ISFAS con el objeto de consultar prescripciones anteriores de un determinado paciente a través de los servicios habilitados para ello por el ISFAS. Estos accesos se realizarán siempre de forma auditada guardando constancia del sistema y prescriptor que realiza la consulta. Este sistema de acceso a información especialmente sensible solo podrá ser utilizado con el fin de evitar duplicidades o incompatibilidades de tratamientos, pudiendo el ISFAS establecer las acciones jurídicas correspondientes si se detectara un acceso inadecuado a dicha información con una finalidad distinta a la indicada.

5.2.6 Las tarjetas emitidas por el Entidad deberán cumplir lo establecido en la cláusula 1.7.2 de este Concierto.

5.3 Calidad de la asistencia sanitaria.

5.3.1 Consideraciones generales. El ISFAS, como parte integrante del Sistema Nacional de Salud en su condición de Entidad Gestora del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, impulsa una política global de calidad para la

mejora de la asistencia sanitaria a su colectivo protegido, dentro de las directrices generales establecidas por la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Para garantizar la implantación de las políticas de calidad del Sistema Nacional de Salud, durante la vigencia del Concierto se establecen las líneas de actuación que se señalan en las cláusulas siguientes.

En estas líneas de actuación se establecen unos objetivos específicos de calidad a los que se vinculan unos incentivos económicos de acuerdo con lo previsto en la cláusula 7.4. La Entidad promoverá la implicación de sus profesionales, adoptando las medidas que considere más eficaces para estimular y garantizar la consecución de estos objetivos.

5.3.2 Adaptación a las Estrategias del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad ha impulsado, en colaboración con las Comunidades Autónomas, Sociedades Científicas y expertos, planes y estrategias en relación con distintas enfermedades o problemas de salud, debiendo promoverse la incorporación de los principios que inspiran estas estrategias en el ámbito de la asistencia concertada, por lo que deben guiar la actividad que es objeto del Concierto.

Durante la vigencia de anteriores conciertos las entidades firmantes elaboraron los planes de adaptación relativos a las estrategias Cuidados Paliativos, Ictus, Cardiopatía Isquémica y en Cáncer, ampliándose en este Concierto a los cribados, no solo del cáncer, sino a los establecidos en la Orden SND/606/2024 y todas aquellos que se vayan incluyendo en la cartera de servicios de asistencia sanitaria del SNS.

En el caso de que la Entidad no hubiera suscrito el Concierto anterior, deberá elaborar los planes para la adaptación de las citadas Estrategias Cáncer, Cuidados Paliativos, Ictus y Cardiopatía Isquémica, que presentará en la Subdirección de Prestaciones, antes del día 1 de octubre de 2025.

La asistencia del colectivo del ISFAS se adaptará a las citadas estrategias, siguiendo las mismas directrices y objetivos fijados para la asistencia que se preste a colectivos de otras mutualidades de funcionarios con las que mantenga concierto de asistencia sanitaria.

5.3.3 Elaboración de protocolos de atención clínica. 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, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad asistencial y a la eficiencia en la utilización de recursos promoviendo su implantación efectiva en la práctica asistencial de los asegurados del ISFAS.

El ISFAS podrá impulsar la elaboración de los protocolos de atención a enfermedades o procesos que se consideren de interés prioritario por su alta incidencia o prevalencia entre los beneficiarios, por generar un elevado consumo de recursos, por estar relacionados con tecnologías o modalidades de atención emergentes cuyo elevado impacto sea previsible, o por que se hayan constatado las posibilidades de introducir mejoras en la calidad y eficiencia.

Durante la vigencia de anteriores conciertos las entidades concertadas elaboraron un Protocolo de Atención a la Urgencia. Si la Entidad no hubiera suscrito el Concierto anterior, deberán elaborar su Protocolo de Atención a la Urgencia, de acuerdo a un Documento Marco que le será proporcionado por el ISFAS. La fecha límite de entrega será el 30 de junio de 2025.

5.3.4 Calidad de la prestación farmacéutica.

A) En cumplimiento de lo dispuesto en la legislación sanitaria, la Entidad promoverá el uso racional del medicamento, desarrollando las actuaciones precisas para que sus profesionales indiquen o prescriban aquellos principios activos y productos sanitarios adecuados a la situación clínica del paciente, en las dosis y formas farmacéuticas acordes a sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo necesario y al menor coste posible para los pacientes y para el ISFAS.

A tal efecto, y con el objetivo de mejorar la calidad y eficiencia de la prestación farmacéutica que se presta a los beneficiarios, la Entidad fomentará la selección por sus profesionales de aquellos principios activos considerados dentro de su subgrupo terapéutico en los protocolos y guías farmacoterapéuticas del Sistema Nacional de Salud, colaborando en los procesos de revisión y control de las prescripciones en determinadas situaciones. En especial, la Entidad promoverá entre los facultativos concertados la prescripción de los medicamentos de primera elección en determinadas patologías consideradas como más prevalentes.

Para ello, se han seleccionado cuatro indicadores centrados en subgrupos terapéuticos de especial relevancia: Antiulcerosos, Hipolipemiantes, Antihipertensivos y Antiinflamatorios no esteroideos. Para la construcción de los indicadores se han tenido en cuenta, principalmente, tres criterios: la seguridad, la eficacia y la experiencia en su utilización.

B) En la cláusula 7.4.4 se establecen los objetivos e indicadores que se fijan para el seguimiento de la calidad de la prestación farmacéutica durante la vigencia de este Concierto.

C) En el ámbito hospitalario, la Entidad garantizará que los centros hospitalarios propios y concertados dispongan de herramientas y procedimientos normalizados de trabajo (comisiones, guías farmacoterapéuticas, protocolos) con metodología homologable a la del resto del Sistema Nacional de Salud, a efectos tales como la evaluación y selección de medicamentos, la conciliación de la medicación entre niveles asistenciales o la utilización de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en su ficha técnica.

En el caso de pacientes no ingresados, la Entidad garantizará que la dispensación hospitalaria se realice en los mismos hospitales donde las órdenes de tratamiento hubieran sido prescritas, excepto cuando el medicamento deba dispensarse en los hospitales de la localidad o provincia de residencia del paciente para posibilitar el cumplimiento terapéutico o en aquellos otros supuestos excepcionales que puedan autorizarse por el ISFAS, en función de la naturaleza del medicamento y a la vista de las circunstancias y procedimientos a los que antes se ha hecho referencia.

D) 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 sanitarios 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.

5.3.5 Calidad de la información. 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.

5.3.6 Evaluación de la calidad de los procesos asistenciales y de centros sanitarios. En el marco de un proceso de mejora continua de la calidad asistencial se impulsarán sistemas de evaluación, mediante la implantación en los centros propios o concertados por la Entidad de los sistemas de acreditación y/o certificación establecidos en las Comunidades Autónomas o mediante la certificación ISO, los criterios de acreditación hospitalaria de la Joint Commission o la evaluación externa del Modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad).

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 concesión de servicios públicos, de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional decimonovena de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, 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:

a) 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.

b) 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.

c) La Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (LCSP) y, en lo no derogado, por el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre. (RGLCAP). La referida Ley 9/2017, en su artículo 205, determina que podrá ser objeto de modificación cuando la necesidad se derive de circunstancias sobrevenidas en el momento de la licitación del contrato, siempre y cuando cumplan las condiciones citadas en dicho artículo.

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 establecidos en el presente Concierto.

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

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 la persona titular del Ministerio de Defensa. El orden jurisdiccional competente, en su caso, será siempre el contencioso-administrativo.

6.1.4 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 acordar las compensaciones económicas previstas en la cláusula 6.7. del presente Concierto por incumplimientos

parciales de las obligaciones de la Entidad y valorar los incentivos a la calidad establecidos en la cláusula 7.4.

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.

Las relaciones mencionadas en los apartados A) y B) precedentes 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 Tipos y régimen de funcionamiento. Existirán Comisiones Mixtas Provinciales y una Comisión Mixta Nacional.

Su régimen de funcionamiento 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 órganos colegiados.

6.3.2 Composición.

A) 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.

B) La Comisión Mixta Nacional la integrarán de uno a tres representantes del ISFAS y de uno a tres representantes de la Entidad, designados por las partes a tal fin, que contarán con poderes y representación suficiente. 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.

6.3.3 Funciones.

A) Las Comisiones Mixtas Provinciales y la Comisión Mixta Nacional, con composición paritaria, en su respectivo ámbito territorial 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 Concierto.

c) El conocimiento y valoración de las iniciativas del ISFAS sobre las compensaciones económicas por incumplimientos parciales del Concierto.

B) Además, corresponde a la Comisión Mixta Nacional:

a) El análisis de las iniciativas sobre las compensaciones económicas por incumplimientos parciales del Concierto, en los términos estipulados en la cláusula 6.7.

b) El conocimiento de las incidencias o reclamaciones sobre deducciones por asistencia sanitaria transfronteriza.

A los efectos de los cometidos recogidos en los apartados A.2, B.1 y B.2 precedentes, se entiende que con la intervención de la Entidad tiene lugar para la misma el cumplimiento del trámite establecido en el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Las funciones señaladas 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.

El conocimiento de las reclamaciones sobre asistencia sanitaria transfronteriza que pudieran formularse por los titulares o, en su caso, de oficio por el ISFAS queda reservado a la Comisión Mixta Nacional.

Si se trata de reclamaciones la distribución de funciones se acomodará a lo previsto en la cláusula 6.4.

6.3.4 Funcionamiento. 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) Si los representantes de la Entidad no asisten a la reunión en la fecha señalada en la convocatoria, sin que medie causa debidamente justificada, se entenderá que, por incomparecencia de sus representantes, aquélla acepta los acuerdos que adopte el ISFAS en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión.

En caso de que la falta de asistencia de los representantes de la Entidad sea por causa debidamente justificada, la reunión se celebrará en el plazo de los dos días hábiles siguientes a la referida fecha.

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 diez días naturales. 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.

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

En lo no previsto, se aplicarán las normas de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público sobre funcionamiento de los órganos colegiados.

6.4 Procedimiento para las reclamaciones.

6.4.1 Los titulares y beneficiarios podrán reclamar del ISFAS que, con arreglo a lo previsto en la cláusula 6.1.3, acuerde la procedencia de alguna actuación por parte de la Entidad, en los siguientes supuestos:

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, ante 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 satisfacción a la misma. En caso de obtenerse respuesta favorable, que se reflejará en el expediente, se emitirá resolución del Delegado del ISFAS.

6.4.4 En caso de que las citadas gestiones no prosperen, la Delegación del ISFAS 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 correspondiente.

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, debiendo aplicarse el criterio resultante por la Entidad en la gestión de las prestaciones que precisen los beneficiarios.

6.4.7 Cuando se sometan a la Comisión Mixta Nacional reclamaciones por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente de forma favorable, con la conformidad de la Entidad o por resolución firme, la Subdirección de Prestaciones dictará resolución conforme al mismo criterio acordado con anterioridad.

6.4.8 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 y el artículo 21.2 párrafo segundo de la Ley 39/2015, de 1 de octubre de Procedimiento Común de las Administraciones Públicas.

6.4.9 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 la persona titular del Ministerio de Defensa, de acuerdo con lo previsto en los artículos 112 a 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas 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.

6.4.10 Cuando por el cambio de Concierto se produzcan bajas de centros o servicios hospitalarios y por tal motivo haya una pluralidad de reclamaciones, en aplicación de la cláusula 3.7.5, el Secretario General Gerente, previa resolución al efecto, podrá acordar la acumulación de todas ellas para que sean sustanciadas a través de un procedimiento especial cuya resolución corresponderá al Delegado del ISFAS cuando la posición de las Partes de la correspondiente Comisión Mixta Provincial sea concordante y, en caso contrario al Subdirector de Prestaciones.

Para la ejecución de las resoluciones estimatorias adoptadas a través de este procedimiento especial, se aplicará lo dispuesto en la cláusula 6.5.4.

6.4.11 Lo dispuesto en la cláusula anterior podrá ser igualmente aplicado en las reclamaciones cuyo objeto sea la aplicación de la cláusula 7.1.2.

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 a emitir la correspondiente autorización, en el plazo de cinco días a partir de la notificación de la resolución.

B) Cuando la reclamación tenga por objeto que la Entidad asuma directamente algún gasto, la Entidad procederá a efectuar el abono al correspondiente servicio sanitario, siendo a cargo en todo caso de la Entidad los posibles recargos o intereses de demora que hubieran podido generarse.

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, que serán devueltos al reclamante si los solicitase.

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

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

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, por cualquier motivo, el Delegado del ISFAS expedirá certificación del acuerdo o resolución adoptado y de los hechos posteriores y la remitirá a la Subdirección de Prestaciones del ISFAS que, 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 proveedor sanitario o al propio interesado, por cuenta de la misma, la cantidad incluida en la certificación.

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 el pago directo a su nombre.

6.5.5 Serán a cargo de la Entidad, además de los cargos facturados por la asistencia prestada, 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 6.4.8. estos recargos serían por cuenta del ISFAS.

6.5.6 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 Descuentos por gastos de farmacia.

6.6.1 Cuando en el proceso de revisión de la facturación de recetas que realiza el ISFAS se detecten prescripciones de medicamentos y productos sanitarios realizadas en sus recetas oficiales, tanto en formato papel como electrónico, que deberían haber sido a cargo de la Entidad, según lo establecido en este Concierto, o cuando el ISFAS se hubiera visto obligado a asumir gastos por dispensación de medicamentos o productos sanitarios por servicios de farmacia hospitalarios que correspondan a la Entidad, el ISFAS procederá a efectuar el descuento correspondiente en el pago mensual de las cuotas que ha de abonar a la misma, de acuerdo con lo previsto en el capítulo 7.

La Entidad se compromete a reintegrar a los titulares, 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, con el único requisito de la presentación del documento acreditativo de esta circunstancia o de la correspondiente factura o justificante de pago de la farmacia.

6.6.2 En aquellos supuestos de dispensaciones de medicamentos y productos farmacéuticos que, estando financiados por el Sistema Nacional de Salud, no estén dotados de cupón precinto y estén sometidos a reservas singulares consistentes en limitar su dispensación a los servicios de farmacia de los hospitales, se facturen al ISFAS a un precio superior o en condiciones distintas a las indicadas en la cláusula 2.8.4.a), se supere el techo de máximo de gasto o los límites fijados en acuerdos de financiación específicos para el Sistema Nacional de Salud y pudiera existir dificultad para el acceso de los pacientes a los tratamientos, el ISFAS procederá al pago de las facturas y, posteriormente, repercutirá las diferencias sobre los límites fijados a la Entidad, en el pago mensual de las cuotas, de acuerdo con lo previsto en el capítulo 7.

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

6.7.1 Compensaciones por incumplimiento de obligaciones. El incumplimiento de determinadas obligaciones contenidas en el Concierto, sin perjuicio de otros efectos previstos en el mismo, podrá dar lugar a la imposición de compensaciones económicas.

Con carácter general, para la calificación del incumplimiento y la determinación del importe de la compensación económica se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a) Perjuicio ocasionado.
- b) Número de titulares y beneficiarios afectados.
- c) Reiteración del incumplimiento.

En atención a estos y otros factores, se establece la tipificación y calificación de los incumplimientos susceptibles de ser sancionados y el importe de la compensación económica para cada uno de ellos en función de su graduación.

- A) Compensaciones por incumplimientos leves: de 1.000 a 5.000 euros.
- a) Demora en la entrega de una tarjeta provisional o documento sustitutivo para el acceso del beneficiario a los servicios desde el momento del alta, si el retraso en la entrega del documento impide que el beneficiario reciba asistencia.
 - b) Tarjetas no ajustadas a las especificaciones: Detección de Tarjetas emitidas que no se ajusten al formato que se hubiera establecido por resolución de la Gerencia del ISFAS, conforme a lo previsto en la cláusula 1.7.2. del Concierto, una vez concluido el plazo señalado al efecto.
 - c) Entrega y disponibilidad de los Catálogos de Servicios de una provincia, una vez superado el plazo establecido al efecto, con retraso inferior a 20 días.
 - d) Defectos en el contenido y formato en el Catálogo de Servicios de una provincia, que no se hubieran subsanado tras la oportuna comunicación del ISFAS, una vez concluido el plazo señalado en la cláusula 3.7.4.
 - e) Publicidad indebida: Oferta de servicios de la Entidad realizada, sin autorización, dentro del recinto de cualquier organismo público que incida negativamente en el funcionamiento del mismo.
 - f) Bajas en los Catálogos de Servicios: Baja de servicios de psiquiatría o diálisis en el Catálogo de Servicios de una Provincia, en el período establecido para el cambio ordinario de Entidad o en el mes anterior o posterior a dicho período y Bajas en esos medios que no obedezcan a las circunstancias excepcionales previstas en la cláusula 3.7.4 y/o cuando no se haya garantizado el principio de continuidad asistencial de los pacientes en los términos establecidos en la cláusula 3.7.5.
 - g) Incumplimiento de obligaciones previstas en la cláusula 4.3.5 en supuestos de urgencia vital.
 - h) Denegación de una prestación que, figurando en la Cartera de Servicios establecida en el Concierto, haya sido indicada por un facultativo del Catálogo de Servicios, cuando corresponda a 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.
 - i) Retrasos en la entrega de la información sobre actividad, prevista en la cláusula 5.1.2.
 - j) Retrasos en la entrega de los planes para la adaptación de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud y/o el Protocolo de Atención de urgencias a los que se alude en las cláusulas 5.3.2 y 5.3.3.
- B) Compensaciones por incumplimientos graves: de 5.001 a 25.000 euros.
- a) Deficiencias en las Tarjetas: Persistencia de deficiencias que hubieran dado lugar a la imposición de compensaciones por incumplimiento leve, tres meses después de que se hubiera notificado la resolución por la que se hubiera impuesto la citada compensación.
 - b) Entrega y disponibilidad de los Catálogos de Servicios de una provincia, una vez superado el plazo establecido al efecto, con retraso superior a 20 días.
 - c) Defectos en el contenido y formato en el Catálogo de Servicios de una provincia, que hubieran dado lugar a la imposición de compensaciones por incumplimiento leve, y no se hubieran subsanado tres meses después de que se hubiera notificado la resolución por la que se hubiera impuesto la citada compensación.
 - d) Publicidad indebida: La oferta de servicios de una Entidad dirigida a colectivos profesionales específicos y la oferta con fines publicitarios de obsequios a los titulares, realizada de forma directa o indirecta a través de terceros.

e) Bajas en los Catálogos de Servicios: Baja de servicios de hematología (relacionados con procesos oncológicos) o de oncología médica en el Catálogo de Servicios de una Provincia, o de servicios de Nivel IV, en el período establecido para el cambio ordinario de Entidad o en el mes anterior o posterior a dicho período.

f) Fallo en la entrega de información asistencial, tres meses después de que se hubiera notificado la resolución por la que se hubiera impuesto una compensación económica por retraso en la entrega.

g) Incumplimiento de las previsiones sobre oferta de servicios adicionales, prevista en la cláusula 1.8.3.

h) Transferencia de riesgo: Cuando exista constancia de que se ha producido un cambio de modalidad o de entidad de adscripción por el titular, debido a la realización por su entidad originaria de cualquier acción prevista en la cláusula 3.1.8.

C) Compensaciones por incumplimientos muy graves: de 25.001 a 50.000 euros.

a) Publicidad indebida: La oferta con fines publicitarios de obsequios a los titulares, realizada de forma directa o indirecta a través de terceros cuando se realice durante el periodo de cambio ordinario o en procesos de alta de colectivos profesionales específicos.

b) Bajas en los Catálogos de Servicios: Baja de centros hospitalarios en el Catálogo de Servicios en el período establecido para el cambio ordinario de Entidad o en el mes posterior a dicho período.

c) Incumplimiento de acuerdos de la Comisión Mixta Nacional.

d) Transferencia de riesgo: Cuando exista constancia de que se ha producido un cambio de modalidad o de entidad de adscripción por el titular, debido a la realización por su entidad originaria de cualquier acción prevista en la cláusula 3.1.8, por proceso oncológico, psiquiátrico, neurológico, renal que requiera diálisis o congénitos con gran impacto.

6.7.2 Procedimiento para la imposición de compensaciones económicas.

A) En los supuestos en los que se haya detectado un incumplimiento de las obligaciones recogidas en la cláusula 1.8 del Concierto (publicidad indebida), la Delegación del ISFAS correspondiente informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Provincial para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por el ISFAS y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, bastará con que este extremo se recoja en el acta aprobada para dar por finalizado el asunto.

En caso de que permanecieran las discrepancias sobre el asunto o no hubiera acuerdo en la existencia de un incumplimiento, 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. A partir de entonces, se seguirá el procedimiento previsto en el apartado siguiente.

B) En los supuestos en los que se haya detectado cualquier otro incumplimiento, la Subdirección de Prestaciones del ISFAS informará por escrito a la representación de la Entidad sobre el mismo e incluirá el asunto en el orden del día de la inmediata reunión de la Comisión Mixta Nacional para que la Entidad presente las alegaciones correspondientes. Estudiado el asunto, se incluirán en la correspondiente acta de la Comisión las posiciones mantenidas por el ISFAS y la Entidad. En caso de que las posiciones fueran concordantes y el resultado de las mismas fuera que tal incumplimiento se considera como no producido, se reflejará este extremo en el acta y se procederá al archivo del expediente sin más trámite.

En caso de acuerdo con la existencia de un incumplimiento o de desacuerdo de las partes en la Comisión Mixta Nacional, resolverá el Secretario General Gerente y, conforme a los términos fijados en la correspondiente resolución, se procederá a descontar en el siguiente pago mensual a la Entidad el coste de la compensación. La resolución se notificará a la Entidad que podrá interponer recurso de alzada ante la persona titular del Ministerio de Defensa, de acuerdo con lo previsto en los artículos 112 a 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y 31.1 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2000.

CAPÍTULO 7

Duración, régimen económico y precio del Concierto

7.1 Duración del Concierto.

7.1.1 Los efectos del presente Concierto, previa formalización del mismo, se iniciarán a las cero horas del día uno de enero del año 2025 y se extenderán hasta las veinticuatro horas del día treinta y uno de diciembre del año 2026, con independencia de la fecha de su formalización.

7.1.2 Si la Entidad no suscribiera un nuevo concierto para 2027, continuará obligada por el contenido del presente Concierto, hasta el día treinta y uno de enero del año 2027, para el colectivo que tuviera adscrito a 31 de diciembre de 2026. Además, si a 31 de enero de 2027 se estuviese prestando una asistencia en régimen de hospitalización o una asistencia por maternidad, con fecha prevista para el parto en el siguiente el mes de febrero, la Entidad quedará obligada a seguir prestando la asistencia hasta el día en que se produzca el alta o se concluya la asistencia por maternidad, respectivamente. En el caso de que la necesidad de hospitalización se prolongue, la Entidad asumirá su cobertura hasta finalizar el mes de marzo de 2027, fecha a partir de la cual la nueva Entidad de adscripción asumirá la cobertura.

La Entidad tendrá derecho a percibir, por el mes de enero del año 2027 y por el colectivo adscrito a treinta y uno de diciembre del año anterior, el precio por persona/mes que se establezca para las Entidades que estén concertadas con el ISFAS. No obstante, del importe a abonar por dicho mes, el ISFAS retendrá un diez por ciento hasta el treinta y uno de enero de 2028, 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 acordarán con posterioridad al treinta y uno de enero de 2028, la Entidad se obliga a satisfacerlos directa e inmediatamente.

7.1.3 El colectivo afectado por la no suscripción por la Entidad del Concierto para 2027, deberá elegir nueva Entidad durante el plazo que establezca el ISFAS y la elección tendrá efectos a las cero horas del día uno de febrero de 2027, sin perjuicio, de lo previsto para hospitalizaciones y maternidad en la cláusula anterior.

7.2 Régimen económico del Concierto.

7.2.1 Efectos económicos de las altas y bajas de beneficiarios. 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.

Consiguientemente, cada factura 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, diferenciados por edad, según los parámetros establecidos en la cláusula 7.3.1. Igualmente, para la valoración de incentivos asociados a la asistencia de titulares y beneficiarios con necesidades especiales de atención y a la atención por Servicios de

Urgencia, conforme a lo previsto en las cláusulas 7.4.2. y 7.4.3, se tendrán en cuenta la cifra de titulares y beneficiarios referida al primer día del correspondiente mes.

7.2.2 Condiciones de pago. El pago se realizará mediante transferencia bancaria, en los términos establecidos en el artículo 198 de la LCSP, en firme, en la forma que se regula en los apartados siguientes, previa presentación de la factura electrónica a través del Punto General de Entrada de Facturas Electrónicas (FACE).

La disposición adicional tercera de la Orden Ministerial HAP/492/2014, de 27 de marzo, por la que se regulan los requisitos funcionales y técnicos del registro contable de facturas de las entidades del ámbito de aplicación de la Ley 25/2013, de 27 de diciembre, de impulso de la factura electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público, determina que las facturas se expidan recogiendo los códigos establecidos en el directorio DIR3, por tanto la codificación de órganos administrativos en el presente contrato es:

Unidad	Código DIR3	Denominación
Órgano gestor (OG).	E00116901	Instituto Social de las Fuerzas Armadas.
Oficina contable (OC).	E02789501	Subdirección Económico-Financiera (ISFAS).
Unidad Tramitadora (UT).	E02789401	Subdirección de Prestaciones (ISFAS).

La Entidad emitirá factura electrónica mensual por el importe de las cuotas establecidas en la cláusula 7.3 correspondientes a los titulares y beneficiarios que, en cada grupo de edad, tuviera adscritos a las 24 horas del último día del mes anterior, conforme a la información recogida en la Base de Datos del ISFAS, que prevalecerá sobre cualquier otra fuente, y que se facilitará a la Entidad, en la primera quincena del mes al que corresponda la factura, conforme a lo previsto en la cláusula 7.2.5.

7.2.3 Régimen de Pagos. El ISFAS procederá al pago de la factura de cada mes, junto con las cantidades resultantes de la aplicación de las cláusulas 7.4.2, 7.4.3 y 7.4.4, deduciendo la cuantía que resulte de los reembolsos de gastos, descuentos y compensaciones económicas por incumplimiento de obligaciones que sean acordados al amparo del presente Concierto.

Anualmente, con la factura del mes de diciembre de cada año, se abonará la cuantía de los incentivos asociados a la calidad del servicio, así como a la consecución de objetivos previstos en las cláusulas 7.4.5 y 7.4.6.

El pago, salvo eventualidades de carácter excepcional, se efectuará por el ISFAS, mediante transferencia bancaria, dentro de los quince primeros días naturales del mes siguiente, previas las retenciones o los descuentos que procedan con arreglo a la resolución de la 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.

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

7.2.4 Descuentos y deducciones. Siempre que exista Sentencia judicial firme en la que se ordene al ISFAS el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del Concierto, el ISFAS, sin perjuicio de ejecutar la Sentencia, repercutirá el importe abonado a la Entidad concertada correspondiente, de acuerdo con el procedimiento previsto en la cláusula 6.5. del presente Concierto.

Asimismo, del importe que, cada mes, deba abonarse a la Entidad, en concepto de cuotas y otros conceptos, se deducirán:

Las compensaciones económicas que deban aplicarse, conforme a lo previsto en la cláusula 6.7.2.

El importe de los pagos que hayan debido realizarse por cuenta de la Entidad, atendiendo a las previsiones establecidas las cláusulas 1.7.1, 3.7.4, 4.5, 6.5.3, 6.5.4, 6.5.6. y en el anexo I.

Los gastos asumidos por el ISFAS, pero que deberían haberse atendido por la Entidad, conforme a las previsiones recogidas en el Concierto, especialmente en su cláusula 6.6.

7.2.5 Reclamaciones por diferencias. EL ISFAS pondrá a disposición de la Entidad, en los primeros diez días de cada mes, un fichero con la relación completa con todos los datos del colectivo, incluyendo las altas, bajas y variaciones producidas durante el mes anterior, referidas a las veinticuatro horas del último día de dicho mes.

La relación del colectivo incluida en el fichero y el resto de la información facilitada, 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.
- c) Las relativas a los importes por diferencias en el nivel de consecución de objetivos.

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 Impuestos. 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 Subrogación en derechos de cobro y acciones. 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 titulares y 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 titulares y beneficiarios, por su parte, estarán obligados a facilitar a la Entidad los datos necesarios para ello.

7.3 Precio del concierto. cuotas. El precio del Concierto se establece mediante una prima o cuota mensual por cada persona, diferenciada en función de la edad. El importe del precio (exento de IVA), que se mantendrá invariable durante la vigencia del Concierto, se diferencia en función de los siguientes grupos de edad:

- a) 128,23 euros por mes/año 2025 y 128,39 euros por mes/año 2026 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.
- b) 102,92 euros por mes/año 2025 y 103,05 euros por mes/año 2026 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.

c) 87,12 euros por mes/año 2025 y 87,22 euros por mes/año 2026 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.

7.4 Incentivos asociados a la calidad del servicio.

7.4.1 Límites y objetivos.

A) Cuantía máxima. La mejora continua de los servicios de asistencia sanitaria que los titulares y beneficiarios del ISFAS reciben a través de Entidades concertadas es un eje central del Concierto, por lo que se establecen incentivos económicos asociados a la calidad del servicio (IACAS).

El límite o cuantía máxima de los incentivos económicos que podrán alcanzar las Entidades concertadas vendrá determinada por la siguiente fórmula:

$$\text{LIACAS (i)} = P_m \times C(t) \times Q \times 12$$

Donde:

LIACAS = Límite anual de Incentivos asociados a la calidad del servicio.

P_m = Cuota promedio mensual abonada por la asistencia del colectivo del ISFAS, adscrito a entidades de seguro con modalidad de asistencia completa, a 31 de diciembre del año anterior.

$C(t)$ = Colectivo adscrito a Entidades de Seguro en la modalidad de asistencia completa, a 1 de febrero del correspondiente año.

Q = Coeficiente modulador que será de 0,040.

B) Los servicios. Los servicios que se vinculan al pago de incentivos son:

1. Servicio 1: Asistencia de personas con necesidades especiales de atención. Ponderación $\rho_1 = 0,25$.

2. Servicio 2: Atención por servicios de urgencia. Ponderación $\rho_2 = 0,12$.

3. Servicio 3: Prestación farmacéutica: Mejora en la calidad de la prescripción farmacéutica. Ponderación $\rho_3 = 0,25$.

4. Servicio 4: Mejora de la calidad en cuidados paliativos. Ponderación $\rho_4 = 0,13$.

5. Servicio 5: Amplitud de la oferta de servicios hospitalarios. Ponderación $\rho_5 = 0,10$.

6. Servicio 6: grado de implantación y uso de prescripción en receta electrónica del mutualista. Ponderación $\rho_6 = 0,15$.

El pago del incentivo asociado al cumplimiento de los Servicios 1, 2 y 3 se realizará con periodicidad mensual.

Hasta que se inicie la extensión de la Receta Electrónica el objetivo 3 se centrará en la mejora en la calidad de la prestación farmacéutica y el correspondiente incentivo se abonará mensualmente, el segundo mes posterior al que correspondan los indicadores establecidos para su evaluación. Es decir, los incentivos obtenidos a partir de los indicadores del mes n se abonarán con las cuotas del mes $n+2$. Si la Entidad hubiera suscrito el Concierto vigente en 2022, 2023 y 2024, los meses de enero y febrero de 2025 percibirá los incentivos previstos en ese Concierto, correspondientes a noviembre y diciembre de 2024, respectivamente.

El incentivo asociado al cumplimiento de la mejora de la calidad de los Servicios 4, 5 y 6 tendrá carácter anual y se hará efectivo junto con el de las cuotas correspondientes al mes de diciembre de cada año de vigencia del Concierto. No obstante, el pago sólo se hará efectivo si la Entidad hubiera entregado al ISFAS sus Planes para la adaptación de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud en Cáncer, Cribados, Ictus y Cardiopatía

isquémica, así como el Protocolo de Atención de urgencia, documentos a los que se alude en las cláusulas 5.3.2 y 5.3.3, lo que implica su compromiso de extender a los beneficiarios del ISFAS cualquier actuación que se realice sobre el colectivo de otras Mutualidades de funcionarios con las que mantenga Concierdos de asistencia sanitaria, para la extensión de las citadas Estrategias, debiendo garantizar el mismo nivel de cobertura en los programas de cribado del cáncer.

Si el ISFAS ya dispusiera de los Planes de la Entidad para la adaptación de las citadas Estrategias y el Protocolo de Atención a la Urgencia, sólo deberá facilitar un documento declarativo de los niveles de cobertura alcanzados en los programas de cribado del cáncer y de los nuevos cribados incluidos en la Orden SND/606/2024.

7.4.2 Asistencia a personas con necesidades especiales de atención. La intensidad de la atención y cuidados que requieren las personas en situación de invalidez absoluta y gran invalidez y, por tanto, la utilización de los servicios sanitarios es mayor que en la población general.

Para modular las tensiones derivadas de esta mayor necesidad de servicios, el ISFAS abonará un incentivo mensual por cada titular o beneficiario adscrito a la Entidad, con una discapacidad que haya dado lugar al reconocimiento de ayudas por hijo a cargo con discapacidad severa o de invalidez con necesidad de tercera persona (DS), y un incentivo por cada titular con invalidez absoluta (IA).

A) Incentivo por persona con discapacidad severa (IPDS). El importe mensual que percibirá la Entidad por cada persona con discapacidad que haya dado lugar al reconocimiento de ayudas por hijo a cargo con discapacidad severa o de gran invalidez con necesidad de tercera persona (DS) se obtendrá aplicando la siguiente fórmula, expresando el resultado con dos decimales:

$$IPDS(i) = \frac{Pm \times C(t) \times Q \times CDS(i) \times 0,20}{CDS(t)}$$

Donde:

IPDS (i) = Incentivo por persona con discapacidad severa, correspondiente a la Entidad (i).

Pm = Cuota promedio mensual abonada por la asistencia del colectivo del ISFAS, adscrito a entidades de seguro con modalidad de asistencia completa, a 31 de diciembre del año anterior.

C(t) = Colectivo total adscrito a Entidades de Seguro concertadas en la modalidad de asistencia completa, a 1 de febrero del correspondiente año.

CDS(i) = Número de titulares y beneficiarios con discapacidad que haya dado lugar al reconocimiento de ayudas por hijo a cargo con discapacidad severa o de gran invalidez con necesidad de tercera persona, adscritas a la Entidad (i) en la modalidad de asistencia completa, referido al día uno del mes que corresponda.

CDS(t) = Número de titulares y beneficiarios con discapacidad que haya dado lugar al reconocimiento de ayudas por hijo a cargo con discapacidad severa o de gran invalidez con necesidad de tercera persona, adscritos a entidades de seguro en la modalidad de asistencia completa, referido al día uno del mes que corresponda.

Q = Coeficiente modulador que será de 0,040.

B) Incentivo por persona con invalidez absoluta (IPIA). El importe mensual que percibirá la Entidad por cada titular con discapacidad que haya dado lugar al reconocimiento de invalidez absoluta (IA) se obtendrá aplicando la siguiente fórmula:

$$IPIA(i) = \frac{Pm \times C(t) \times Q \times CIA(i) \times 0,05}{CIA(t)}$$

Donde:

IPIA(i) = Incentivo por persona con invalidez absoluta correspondiente a la Entidad (i).

Pm = Cuota promedio mensual abonada por la asistencia del colectivo del ISFAS, adscrito a entidades de seguro con modalidad de asistencia completa, a 31 de diciembre del año anterior.

C(t) = Colectivo total adscrito a Entidades de Seguro concertadas en la modalidad de asistencia completa, a 1 de febrero del correspondiente año.

CIA(i) = Número de titulares con discapacidad que haya dado lugar al reconocimiento de invalidez absoluta y permanente, adscritos a la Entidad (i) en la modalidad de asistencia completa, referido al día uno del mes que corresponda.

CIA(t) = Número de titulares con discapacidad que haya dado lugar al reconocimiento de invalidez absoluta y permanente, adscritos a entidades de seguro en la modalidad de asistencia completa, referido al día uno del mes que corresponda.

Q = Coeficiente modulador que será de 0,040.

7.4.3 Atención por servicios de urgencia. La ubicación de los centros en los que se desarrolla la actividad profesional del colectivo protegido por el ISFAS condiciona su peculiar distribución geográfica y la necesidad de medios para la asistencia de urgencia en pequeños municipios, en los que únicamente puede facilitarse a través de servicios no concertados.

Para compensar los mayores costes asociados a la cobertura de la asistencia de urgencia en determinadas áreas, con baja concentración poblacional, el ISFAS abonará un incentivo o compensación mensual (IMPSU) por cada titular o beneficiario adscrito a la Entidad, que tenga fijada su residencia en municipios que no estén incluidos en el Nivel III de Atención especializada, cuyo importe se obtendrá aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{IMPSU}(i) = \frac{\text{Pm} \times \text{C}(t) \times \text{Q} \times \text{Cd}(i) \times 0,12}{\text{Cd}(t)}$$

Donde:

IMPSU(i) = Incentivo mensual por persona adscrita a la Entidad (i) por garantía en la cobertura de Servicios de Urgencia.

Pm = Cuota promedio mensual abonada por la asistencia del colectivo del ISFAS, adscrito a entidades de seguro con modalidad de asistencia completa, a 31 de diciembre del año anterior.

C(t) = Colectivo total adscrito a Entidades de Seguro concertadas en la modalidad de asistencia completa, a 1 de febrero del correspondiente año.

Cd(i) = Número de titulares y beneficiarios adscritos a la Entidad (i) en la modalidad de asistencia completa, que tengan su residencia habitual en zonas con menor densidad poblacional, consideración que tendrán todos los municipios que no estén incluidos en el Nivel III de Atención especializada, referido al día uno del mes que corresponda.

Cd(t) = Número de titulares y beneficiarios adscritos a entidades de seguro concertadas en la modalidad de asistencia completa que tengan su residencia habitual en zonas con menor densidad poblacional, consideración que tendrán todos los municipios que no estén incluidos en el Nivel III de Atención especializada, referido al día uno del mes que corresponda.

Q = Coeficiente modulador que será de 0,040.

7.4.4 Incentivo mejora en la calidad en la prestación farmacéutica. Este incentivo se orientará a la mejora en la calidad de la prescripción farmacéutica, que se evaluará conforme se detalla en los apartados siguientes.

Calidad en la prescripción farmacéutica:

a) La calidad y eficiencia de la prestación farmacéutica es un objetivo central del Concierto, por lo que se establece un incentivo mensual asociado a la mejora en la calidad de la prescripción farmacéutica (IMPF).

b) Para la evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica, se establecen cuatro indicadores de selección, centrados en grupos terapéuticos de especial relevancia, como son antiulcerosos, hipolipidemiantes, antihipertensivos y antiinflamatorios no esteroideos, fijándose para cada indicador un valor de referencia como objetivo, atendiendo a los valores históricos y a la posibilidad estimada de avance en la dirección de la mejora de la calidad de prescripción.

c) Los indicadores y los criterios para su valoración podrán modificarse por resolución del Secretario General Gerente del ISFAS.

A) Indicadores para la evaluación. Se evaluará la prescripción de medicamentos de primera elección en determinadas patologías prevalentes, a través de los indicadores de consumo de DDDs (dosis diarias definidas) que se señalan a continuación.

1) Utilización de medicamentos antiulcerosos: % de DDDs dispensadas de omeprazol, sobre el total de DDDs de inhibidores de la bomba de protones.

Formula: $a / b \times 100$

Donde:

a = n.º de DDDs dispensadas de omeprazol (A02BC01).

b = n.º de DDDs dispensadas de todos los inhibidores de la bomba de protones (A02BC).

Valor mínimo: 55 %.

Valor para la máxima puntuación: 68 %.

Puntuación máxima: 0,25 puntos.

2) Utilización de medicamentos hipolipemiantes: % de DDDs dispensadas de simvastatina y atorvastatina (C10AA01 y C10AA05) sobre el total de DDDs dispensadas de inhibidores de la HMG CoA reductasa y asociaciones.

Formula: $a / b \times 100$

Donde:

a = n.º de DDDs dispensadas de simvastatina (C10AA01) y de atorvastatina (C10AA05).

b = n.º de DDDs dispensadas de todos los inhibidores de la HMG CoA reductasa (C10AA) y asociaciones (C10BX03, C10AX09 y C10BA02).

Valor mínimo: 45 %.

Valor para la máxima puntuación: 55 %.

Puntuación máxima: 0,25 puntos.

3) Utilización de medicamentos que actúan sobre el sistema renina angiotensina: % de DDDs dispensadas de medicamentos IECA, sobre el total de dispensaciones de medicamentos inhibidores del sistema renina angiotensina.

Formula: $a / b \times 100$

Donde:

a = n.º de DDDs dispensadas de IECAs y asociaciones (C09AA, C09BA y C09BB).

b = n.º de DDDs dispensadas de todos los fármacos inhibidores del sistema renina-angiotensina y asociaciones (C09AA, C09BA, C09BB, C09CA, C09DA, C09DB y C09XA).

Valor mínimo: 20 %.

Valor para la máxima puntuación: 30 %.

Puntuación máxima: 0,25 puntos.

4) Utilización de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): % de DDDs dispensadas de AINEs de primera elección (diclofenaco, ibuprofeno y naproxeno) sobre el total de DDDs dispensadas de todos los AINEs.

$$\text{Formula: } a / b \times 100$$

Donde:

a = n.º de DDDs dispensadas de diclofenaco, ibuprofeno y naproxeno (M01AB05, M01AE01 y M01AE02).

b = n.º de DDDs dispensadas de todos los AINEs (M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG, M01AH, M01AX01, M01AX02 y M01AX17).

Valor mínimo: 40 %.

Valor para la máxima puntuación: 60 %.

Puntuación máxima: 0,25 puntos.

La fuente de información para el cálculo de los indicadores será el sistema de gestión de la facturación farmacéutica, de talonarios de recetas del ISFAS y de las recetas electrónicas.

B) Asignación del incentivo. La puntuación asignada a la Entidad por cada uno de los indicadores será proporcional al nivel de consecución, obteniéndose a partir de la siguiente fórmula:

$$P_i = (V_i - V_m) \times P_{\max} / (V_M - V_m)$$

Donde:

P_i = Puntuación del indicador para la Entidad (i).

V_i = Valor del indicador de la Entidad (i).

V_m = Valor mínimo permitido para el indicador.

P_{\max} = Puntuación máxima asignada al indicador.

V_M = Valor óptimo del indicador que dará lugar a la máxima puntuación fijada para el indicador.

Seguidamente se obtendrá la puntuación global (P_{pf}) de la Entidad (i), que vendrá dada por la suma de las puntuaciones asignadas, en función de los indicadores obtenidos.

$$P_{pf}(i) = P_1(i) + P_2(i) + P_3(i) + P_4(i)$$

El importe del incentivo mensual asociado al objetivo de prescripción farmacéutica (IMOPF) se obtendrá, teniendo en cuenta la puntuación alcanzada y la ponderación asignada al objetivo, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{IMOPF}(i) = P_m \times C(t) \times Q \times P_{pf}(i) \times 0,25$$

Donde:

IMOPF(i) = Incentivo mensual por persona adscrita a la Entidad (i) asociado al objetivo de prescripción farmacéutica.

Pm = Cuota promedio mensual abonada por la asistencia del colectivo del ISFAS, adscrito a entidades de seguro con modalidad de asistencia completa, a 31 de diciembre del año anterior.

C(t) = Colectivo total adscrito a Entidades de Seguro concertadas en la modalidad de asistencia completa, a 1 de febrero del correspondiente año.

Ppf(i) = Puntuación global de la entidad.

Q = Coeficiente modulador que será de 0,040.

7.4.5 Mejora de la calidad en la prestación de Cuidados Paliativos.

A) Documentación para la evaluación. Las directrices que inspiran la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud deben guiar la prestación de los cuidados paliativos en el ámbito de la asistencia concertada del ISFAS.

Para optar al correspondiente incentivo, antes del 31 de octubre del año que corresponda, la Entidad deberá presentar en la Subdirección de Prestaciones del ISFAS la siguiente información en soporte informático:

1) Plan de Cuidados Paliativos desarrollado por la Entidad para el correspondiente año, en el que se detallarán sus objetivos, procedimientos de gestión de casos (identificación de pacientes, derivación, servicios de información y coordinación, etc.) y protocolos de cuidados que incluyan evaluación periódica con monitorización del dolor y otros síntomas y valoración funcional.

2) Sistema de información en formato Excel, con la relación de beneficiarios que hayan recibido cuidados paliativos en los doce meses anteriores.

En el caso de Entidades concertadas con el ISFAS en 2024, en la tabla correspondiente a 2025 se incluirá un registro (fila) por cada beneficiario atendido por servicios específicos de Cuidados Paliativos en los 12 meses anteriores al 30 de septiembre, incluyendo su número identificativo (núm de beneficiario) y el código que corresponda al tipo de servicios que lo hayan atendido.

Los códigos que se utilizarán son los siguientes:

Equipo de soporte o apoyo domiciliario: 11.

Unidad o servicios hospitalarios: 12.

Otros: 19.

Para las Entidades que no suscribieron el Concierto de 2022, 2023 y 2024, como excepción, el archivo correspondiente al 2025 sólo incluirá la información de los beneficiarios atendidos entre enero y septiembre de 2025. En este caso, el dato relativo al número de beneficiarios atendidos en los últimos 12 meses se estimará a partir del promedio mensual resultante.

La tabla tendrá la siguiente estructura y formato:

ID_BENEF	COD_SERV
287099999999	11

En el momento de asignarse los servicios para cuidados paliativos, se informará a los pacientes de que sus datos pueden ser tratados por el ISFAS para fines de gestión, siempre con las garantías y cautelas establecidas por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la

Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y demás legislación concordante al respecto del tratamiento de los datos personales.

B) Indicadores para la evaluación y asignación del incentivo. Los indicadores que se obtendrán y utilizarán para la evaluación son:

1) Mapa de Recursos específicos de cuidados paliativos, por provincias y tipo de dispositivo, en formato Excel.

Únicamente se incluirán los dispositivos de soporte domiciliario y unidades hospitalarias, propios o concertados, para el apoyo a los medios de atención primaria en situaciones de complejidad.

La presentación del Mapa de recursos en el formato establecido, actualizado a 1 de octubre del correspondiente año dará lugar a una puntuación (P1) de 0,10 puntos.

2) Porcentaje de municipios de Nivel III en los que la Entidad disponga de equipos de soporte domiciliario (ESD) concertados.

$$\text{Formula: } a / b \times 100$$

Donde:

a = n.º de municipios con oferta de ESD.

b = n.º total de municipios y agrupaciones de municipios de Nivel III (es decir 67).

Valor mínimo 40 %.

Puntuación máxima 0,40 puntos.

Valor para la máxima puntuación: 80 %.

La puntuación asignada será proporcional al nivel de consecución, obteniéndose a partir de la siguiente fórmula:

$$P2(i) = (V_i - V_m) \times P_{\max} / (V_M - V_m)$$

Donde:

P2(i) = Puntuación del indicador para la Entidad (i).

V_i = Valor del indicador de la Entidad i.

P_{max} = Puntuación máxima asignada al indicador.

V_M = Valor del indicador para la máxima puntuación.

V_m = Valor mínimo permitido para el indicador.

3) Porcentaje de beneficiarios atendidos por equipos de soporte o apoyo domiciliario (ESD).

$$\text{Formula: } a / b \times 100$$

Donde:

a = n.º de beneficiarios atendidos por ESD en el periodo que corresponda (corregido a un año).

b = n.º estimado de beneficiarios subsidiarios de cuidados paliativos. La estimación se realizará aplicando la siguiente fórmula, que permite obtener una tasa estimada a partir de estudios epidemiológicos, con una corrección por infrarregistro:

$$b = \frac{C(i) \times 175 \times 0,25}{100.000}$$

Valor mínimo 15 %.
Puntuación máxima 0,50 puntos.
Valor para la máxima puntuación 40 %.

La puntuación asignada será proporcional al nivel de consecución, obteniéndose a partir de la siguiente fórmula:

$$P3(i) = (Vi - Vm) \times Pmax / (VM - Vm)$$

C) Importe del incentivo. Seguidamente se obtendrá la puntuación global (Pcp) de la Entidad (i) que vendrá dada por la suma de las puntuaciones asignadas, en función de los indicadores obtenidos.

$$Pcp(i) = P1(i) + P2(i) + P3(i)$$

El importe del incentivo anual asociado al objetivo de cuidados paliativos (IACP) se obtendrá, teniendo en cuenta la puntuación alcanzada y la ponderación asignada al objetivo, aplicando la siguiente fórmula:

$$IACP(i) = Pm \times C(i) \times Q \times 12 \times Pcp(i) \times 0,13$$

Donde:

IACP(i) = Incentivo anual asociado al objetivo de cuidados paliativos.

Pm = Cuota promedio mensual abonada por la asistencia del colectivo del ISFAS, adscrito a entidades de seguro con modalidad de asistencia completa, a 31 de diciembre del año anterior.

C(i) = Colectivo adscrito a la Entidad (i) en la modalidad de asistencia completa, a 1 de febrero del correspondiente año.

Pcp(i) = Puntuación global (Pcp) de la Entidad (i) que vendrá dada por la suma de las puntuaciones asignadas, en función de los indicadores obtenidos.

Q = Coeficiente modulador que será de 0,040.

7.4.6 Incentivo anual por la amplitud de la oferta de servicios hospitalarios.

A) Condiciones generales. La oferta de servicios hospitalarios concertados se ve condicionada por el volumen de infraestructuras hospitalarias existentes, por lo que el objetivo de mejora de la amplitud de la oferta de servicios hospitalarios se ha centrado en capitales de provincia que cuenten con más de tres centros hospitalarios con internamiento generales o médico-quirúrgicos de titularidad privada, de más de 30 camas, según los datos recogidos en el Catálogo Nacional de Hospitales 2023, referido a 31 de diciembre de 2022 situación en la que se encuentran Barcelona, Bilbao, Las Palmas de Gran Canaria, Madrid, Málaga, Palma de Mallorca, Santa Cruz de Tenerife, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

Para favorecer una amplia oferta de servicios hospitalarios, el ISFAS abonará un incentivo cuando en las citadas capitales se cumplan los criterios de disponibilidad establecidos con carácter general y, además, la oferta de medios de la Entidad supere los niveles mínimos establecidos.

B) Importe del incentivo. Se obtendrá aplicando la siguiente fórmula:

$$IAOSH (i) = Pm \times C(i) \times Q \times 12 \times PT(i) \times 0,10$$

Donde:

IAOSH (i) = Incentivo anual por amplitud de la oferta de servicios hospitalarios de la Entidad.

P_m = Cuota promedio mensual abonada por la asistencia del colectivo del ISFAS, adscrito a entidades de seguro con modalidad de asistencia completa, a 31 de diciembre del año anterior.

$C(i)$ = Colectivo total adscrito a la Entidad (i) en la modalidad de asistencia completa, a 1 de febrero del correspondiente año.

$PT(i)$ = Puntuación final asignada a cada Entidad por la amplitud de la oferta de servicios hospitalarios en las capitales incluidas en la evaluación.

$PT(i) = \sum p_n(i) = p_1(i) + p_2(i) + \dots + p_{13}(i)$, siendo p la puntuación de cada una de las capitales donde la oferta es evaluada.

Q = Coeficiente modulador que será de 0,040.

C) Requisitos específicos para la evaluación de la oferta. Para que pueda ser objeto de evaluación, la oferta de servicios en la correspondiente capital deberá cumplir los requisitos siguientes:

1) En el Catálogo de Servicios figurarán, al menos, el 50% de los centros hospitalarios con internamiento generales o médico-quirúrgicos de titularidad privada con más de 30 camas, existentes en la correspondiente capital, según los datos recogidos en el Catálogo Nacional de Hospitales, a 31 de diciembre de 2022.

En Madrid, la oferta incluirá al menos el 60% de los centros hospitalarios con internamiento generales o médico-quirúrgicos de titularidad privada existentes.

2) Los centros hospitalarios incluidos en el Catálogo de Servicios deberán facilitar una atención integral que alcanzará todas las especialidades del correspondiente Nivel asistencial de las que disponga, incluyendo los servicios de análisis clínicos, diagnóstico por imagen y otros servicios centrales.

D) Puntuación. Por la oferta de servicios de la Entidad de cada una de las capitales incluidas en la evaluación, donde se cumplan los requisitos exigidos, se asignará una puntuación que será el resultado de aplicar un factor de proporcionalidad (F) al coeficiente de la correspondiente capital:

$$p_n = N \mu_n \times F$$

Donde:

$p_n(i)$ = Puntuación asignada a la Entidad (i) por la oferta de servicios hospitalarios en la correspondiente capital n .

N = Número de Entidades de Seguro concertadas con el ISFAS.

μ_n = Coeficiente atribuido a la correspondiente provincia, ponderando su población, el colectivo del ISFAS y la amplitud de sus infraestructuras hospitalarias privadas.

$F = B(i) / B(t)$ Es un factor de proporcionalidad, siendo:

$B(i)$ = Colectivo de la Entidad en la provincia de la correspondiente capital, a 1 de febrero.

$B(t)$ = Colectivo en la provincia del conjunto de las Entidades que cumplen los requisitos exigidos, a 1 de febrero.

En la siguiente tabla se detallan los coeficientes atribuidos a cada capital incluida en la evaluación:

Capitales	COEF (μ)
Barcelona.	0,16
Bilbao.	0,04
Las Palmas.	0,06
Madrid.	0,33

Capitales	COEF (μ)
Málaga.	0,07
Palma de Mallorca.	0,05
Santa Cruz de Tenerife.	0,05
Sevilla.	0,09
Valencia.	0,09
Zaragoza.	0,06

7.4.7 Incentivo anual por la utilización de la receta electrónica del mutualista.

A) Condiciones generales. El objetivo de este incentivo es potenciar el uso de la receta electrónica frente a la utilización de la receta oficial del ISFAS en formato papel, con el fin de una mejora la calidad de la prestación farmacéutica al conseguir un seguimiento farmacoterapéutico más adecuado, así como ahorrar tiempo y desplazamientos al usuario, dando a su vez una mayor seguridad en el consumo de medicamentos al disminuir los posibles errores.

Para favorecer su uso, la valoración de estos incentivos se basará en el número de prescripciones mensuales en función del colectivo:

Número de prescripciones mensuales en porcentaje de colectivo

Tramo	Porcentaje inicial de tramo	Porcentaje final de tramo	Porcentaje importe incentivo
Tramo 1.	0	2	0
Tramo 2.	2	25	25
Tramo 3.	25	50	50
Tramo 4.	50	75	75
Tramo 5.	75	100	100

B) Importe del incentivo. El importe anual que percibirá la Entidad se obtendrá aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{IAREM (i)} = P_m \times C(i) \times Q \times 12 \times \text{Tr}(i) \times 0,15$$

Donde:

IAREM (i) = Incentivo anual por la utilización de la receta electrónica del mutualista.

P_m = Cuota promedio mensual abonada por la asistencia del colectivo del ISFAS, adscrito a entidades de seguro con modalidad de asistencia completa, a 31 de diciembre del año anterior.

$C(i)$ = Colectivo total adscrito a la Entidad (i) en la modalidad de asistencia completa, a 1 de febrero del correspondiente año.

$\text{Tr}(i)$ = Media aritmética de los porcentajes del importe del incentivo obtenidos en todos los meses del año, tomados de octubre a octubre. Para el año 2025 esta media se tendrá en cuenta desde el primer mes de la implantación de la receta electrónica.

Q = Coeficiente modulador que será de 0,040.

Relación de anexos.

1. Medios de asistencia en zonas rurales.
2. Servicios que precisan autorización previa de la Entidad.
3. Patologías con riesgo vital.

4. Sistema de información asistencial.
5. Registro de medios sanitarios.
6. Modalidad complementaria de atención primaria y de urgencias.
7. Asistencia sanitaria transfronteriza.
8. Relación de municipios de nivel I y II de atención especializada.

ANEXO 1

Medios de asistencia en zonas rurales

1. Normas generales. Para hacer posible la prestación de servicios sanitarios en las zonas rurales a los beneficiarios adscritos a la Entidad, el ISFAS podrá convenir con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas la prestación de los mismos, de acuerdo con la posibilidad prevista en el artículo 48 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

2. Habilitación al ISFAS.

Mediante la firma de este Concierto la Entidad concede su expresa y total autorización al ISFAS para convenir dichos servicios, que ampara también la autorización para las prórrogas que en su caso se puedan convenir.

La autorización no impedirá que las Entidades puedan suscribir por su parte acuerdos con idéntico objeto y ámbito con las administraciones competentes, siempre y cuando sus cláusulas no se opongan a lo dispuesto en este anexo.

3. Objeto. Los servicios que podrán figurar en dichos convenios son:

Servicios sanitarios de asistencia primaria en municipios de hasta 20.000 habitantes en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados suficientes.

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

4. Contenido.

4.1 Cada convenio será común para todas las Entidades firmantes del Concierto. El contenido asistencial, la contraprestación económica y la relación de municipios convenidos con las respectivas Comunidades Autónomas serán comunicados a cada una de ellas.

4.2 La contraprestación económica que se establezca en cada convenio podrá estipularse:

a) En función del colectivo afectado, mediante la fijación de un precio mensual por persona y tipo de servicio.

b) Por acto médico, mediante la aplicación de los precios públicos o tarifas que la correspondiente Comunidad Autónoma aplique por la prestación de servicios sanitarios u otros de menor cuantía que se puedan convenir.

4.3 El importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el punto 4.2 a), será satisfecho con cargo al precio que, una vez devengado y librado, el ISFAS debe abonar a cada Entidad por el presente Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma.

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.

También se podrá establecer que el importe final de cada convenio, conforme a lo previsto en el apartado 4.2. a) sea abonado directamente por la Entidad, en la forma que se determine en los convenios.

4.4 En aquellos convenios en los que la contraprestación económica, conforme a lo previsto en el punto 4.2 b), se estipule por acto médico, la Entidad procederá al pago directo a la respectiva Comunidad Autónoma en los términos que se estipulen en el convenio correspondiente.

En el supuesto de existir obligaciones económicas pendientes con alguna Comunidad Autónoma como consecuencia del pago directo o compromiso de pago por

la Entidad, el ISFAS procederá al abono de éstas, con cargo al importe que deba abonar a la Entidad por el Concierto, entendiéndose realizado el pago por cuenta de la misma, trasladándole la justificación correspondiente.

5. Medios para la asistencia en municipios de Comunidades Autónomas con las que no se haya formalizado convenio.

En los municipios de menos de 20.000 habitantes pertenecientes a Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado convenios de colaboración o éstos sólo tengan por objeto la asistencia sanitaria de urgencias, y en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados y no existan medios privados, ésta 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 la Entidad directamente los gastos que puedan facturarse.

ANEXO 2

Servicios que precisan autorización previa de la Entidad

1. Relación de Servicios que precisan autorizan autorización previa de la Entidad. De conformidad con lo previsto en la cláusula 3.6.3 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.
- d) Cuidados Paliativos a domicilio por Equipos de Soporte.

1.2 Técnicas diagnósticas, tratamientos y técnicas quirúrgicas.

- a) Cirugía ambulatoria.
- b) Odontología: Tartrectomía –limpieza de boca– Prótesis dentarias e implantes osteointegrados en accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos previstos en los apartados D), E) y F) de la cláusula 2.6.1.
- c) Rehabilitación, Fisioterapia y Logopedia.
- 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, Acelerador Lineal.
- g) Diagnóstico por imagen: Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética, Ortopantomografía, Mamografía, Radiología intervencionista, PET-TC, Gammagrafía, Doppler, Densitometría ósea y biopsia fusión.
- h) Estudios neurofisiológicos.
- i) Test y estudios neuropsicológicos.
- j) Estudio y tratamiento endoscópico.
- k) Cardiología: Estudios y tratamientos hemodinámicos.
- l) Obstetricia: Amniocentesis.
- m) Oftalmología: Retinografía y tratamiento láser. Tomografía Óptica de Coherencia. Tomografía Óptica con Láser Confocal (HTR – Heidelberg Retina Tomograph). Polarimetría. Láser GDX. Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) por Terapia Fotodinámica o Inyección intravítrea de antiangiogénicos.
- n) Tratamiento en Unidad de Dolor.
- o) Estudio y tratamiento en Unidad del Sueño.
- p) Litotricia renal.

q) Todas aquellas técnicas quirúrgicas y/o diagnósticas que se vayan incluyendo en la cartera de servicios (biopsia por fusión de imágenes, cirugía robótica, HIFU,...).

r) Estudios genéticos que estén reconocidos y aprobados en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

1.3 Psicoterapia.

1.4 Asistencia a médicos consultores.

1.5 Podología.

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

1.7 Los Servicios correspondientes a los centros hospitalarios privados no concertados a los que se refiere la cláusula 3.6.4.

2. Procedimiento para la obtención de la autorización previa.

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.

2.2 La Entidad dispondrá los recursos organizativos necesarios para facilitar que los titulares y beneficiarios del ISFAS que lo precisen, soliciten y 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 físicas o virtuales.

b) Telefónicamente.

c) A través de la página web de la Entidad.

d) Otros procedimientos telemáticos.

2.3 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:

1. Nombre y apellidos.

2. Número de tarjeta sanitaria.

3. Teléfono de contacto y/o correo electrónico.

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

1. Provincia en la que se realizará la prestación.

2. Identificación del servicio solicitado.

3. Fecha de prescripción.

4. Identificación del facultativo que realiza la prescripción, con firma del mismo.

5. Fecha prevista para la realización de la prestación, en su caso.

6. Centro sanitario en el que se realizará la prescripción, en su caso.

2.4 En el caso referido en el apartado 1.7. de este anexo, 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.

2.5 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 electrónico, mensaje o a través de la aplicación al teléfono móvil, cuando la solicitud se haya presentado por estos medios 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 o en la oficina virtual.

2.6 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 siete (7) días naturales 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 (10) días naturales.

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

- a) Carece de la prescripción del facultativo.
- b) Carece de la información necesaria, en cuyo caso deberá ponerse en contacto inmediatamente con el solicitante con el objeto de completar la que falte.
- c) Se refiere a una prestación no incluida en la Cartera de Servicios, en cuyo caso deberá informar al titular o beneficiario de esta circunstancia.

La denegación de prestaciones se producirá siempre por escrito y de manera motivada, a través de un medio que permita dejar constancia de su recepción.

2.8 Con el fin de facilitar el acceso a las prestaciones, la Entidad prestará asesoramiento a los beneficiarios que así lo soliciten.

2.9 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.
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. 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

Sistema de información asistencial. Registro de actividad-coste

Comprende la información sobre actividad ambulatoria, actividad hospitalaria, actividad de urgencias, actividad quirúrgica y sobre otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la información de medicamentos calificados de Uso Hospitalario sujetos a techo de gasto.

1. Información sobre Actividad ambulatoria

Con periodicidad trimestral, la Entidad comunicará al ISFAS los siguientes datos:

Tabla 1. Actividad de consulta médica

Especialidad	N.º de Consultas*	Coste
Medicina General Familiar.		
Pediatría.		
Alergología.		
Anestesiología y Reanimación.		
Angiología y Cirugía Vascul.		
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.		

Especialidad	N.º de Consultas*	Coste
Neumología.		
Neurocirugía.		
Neurología.		
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.

Tabla 2. Otra actividad ambulatoria

Actividad	N.º pacientes	N.º consultas/ sesiones/ servicios	Coste	Aportación usuario
D.U.E.				X
Matrona.				X
Fisioterapia.				X
Foniatría/Logopedia.				X
Psicoterapia.				X
Oxigenoterapia/Terapias Respiratorias.		X		X
Transporte sanitario.	X	X		X
– Transporte Sanitario no urgente.				
– Urgente.				X
Farmacia (V04, Uso Hospitalario).		X		X
Indemnizaciones: Pagos directos a Asegurados por utilización de medios no concertados, CMP, CMN, convenios de zona rural,...		X		X
Diálisis.	X	X		X
– Hemodiálisis.		X		X

Actividad	N.º pacientes	N.º consultas/ sesiones/ servicios	Coste	Aportación usuario
– Diálisis domiciliaria.		X		X
– Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD).		X		X

Tabla 3. Pruebas diagnósticas

Diagnóstico por imagen	N.º 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	N.º de determinaciones	Coste
– Bioquímica.		
– Endocrinología (determinaciones hormonales).		
– Genética.		
– Hematología.		
– Inmunología.		
– Microbiología.		
– Parasitología.		
– Otras determinaciones.		

Anatomía patológica	N.º de estudios	Coste
– Biopsias.		
– Citologías.		
– PAAF.		
– Otros.		

Medicina nuclear	N.º de estudios	Coste
– Gammagrafías.		
– PET.		
– Otros.		

Otras pruebas diagnósticas	N.º de estudios	Coste
Alergia.		
– Pruebas alérgicas.		
Cardiología.		
– ECG.		
– Ecocardiografía/Eco doppler.		
– Ergometría.		
– Holter.		
– Otros (excluye hemodinámica y electrofisiología).		
Digestivo.		
– Gastroscopias.		
– 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.		
– Biopsia Fusión.		
Otros*		

*Este apartado se utilizará cuando haya algún concepto que no tenga cabida en los anteriores.

2. Información sobre Actividad Hospitalaria

Tabla 5. Hospitalización convencional

Hospitalización convencional	N.º Ingresos		Estancias*		Coste	
	Centro concertado	Centro público	Centro concertado	Centro público	Centro concertado	Centro público
– Médica.						
– Quirúrgica.						
– Obstétrica.						
– Partos.						
– Cesáreas.						
– Pediátrica.						
– Salud Mental.						
– Cuidados intensivos.						
– Neonatología.						
– Unidad de Cuidados Paliativos.						

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

Tabla 6. Hospitalización de día y a domicilio

Hospital de Día*	N.º de pacientes	N.º de sesiones / días**	Coste
– Oncohematológico.			
– Psiquiatría.			
– Otros.			
Hospitalización a domicilio.			
Equipos de soporte domiciliario en cuidados paliativos.			
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 7. Información sobre actividad de urgencias

Tipo	N.º de urgencias	Coste
– Hospitalaria.*		
– Ambulatoria.**		

Tipo	N.º de urgencias	Coste
– 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 8. Actividad quirúrgica

Grupo	Descripción	N.º	Coste
Cirugía mayor.	Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización.	Robotizadas.	
		Otras.	
	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 9. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Descripción	N.º de procedimientos	Coste
Implante de neuroestimuladores intracraneales/epidurales.		
Radiocirugía simple.		
Radiocirugía fraccionada.		
Litotricias.		
Implantes cocleares.		
Radioterapia.		
Protonterapia.		
Hemodinámica cardiaca diagnóstica.		
Hemodinámica cardiaca terapéutica.		
– N.º total de stents.		
Estudios electrofisiológicos diagnósticos.		

Descripción	N.º de procedimientos	Coste
Estudios electrofisiológicos terapéuticos:		
– Ablación.		
– Implante/sustitución de desfibrilador.		
– Otros.		
Ciclos de Reproducción Humana Asistida.		
Micropigmentación areola y pezón.		
Otros.*		

* Este apartado se utilizará cuando exista algún concepto que no tenga cabida en los apartados anteriores.

6. Información sobre medicamentos de ámbito hospitalario a cargo de la Entidad

La Entidad deberá comunicar mensualmente al ISFAS, para su remisión al Ministerio de Sanidad, la información relativa al consumo de los medicamentos de Uso Hospitalario sujetos a techo de gasto dispensados a sus titulares y beneficiarios, mediante ficheros en formato Excel.

El fichero que se detalla en la Tabla 10, ajustándose al modelo de la Tabla 11, servirá para informar de los medicamentos de uso hospitalario prescritos a los afiliados del ISFAS:

Tabla 10. Medicamentos de Uso Hospitalario

Campo	Tipo de dato	Longitud	Descripción de los campos
ID paciente.	alfanumérico.	12	Código identificativo del paciente.
Código del Medicamento.	numérico.	6	Código Nacional del Medicamento dispensado.
Número de envases.	numérico.	1	Número de envases.
Fecha dispensación.	date.	7	Mes y año: mm-aaaa.
IDHosp.	alfanumérico.	6	Código del Hospital, recogido en el Catálogo Nacional de Hospitales.
IDProv.	numérico.	132	Código Provincia INE.
Denominación medicamento.	alfanumérico.	1	Denominación del medicamento.

El fichero que se detalla en la tabla 12 servirá para informar de los medicamentos de uso hospitalario sujetos a acuerdos de techo de gasto y precio-volumen, activos en cada momento, que han sido prescritos a los afiliados del ISFAS.

Tabla 11

ID paciente	Código Nacional Medicamento	Num_envases	Fecha dispensación	Hospital	Provincia	Denominación medicamento

El fichero que se detalla en la tabla 12 servirá para informar de los medicamentos de uso hospitalario sujetos a acuerdos de techo de gasto y precio-volumen, activos en cada momento, que han sido prescritos a los afiliados del ISFAS.

Tabla 12

Nombre del medicamento CN: XXXXXXX						
ID del paciente	N.º de envases	Código nacional	Fecha de dispensación	Centro hospitalario	Comunidad autónoma	Comentarios

7. Modificación de la estructura de los ficheros y tablas

El ISFAS podrá introducir modificaciones en la estructura de los ficheros y tablas que recogen la información de actividad/coste, medios sanitarios y medicamentos de ámbito hospitalario que tengan fijado un techo máximo de gasto, con el fin de actualizar sus contenidos o adecuarlos a necesidades sobrevenidas.

ANEXO 5

Registro de medios sanitarios

La información de los medios propios y concertados que la Entidad oferta para prestar el servicio de asistencia sanitaria a sus beneficiarios en el territorio nacional se enviará al ISFAS en formato electrónico. Además de los datos generales de la Entidad, ésta remitirá los datos que figuran en las siguientes tablas con el formato indicado.

Los datos enviados deben corresponder con todos los que consten en los catálogos de servicios editados. El ISFAS establecerá la periodicidad de actualización de los datos y proveerá un mecanismo sencillo de carga telemática de los mismos. Los datos de identificación profesional se deben adecuar a los establecidos por los distintos colegios y asociaciones profesionales.

La estructura de datos de localización en todas las tablas se corresponde con la estructura oficial del INE para su posible explotación mediante un sistema de información geográfica.

1. Tabla de datos generales. Contiene la información sobre los datos generales de la Entidad y del responsable técnico, con el que pueda contactar el ISFAS para la subsanación de posibles incidencias.

Campo	Tipo	Long.	Descripción
nombre_responsable.	alfanumérico.	50	Nombre del responsable técnico de la Entidad.
apellido1_responsable.	alfanumérico.	50	Primer apellido del responsable técnico de la Entidad.
apellido2_responsable.	alfanumérico.	50	Segundo apellido del responsable técnico de la Entidad.
correo_electrónico.	alfanumérico.	60	Dirección de correo electrónico del responsable técnico de la Entidad.
teléfono_responsable.	alfanumérico.	9	Teléfono del responsable técnico de la Entidad.
teléfono_información.	alfanumérico.	9	Teléfono de información general de la entidad.
teléfono_urgencias.	alfanumérico.	9	Teléfono único y gratuito de urgencias y de coordinación de recursos.
página_web.	texto.	60	Dirección de la página Web de la entidad.

2. Tabla de profesionales sanitarios: Contiene la información de todos los profesionales sanitarios concertados de la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada profesional.

Nombres	Tipo	Longitud	Descripción de los campos
CIF_NIF.	alfanumérico.	9	CIF o NIF del profesional.
Apellido1_profesional.	alfanumérico.	50	Primer apellido del profesional.
Apellido2_profesional.	alfanumérico.	50	Segundo apellido del profesional.
Nombre_profesional.	alfanumérico.	50	Nombre del profesional.
IDcolegiado.	numérico.	9	Número de colegiado. Obligatorio únicamente si la actividad profesional es 1 (médico).
IDProv.	numérico.	2	Código Provincia INE.
IDMun.	numérico.	5	Código Municipio INE donde realiza la actividad profesional.
IDEspec.	numérico.	3	(1) Código Especialidades según CMBD/SIFCO. Obligatorio si actividad profesional es 1 (médico).
Especialista.	texto.	75	Denominación de la especialidad. Obligatorio únicamente cuando el código de la especialidad sea igual a ZZZ.
Actividad_profesional.	alfanumérico.	1	1. Médico. 2. Profesional de enfermería. 3. Odontólogo. 4. Fisioterapeuta. 5. Psicólogo. 6. Logopeda. 7. Podólogo. 8. Otros.
CIF_Centro.	alfanumérico.	9	CIF del centro sanitario donde ejerce la actividad.
Clínica_Centro.	texto.	150	Clínica o Centro donde el profesional realiza su actividad (en su caso descripción idéntica que en Catálogo Nacional de Hospitales).
Dirección_tipo vía.	alfanumérico.	5	Tipo de vía del domicilio (códigos INE).
Dirección_nombre vía.	alfanumérico.	150	Nombre de la vía.
Dirección_número.	alfanumérico.	3	Número del domicilio de la vía.
Localidad.	alfanumérico.	50	Localidad donde esté ubicado el centro.
Código Postal.	alfanumérico.	5	Código Postal.
Correo_electrónico.	alfanumérico.	60	Dirección de correo electrónico del profesional.
Teléfono.	alfanumérico.	15	Teléfono de contacto del profesional.
Firma_electrónica.	booleano: s/n.	1	Disponibilidad de firma electrónica. S = Si; N = NO.
Prescripción_receta.	booleano: s/n.	1	Indica si puede prescribir receta o no. S = Si; N = No.
Telemedicina.	booleano: s/n.	1	Indica si hacen telemedicina o no, cualquier tipo. S= Si, N= No.

(1) Código de Servicios atención especializada CMBD/SIFCO.
 ALG Alergología.
 ACL Análisis clínicos.
 APA Anatomía patológica.
 ANR Anestesia y reanimación.
 ACV Angiología y cirugía vascular.
 DIG Aparato digestivo.

CAR Cardiología.
 CCA Cirugía cardíaca.
 CCI Cirugía cardíaca infantil.
 CGD Cirugía general y aparato digestivo.
 CMF Cirugía maxilofacial.
 CPE Cirugía pediátrica.
 CPL Cirugía plástica y reparadora.
 CTO Cirugía torácica.
 DER Dermatología médico-quirúrgica y venereología.
 RAD Radiodiagnóstico.
 END Endocrinología y nutrición.
 EST Estomatología.
 FAR Farmacia.
 GEN Genética.
 GRT Geriatría.
 GIN Ginecología.
 HEM Hematología y hemoterapia.
 HAD Hospitalización a domicilio.
 INM Inmunología.
 MFC Medicina Familiar y Comunitaria.
 MIV Medicina intensiva.
 MIN Medicina interna.
 MNU Medicina nuclear.
 MPR Medicina Preventiva.
 NEF Nefrología.
 NML Neumología.
 NRC Neurocirugía.
 NFC Neurofisiología clínica.
 NRL Neurología.
 OBG Obstetricia y ginecología.
 OFT Oftalmología.
 ONC Oncología médica.
 ONR Oncología radioterápica.
 ORL Otorrinolaringología.
 PED Pediatría.
 PSC Psicología.
 PSQ Psiquiatría.
 REH Rehabilitación.
 REU Reumatología.
 TRA Traumatología y cirugía ortopédica.
 URO Urología.
 UDO Unidad del dolor.
 URG Urgencias.
 OTR Otros.
 ZZZ Desconocido.

3. Tabla de Clínicas y hospitales. Contiene la información de todos los hospitales y clínicas (con internamiento) propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada hospital o clínica.

Nombres	Formato/Tipo	Longitud	Descripción de los campos
IDHosp.	alfanumérico.	6	Código del Hospital, recogido en el Catálogo Nacional de Hospitales.
Clínica_hospital.	texto.	150	Denominación de la clínica u hospital.
IDProv.	numérico.	2	Código Provincia INE.
Localidad.	alfanumérico.	150	Nombre de la localidad donde está ubicado el hospital o clínica.
Lista_atencionEsp.	alfanumérico.	-	Lista cartera servicios de Atención Especializada de la clínica.
Código Postal.	alfanumérico.	5	Código Postal.
Correo_electrónico.	alfanumérico.	60	Dirección de correo electrónico del centro.

4. Tabla de centros sanitarios sin internamiento. Contiene la información de todos los centros de asistenciales sin internamiento, propios o concertados por la Entidad. Se cumplimentará una fila por cada centro.

Nombres	Formato/Tipo	Longitud	Descripción de los campos
CIF_NIF.			
Clínica_centro.	texto.	150	Denominación.
IDProv.	numérico.	2	Código Provincia INE.
IDMun.	numérico.	3	Código Municipio INE donde realiza la actividad profesional.
Tipo_Centro.	alfanumérico.	5	Código establecido en el anexo I del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre. (1)
Dirección_TipoVia.	alfanumérico.	5	Tipo de vía del domicilio (códigos INE).
Dirección_Nombrevia	alfanumérico.	150	Nombre de la vía.
Dirección_Número.	alfanumérico.	20	Número del domicilio de la vía.
OTRDIR.	alfanumérico.	40	Otros datos de la dirección.
Código Postal.	alfanumérico.	5	Código Postal.
Correo_electrónico.	alfanumérico.	60	Dirección de correo electrónico del centro.
Teléfono.	alfanumérico.	15	Teléfono del centro.
Fax.	alfanumérico.		Fax del centro.
Tipo_Centro.	alfanumérico.	5	Código establecido en el anexo I del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre. (1)
OFServ_Médicos.	alfanumérico.	5	Oferta de servicios médicos. Código especialidades OMC.
OFTECDCO.	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.
 Servicios especialidades médicas:
 Se consignará el código CMBD/SIFCO.

5. Tabla de Delegaciones provinciales de la Entidad. Contiene los datos de información general de cada delegación provincial de la Entidad de Seguro. Se cumplimentará una fila por cada una de las delegaciones provinciales de la Entidad.

Campo	Tipo de dato	Longitud	Descripción de los campos
IDProv.	numérico.	2	Código Provincia INE.
Municipio.	alfanumérico.	6	Código Municipio INE.
Propia.	booleano.	1	Indicar si es propia.: S = Si; N = NO.
Nombre_responsable.	alfanumérico.	50	Nombre persona de contacto en la Delegación.
Apellido1_responsable.	alfanumérico.	50	Primer apellido persona de contacto en la Delegación.
Apellido2_responsable.	alfanumérico.	50	Segundo apellido persona de contacto.
Oficina_virtual.	booleano.	1	Indicar si dispone de Of. Virtual.: S = Si; N = NO.
Direccion_TipoVia.	alfanumérico.	5	Tipo de vía del domicilio (códigos INE).
Direccion_Nombrevia.	alfanumérico.	150	Nombre de la vía.
Direccion_Numero	alfanumérico.	20	Número del domicilio de la vía.
Código Postal	alfanumérico.	5	Código Postal.
Correo_electrónico.	alfanumérico.	60	Dirección de correo electrónico del centro.
Teléfono.	alfanumérico.	15	Teléfono de la Delegación Provincial.
Teléfono Urgencias.	alfanumérico.	9	Teléfono gratuito de Urgencias y de coordinación.
Telefono_ambulancias.	alfanumérico.	9	Teléfono del Servicio de ambulancias.

6. Modificación de la estructura de los ficheros y tablas. El ISFAS podrá introducir modificaciones en la estructura de los ficheros y tablas que recogen la información de actividad/coste, medios sanitarios y medicamentos de ámbito hospitalario que tengan fijado un techo máximo de gasto, con el fin de actualizar sus contenidos o adecuarlos a necesidades sobrevenidas.

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 la Red Hospitalaria de Defensa (Madrid 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 las Entidades que suscriban Concierto con este Instituto, siempre que así lo elijan los titulares.

Con este objeto, se define una modalidad asistencial complementaria: la Modalidad de Atención Primaria y de Urgencias (Modalidad C), a la 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 los municipios 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 municipios podrá ser modificada 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.

Salud bucodental.

Programas preventivos, en los mismos términos que lo especificado en la cláusula 2.11.2.

B) Con carácter general, se tendrá en cuenta que, cuando un beneficiario reciba asistencia de urgencia en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de Madrid o de la provincia de Zaragoza, 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 permita 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 del 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 o receta electrónica privada cuando este vigor, 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. En caso de receta electrónica privada, a través del programa informático correspondiente.

F) En ningún caso será objeto de cobertura la prestación farmacéutica ni los traslados en transporte sanitario 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, ecografía simple, así como las determinaciones analíticas incluidas en el Catálogo Básico de Pruebas Analíticas recogido en el Apartado Sexto, incluyendo la extracción de sangre en el domicilio de pacientes inmovilizados y envío de la muestra al laboratorio asignado.

Cuarto.

El precio a abonar por los servicios asistenciales correspondientes a la Modalidad de Atención Primaria y de Urgencias (Modalidad C) en 2025-2026, será el siguiente:

a) 22,64 euros por mes/año 2025 y 22,67 euros por mes/año 2026 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) 18,40 euros por mes/año 2025 y 18,42 euros por mes/año 2026 por cada beneficiario adscrito a la Modalidad C 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) 15,77 euros por mes/año 2025 y 15,79 euros por mes/año 2026 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.

Quinto.

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

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:

Zaragoza.

Sexto.

Procedimientos diagnósticos Básicos en Atención primaria (según OM pendiente de publicar).

- a) Anamnesis individual y familiar, y exploración física.
- b) Exploración función pulmonar: espirometría, medición del flujo espiratorio máximo, pulsioximetría y coximetría en la deshabitación tabáquica.
- c) Exploración cardiovascular: ECG, doppler para la medición del índice tobillo-brazo y dedo-brazo, monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y automonitorización de la presión arterial (AMPA).
- d) Exploraciones otorrinolaringológicas: otoscopia, otoscopia neumática, rinoscopia, laringoscopia indirecta, audiometría portátil, acimetría cualitativa y timpanometría/impedanciometría.
- e) Exploraciones oftalmológicas: medición agudeza visual y fondo de ojo, retinografía, tonometría, refractometría bilateral en niños, oftalmoscopia (incluyendo oftalmoscopia con luz de wood y tinción con fluoresceína).
- f) Pruebas en consulta para la determinación de:

Glucemia capilar.

INR (razón normalizada internacional) capilar.

Bilirrubinometría transcutánea.

Mantoux.

Test diagnóstico rápido de virus respiratorios (incluyendo gripe, covid, adenovirus, virus sincitial respiratorio y virus de Epstein-Barr).

Detección de Streptococcus Pyogenes.

Proteína C reactiva capilar.

Pruebas alérgicas: prick test, prueba Ig E específica.

Test de embarazo.

Tira de orina.

Detección de tóxicos en orina.

Marcadores cardiovasculares: test de troponina, NT-proBNP, dimero D.

g) Otras: dermatoscopia, podoscopia y escoliómetro, ecografía clínica, poligrafía respiratoria domiciliaria, test psicoafectivos y sociales, de morbilidad y de calidad de vida, ...

Séptimo.

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.
Fibrinógeno.
INR.

00-Bioquímica sangre I.

Glucosa.
Urea.
Creatinina.
Ácido úrico.
Colesterol total.
Triglicéridos.
HDL-Colesterol.
LDL-Colesterol.
Bilirrubina total.
Bilirrubina directa.
Bilirrubina indirecta.
GOT/AST.
GPT/ALT.
GGT.
Amilasa.
Fosfatasa alcalina.
CPK.
LDH.
Calcio.
Fósforo.
Hierro.
Ferritina.
Transferrina.
I. S. Transferrina.
Sodio.
Potasio.
Proteínas totales.
Factor reumatoideo.
Proteína C reactiva.
ASLO.
Albúmina.
Proteinograma.

01. Bioquímica especial.

Hemoglobina Glicosilada.

01. Serología.

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.

02. Orina.

Sistemático de orina.

Test de embarazo.

Microalbuminuria.

02. Bioquímica. Orina de 24 horas.

Glucosa (Orina).

Creatinina (Orina).

Urea (Orina).

Ácido úrico (Orina).

Calcio (Orina).

Alfa amilasa (Orina).

Fosfato inorgánico.

Sodio (Orina).

Potasio (Orina).

Proteínas (Orina).

03. Varios.

Sangre oculta en heces.

ANEXO 7

Asistencia Sanitaria Transfronteriza

De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 4.5, la Entidad se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme a lo previsto en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, respecto a las prestaciones incluidas en la cartera de servicios que es objeto del Concierto. El ejercicio del derecho por parte de los beneficiarios, su alcance, las condiciones, requisitos y procedimiento para el reembolso de los gastos por dicha asistencia se establecen en este anexo.

La asistencia sanitaria transfronteriza es aquella que se recibe cuando el beneficiario decide acudir a servicios sanitarios ubicados en otro Estado Miembro de la Unión Europea. Por tanto, no incluye los supuestos de estancia temporal en que, por razones médicas sobrevenidas, el beneficiario haya recibido asistencia sanitaria, cuya cobertura, con carácter general, corresponde al ISFAS directamente o a través de los mecanismos de coordinación con las instituciones del resto de Estados Miembros.

La asistencia sanitaria transfronteriza no incluye los gastos conexos o prestaciones accesorias o complementarias.

1. Normas Generales

1.1 Contenido: La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad comprende las prestaciones sanitarias que conforman la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y cuya cobertura corresponda a la Entidad de acuerdo con lo establecido en el capítulo 2 del Concierto.

Cuando en el proceso asistencial transfronterizo se generen gastos por la dispensación ambulatoria de medicamentos, productos dietéticos, y otros productos sanitarios objeto de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, así como de material ortoprotésico, en su caso, el reembolso de los mismos será a cargo del ISFAS en los términos previstos en la normativa específica que regula estas prestaciones.

Están excluidas aquellas prestaciones que expresamente menciona el citado Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, como son:

- Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias.
- La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante.
- Los programas de vacunación pública contra enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución, sin perjuicio de los relativos a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea.

En ningún caso serán objeto de reembolso los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en territorio nacional por medios distintos a los asignados por el ISFAS al beneficiario a través de este Concierto.

En el caso de los tratamientos incluidos en el apartado 2.1 de este anexo será necesario haber obtenido autorización previa, conforme al procedimiento previsto en el apartado 2.2.

1.2 Modalidad. La modalidad de cobertura será a través del reembolso de gastos mediante la aplicación de las tarifas aprobadas por el ISFAS, sin exceder del coste real de la asistencia efectivamente prestada, y con los límites, términos, condiciones y requisitos establecidos.

1.3 Otras obligaciones de la Entidad: Los medios de la Entidad facilitarán el acceso de los beneficiarios que busquen asistencia sanitaria transfronteriza a su historial médico o, al menos, a una copia del mismo.

Con independencia del derecho al reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que resulte necesario, la Entidad facilitará el seguimiento posterior del beneficiario, a través de los correspondientes servicios concertados, en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiera llevado a cabo por medios de la Entidad.

2. Prestaciones sanitarias sujetas a autorización previa y procedimiento para su obtención

2.1 La autorización previa del ISFAS será imprescindible para que pueda obtenerse el reembolso de los gastos correspondientes, en el caso de las prestaciones para las que se establezca la exigencia de autorización previa en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, en consonancia con lo dispuesto en la Directiva 2011/UE/24, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo.

2.2 La solicitud de autorización se presentará ante el ISFAS que, en su caso, emplazará a la Entidad para que, en un plazo máximo de diez días naturales, emita informe en el que se ponga de manifiesto:

- a) Si la asistencia requerida por el beneficiario puede llevarse a cabo en territorio nacional, en los términos estipulados en el Concierto, especificando en este caso los medios o servicios asignados al efecto.
- b) El plazo en el que podría iniciarse la asistencia.

2.3 A la vista del informe emitido por la Entidad, o transcurrido el plazo de diez días sin que se haya recibido el mismo, el ISFAS procederá a dictar resolución motivada sobre la solicitud del beneficiario, autorizando o denegando la asistencia, en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha de recepción de la solicitud, que se notificará al interesado y contra la que podrá interponerse recurso de alzada, ante la persona titular del Ministerio de Defensa, de acuerdo con lo previsto en el artículo 112 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La autorización podrá denegarse en los casos y por las causas establecidas en el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, entre ellos cuando la atención sanitaria pueda prestarse en territorio nacional, en los términos estipulados en el Concierto, en un plazo que sea médicamente justificable, supuesto en el que la resolución debe hacer constar los medios asignados para la prestación de la asistencia solicitada.

3. Procedimiento para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza

3.1 El procedimiento se iniciará a instancia del interesado. No obstante, podrá iniciarse de oficio por el ISFAS, cuando el interesado haya presentado una solicitud de reintegro de gastos en el exterior y en la instrucción del expediente se considere que es objeto de asistencia sanitaria transfronteriza.

3.2 La solicitud de reembolso se presentará por el interesado ante el ISFAS, en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida, acompañada de la documentación exigible, conforme al procedimiento establecido en la regulación específica.

En el caso de los tratamientos incluidos en el apartado 2.1 de este anexo será necesario hacer referencia a la existencia de la autorización previa.

3.3 Recibida la solicitud y demás documentación requerida, una vez realizadas las comprobaciones necesarias, incluida si fuera necesaria la subsanación por defecto de la solicitud o falta de la documentación, el ISFAS dictará resolución, que se notificará al interesado y a la Entidad, y contra la que podrá interponerse recurso de alzada de alzada, ante la persona titular del Ministerio de Defensa, de acuerdo con lo previsto en el artículo 112 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

3.4 Siempre que se reconozca el derecho al reembolso, el ISFAS procederá al pago al interesado y, repercutirá su importe a la Entidad, conforme al procedimiento establecido en la cláusula 6.5.4.

ANEXO 8

Relación de municipios de nivel I de atención especializada

Provincia	Municipios y agrupaciones del nivel I
A Coruña.	Arteixo 33076 13 km.
A Coruña.	Cambre.
A Coruña.	Culleredo 30790 12 km.
A Coruña.	Ribeira.
Albacete.	Almansa.
Albacete.	Villarrobledo.
Alicante.	Campello, El/Muxamel.
Alicante.	Sant Joan d' Alacant/Sant Vicente de Raspeig.
Almería.	Adra.
Almería.	Nijar 31816 46 km.
Almería.	Huércal-Overa 20093.
Asturias.	Castrillón.
Barcelona.	Castellar del Vallés 24933.
Barcelona.	Franqueses del Vallés, Les 20493.
Barcelona.	Masnou, el 23829.
Barcelona.	Pineda del Mar 28093.
Barcelona.	Premia de Mar 28518.
Barcelona.	Sant Quirze del Vallés 20180.
Barcelona.	Sant Just D'Esvern.
Barcelona.	Santa Perpetua de Moguda 25930.
Barcelona.	Vilassar de Mar.
Barcelona.	Esparreguera/Martorell/Olessa de Monserrat.
Barcelona.	Igualada.
Barcelona.	Molins de Rei/Sant Andreu de la Barca/Sant Vicenc dels Horts.
Barcelona.	Premiá de Mar.
Barcelona.	Sitges.
Bizkaia.	Barakaldo.
Bizkaia.	Portugalete/Santurzi/Sestao.
Cádiz.	Barbate.
Cádiz.	Conil de la Frontera.
Cádiz.	Rota.
Cantabria.	Camargo 30374 13 km de Santander.
Cantabria.	Piélagos.
Castellón.	Almazora 27383.
Castellón.	Benicarló/Vinarós.

Provincia	Municipios y agrupaciones del nivel I
Castellón.	Burriana 35019 13 km de Castellón.
Castellón.	Villa Real/Onda 51369/25099 7,5 km. de Castellón.
Córdoba.	Cabra.
Córdoba.	Montilla.
Córdoba.	Palma del Río.
Córdoba.	Priego de Córdoba.
Girona.	Bañolas 20187.
Girona.	Blanes/Lloret de Mar.
Girona.	Palafrugell 23396.
Girona.	Rosas 20140.
Girona.	San Felú de Guixols 22149.
Granada.	Almuñécar.
Granada.	Armilla.
Granada.	Baza.
Granada.	Gavias, Las.
Granada.	Loja.
Granada.	Maracena.
Guadalajara.	Azuqueca de Henares 35182 15 km.
Huelva.	Aljaraque.
Huelva.	Almonte.
Huelva.	Ayamonte.
Huelva.	Cartaya/Isla Cristina/Lepe.
Huelva.	Moguer.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Marratxi.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Alcudia 20717.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Marrachí 38902 12 km de Palma.
Illes Balears.	(Isla de Menorca) Mahón.
Jaén.	Alcalá la Real.
Jaén.	Martos.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Agüimes 27310.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Arucas 35280 13 km de las Palmas.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Gáldar.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) La Oliva 20084.
Madrid.	Arroyomolinos 35972.
Madrid/Toledo.	Ciempozuelos/Seseña.
Madrid.	Mejorada del Campo 24274.
Madrid.	Navalcarnero.
Madrid.	Paracuellos del Jarama

Provincia	Municipios y agrupaciones del nivel I
Madrid.	San Martín de la Vega 20304.
Madrid.	Villaviciosa de Odón.
Málaga.	Cártama.
Málaga.	Alhaurín el Grande/Coín.
Málaga.	Nerja.
Murcia.	Alcantarilla.
Murcia.	Alhama de Murcia/Totana.
Murcia.	Archena 20110.
Murcia.	Caravaca de la Cruz.
Murcia.	Jumilla.
Murcia.	Mazarrón.
Murcia.	Unión, La 20897.
Pontevedra.	Estrada, A.
Pontevedra.	Cangas.
Pontevedra.	Lalín.
Pontevedra.	Marín.
Pontevedra.	Ponteareas.
Pontevedra.	Porriño 20408.
Pontevedra.	Redondela.
Rioja, La.	Calahorra.
Sevilla.	Bormujos.
Sevilla.	Camas.
Sevilla.	Carmona.
Sevilla.	Coria de Río.
Sevilla.	Lebrija.
Sevilla.	Mairena del Alcor.
Sevilla.	Mairena del Aljarafe.
Sevilla.	Morón de la Frontera.
Sevilla.	La Rinconada.
Sevilla.	San Juan de Aznalfarache.
Sevilla.	Tomares.
Tarragona.	Calafell 29102.
Tarragona.	Salou/Vila Seca.
Tarragona.	Valls 24727.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Candelaria.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Guía de Isora 21711.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Güimar.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Icod de los Vinos.

Provincia	Municipios y agrupaciones del nivel I
Tenerife.	(Isla de Tenerife) San Miguel de Abona 21915.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Tacoronte.
Tenerife.	(Isla de la Palma) Llanos de Aridane, Los.
Toledo.	Seseña 28102.
Valencia.	Alaquas/Aldaia/Xirivella.
Valencia.	Alboraya.
Valencia.	Alfajar.
Valencia.	Algemesí.
Valencia.	Bétera.
Valencia.	Catarroja.
Valencia.	Cullera.
Valencia.	Mislata 44282 6'8 km de Valencia.
Valencia.	Moncada.
Valencia.	Paiporta.
Valencia.	Lliria/Pobla de Valbona.
Valencia.	Paiporta 26567.
Valencia.	Requena.
Valencia.	Ribarroja de Túria.
Valencia.	Sueca.
Valencia.	Picasent/Torrent.
Valencia.	Xàtiva.
Valencia.	Xirivella 30326 A 6,2 km de Valencia.
Valladolid.	Arroyo de la Encomienda.
Valladolid.	Laguna del Duero.
Valladolid.	Medina del Campo.
Valladolid.	Arroyo de la Encomienda 21369.

Relación de municipios de nivel II de atención especializada

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel II
A Coruña.	Oleiros.
A Coruña.	Carballo 31432 36 km de la Coruña.
Albacete.	Hellín.
Alicante.	Alcoy/Alcoi/Ibi.
Alicante.	Alfàs del Pi/Altea/Benidorm/Calp/Villajoyosa/Vila Joiosa, La.
Alicante.	Torre Vieja/Almoradí.
Alicante.	Denia/Jávea/Xàbia.
Alicante.	Elche/Elx/Aspe/Crevillent/Novelda/Santa Pola.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel II
Alicante.	Elda/Petrer/Villena.
Alicante.	Orihuela.
Almería.	Ejido, El.
Almería.	Nijar 31816 46 km de Almería.
Almería.	Roquetas de Mar/Vicar.
Asturias.	Avilés.
Asturias.	Langreo/Mieres.
Asturias.	Siero.
Badajoz.	Don Benito/Villanueva de la Serena.
Barcelona.	Badalona/Santa Coloma de Gramanet/Sant Adrià de Besòs.
Barcelona.	Barbera del Vallés/Ripollet/Cerdenyola del Vallés.
Barcelona.	Castelldefels/Gavá/Viladecans.
Barcelona.	Granollers/Mollet del Vallés/Moncada i Reixac.
Barcelona.	Hospitalet de Llobregat/Cornellá de Llobregat/Sant Boi de Llobregat.
Barcelona.	Manlleu/Vic.
Barcelona.	Mataró/Vilassar de Mar.
Barcelona.	Sant Perez de Ribes 31688 a 41 km de Barcelona.
Barcelona.	Sitges 31222 a 39 km de Barcelona.
Barcelona.	Rubí/Sant Cugat del Vallés/Terrassa.
Barcelona.	Sabadell.
Barcelona.	Sant Feliu de Llobregat/Sant Joan Despí/El Prat de Llobregat/Esplugues de Llobregat.
Barcelona.	Villafranca del Penedés.
Barcelona.	Vilanova i La Geltrú/El Vendrell.
Tarragona.	
Bizkaia.	Getxo/Leioa.
Burgos.	Aranda de Duero.
Burgos.	Miranda de Ebro.
Cáceres.	Plasencia.
Cádiz.	Arcos de la Frontera 30953 35 km de Nivel III (agrupación Jerez- Puerto Santa María) y 64 de Cádiz.
Cádiz.	Chiclana de la Frontera/Puerto Real.
Cádiz.	San Roque 33018 a 109 km de Cádiz y a 14 km de una agrupación nivel III (Algeciras-la línea).
Cádiz.	Sanlúcar de Barrameda.
Cantabria.	Torrelavega.
Cantabria.	Castro Urdiales 33109 32 km a Bilbao y 68 km Santander.
Castellón.	Benicarlo/Vinarós.
Castellón.	Vall de Uxo 31.664 y a 28 km nivel III.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel II
Ciudad Real.	Alcázar de San Juan.
Ciudad Real.	Puertollano.
Ciudad Real.	Tomelloso.
Ciudad Real.	Valdepeñas.
Córdoba.	Lucena/Puente Genil.
Girona.	Figueres.
Girona.	Olot.
Granada.	Motril.
Gipúzkoa.	Irún/Errenteria.
Illes Balears.	(Isla de Ibiza) Eivissa/Santa Eulalia de Ríu/Sant Josep de sa Talaia/Sant Antoni de Portmany.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Calviá.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Inca.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Lluçmajor.
Illes Balears.	(Isla de Mallorca) Manacor.
Jaén.	Andújar.
Jaén.	Linares.
Jaén.	Úbeda.
Las Palmas.	(Isla de Fuerteventura) Puerto del Rosario/La Oliva.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Santa Lucía de Tirajana/San Bartolomé de Tirajana.
Las Palmas.	(Isla de Gran Canaria) Telde/Agüimes/Ingenio.
Las Palmas.	(Isla de Lanzarote) Arrecife.
León.	Ponferrada.
Madrid.	Alcobendas/Algete/San Sebastián de los Reyes.
Madrid.	Aranjuez.
Madrid.	Arganda del Rey/Rivas-Vaciamadrid/Mejorada del Campo.
Madrid.	Colmenar Viejo/Tres Cantos.
Madrid.	Collado Villalba/Galapagar/Torrelodones.
Madrid.	Coslada/San Fernando de Henares.
Madrid.	Getafe/Parla.
Madrid.	Leganés.
Madrid.	Pinto/Valdemoro.
Málaga.	Alhaurín de la Torre.
Málaga.	Antequera.
Málaga.	Benalmádena/Torremolinos.
Málaga.	Estepona.
Málaga.	Marbella/Fuengirola/Mijas.
Málaga.	Rincón de la Victoria/Velez-Málaga.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel II
Málaga.	Ronda.
Murcia.	Águilas.
Murcia.	Cieza/Molina de Segura/Las Torres de Cotillas.
Murcia.	Yecla.
Murcia. Alicante.	Pilar de la Horadada (Alicante)/San Javier/San Pedro del Pinatar/Torre-Pacheco.
Navarra.	Tudela.
Pontevedra.	Vilagarcía de Arousa.
Sevilla.	Dos Hermanas/Alcalá de Guadaira/Los Palacios y Villafranca.
Sevilla.	Écija.
Sevilla.	Utrera.
Tarragona.	Amposta/Tortosa.
Tarragona.	Cambrils/Reus.
Tarragona.	Vendrell, El 39072 33 km de Tarragona.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) Arona/Adeje/Granadilla de Abona.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) La Orotava/Puerto de la Cruz/Los Realejos.
Tenerife.	(Isla de Tenerife) San Cristóbal de la Laguna.
Toledo.	Illescas 31.319 a 38 km de Toledo y de Madrid.
Valencia.	Alzira/Carcaixent.
Valencia.	Burjassot/Manises/Mislata/Quart de Poblet/Paterna.
Valencia.	Ontinyent.
Valencia.	Sagunto.

Relación de municipios del nivel III de atención especializada

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel III
A Coruña.	Ames/Santiago de Compostela.
A Coruña.	Ferrol/Narón.
Almería.	Almería.
Araba/Álava	Vitoria-Gasteiz.
Asturias.	Gijón.
Ávila.	Ávila.
Badajoz.	Almendralejo/Mérida.
Barcelona.	Manresa.
Barcelona.	Terrasa/Sabadell.
Burgos.	Burgos.
Cáceres.	Cáceres.
Cádiz.	Algeciras/Barrios, Los/Línea de la Concepción, La.

Provincia	Municipios y agrupaciones nivel III
Cádiz.	Cádiz/San Fernando.
Cádiz.	Jerez de la Frontera/Puerto de Santamaría, El.
Castellón/Castelló.	Almazora/Almassora/Castellón de la Plana/Castelló de la Plana.
Ceuta.	Ceuta.
Ciudad Real.	Ciudad Real.
Cuenca.	Cuenca.
Gipuzkoa.	San Sebastián/Donostia.
Girona.	Gerona/Salt.
Guadalajara.	Guadalajara.
Huelva.	Huelva.
Huesca.	Huesca.
Jaén.	Jaén.
León.	León/San Andrés del Rabanedo.
Lleida.	Lleida.
Lugo.	Lugo.
Madrid.	Alcalá de Henares/Torrejón de Ardoz.
Madrid.	Alcorcón/Fuenlabrada/Móstoles.
Madrid.	Boadilla del Monte/Majadahonda/Rozas de Madrid, Las.
Madrid.	Pozuelo de Alarcón.
Melilla.	Melilla.
Murcia.	Cartagena.
Murcia.	Lorca.
Ourense.	Ourense.
Palencia.	Palencia.
Pontevedra.	Pontevedra.
Salamanca.	Salamanca.
Segovia.	Segovia.
Soria.	Soria.
Tarragona.	Tarragona.
Teruel.	Teruel.
Toledo.	Talavera de la Reina.
Toledo.	Toledo.
Valencia/València.	Gandía/Oliva.
Zamora.	Zamora.