

### III. OTRAS DISPOSICIONES

#### MINISTERIO DE DEFENSA

- 2741** *Resolución 420/38015/2011, de 31 de enero, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica la Cláusula Adicional de modificación al Convenio de colaboración con la Comunidad de Madrid, en materia de asistencia sanitaria y para la realización de determinadas actuaciones en el terreno de la formación, de la participación de la sociedad civil en la defensa nacional y de la optimización de los recursos sanitarios.*

Suscrito el 21 de diciembre de 2010 el convenio de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid, en materia de asistencia sanitaria y para la realización de determinadas actuaciones en el terreno de la formación, de la participación de la sociedad civil en la defensa nacional y de la optimización de los recursos sanitarios, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procede la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» de dicha cláusula, que figura como anexo de esta resolución.

Madrid, 31 de enero de 2011.—El Secretario General Técnico del Ministerio de Defensa, Antonio Bueno Rodríguez.

#### ANEXO

**Cláusula adicional de modificación al Convenio de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid, en materia de asistencia sanitaria y para la realización de determinadas actuaciones en el terreno de la formación, de la participación de la sociedad civil en la defensa nacional y de la optimización de los recursos sanitarios**

En Madrid, a 21 de diciembre de 2010.

Ante la presencia de la Excm. Sra. Ministra de Defensa, doña Carme Chacón Piqueras, y la Excm. Sra. Presidenta de la Comunidad de Madrid, doña Esperanza Aguirre Gil de Biedma,

#### REUNIDOS

De una parte, el Excmo. Sr. don Juan Manuel Montero Vázquez, Inspector General de Sanidad de la Defensa, quién actúa por delegación de firma expresa para este acto de la Ministra de Defensa, con arreglo al artículo 16 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

De otra, la Ilma. Sra. doña Patricia Flores Cerdán, Viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, actuando en virtud de las competencias que le otorga el artículo 4.3 b) de la Ley 8/1999, de 9 de abril, de adecuación de la normativa de la Comunidad de Madrid a la ley estatal 4/1999, de 13 de enero, y artículo 23.2 a) del Decreto 24/2008, de 3 de abril, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, y el Acuerdo del Consejo de Administración del Servicio Madrileño de Salud, de 9 de mayo de 2008 (corrección de errores de 7 de julio de 2008), por el que se delega en el titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, la competencia en materia de Convenios.

Ambos intervienen en nombre y representación de las instituciones señaladas, reconociéndose capacidad jurídica suficiente para suscribir la presente Cláusula Adicional al convenio de colaboración y

#### MANIFIESTAN

Primero.—Que es voluntad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid poner a disposición de los vecinos de los distritos de Carabanchel y Latina, así como de cualquier ciudadano madrileño que lo desee, los servicios del Hospital Central de la Defensa.

Segundo.—Que es voluntad del Ministerio de Defensa colaborar con la Comunidad de Madrid para que el Hospital Central de la Defensa dotado con una amplia cartera de servicios y de los últimos avances tecnológicos pueda pertenecer a la Red Sanitaria de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid.

Tercero.—Que el Convenio de colaboración firmado con fecha 13 de abril de 2007, establece en sus Cláusula Décima y apartado 2 de la Cláusula Segunda que el Ministerio de Defensa y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, podrán suscribir cláusulas adicionales al Convenio cuando las necesidades asistenciales y demás materias objeto de colaboración así lo aconsejen, en las que podrán establecer adiciones, supresiones o modificaciones al mismo en lo que respecta a las variables técnicas, asistenciales, económicas y de cualquier otra índole.

Cuarto.—Que el apartado 1.1 de su Cláusula Segunda, «Alcance y características de la colaboración en materia de asistencia sanitaria», establece que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, iniciará un proceso de análisis y evaluación para la adscripción voluntaria de población al Hospital Central de la Defensa y de los recursos y reformas a incorporar por el Hospital, para su adecuación a la Red Hospitalaria pública de la Comunidad de Madrid. Este proceso y su entrada en vigor se formalizará en Cláusula Adicional al Convenio, e implica el compromiso de la Consejería de Sanidad de ofertar la adscripción voluntaria a este Hospital, aplicando criterios de proximidad, negociándose paralelamente la forma de financiación de la misma.

Quinto.—Que en el apartado 1.2.i) de la misma Cláusula Segunda al Convenio, relativa a las áreas de colaboración asistencial, se especifica que se incluirán Cuantas otras prestaciones sanitarias estén incluidas en la cartera de servicios del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» y puedan necesitarse por el Sistema Público Sanitario de la Comunidad de Madrid y así se especifique en la Cláusula Adicional que al efecto se suscriba.

Sexto.—Que en el apartado 2 de la Cláusula Sexta Financiación. Régimen económico en materia de asistencia sanitaria. Facturación de servicios de asistencia sanitaria, se establece que en el supuesto de formalización de cláusulas adicionales que contemplen nuevas prestaciones/procedimientos, el establecimiento de las tarifas se aproximará a los costes reales del servicio a realizar y a la normativa de la Comunidad de Madrid sobre condiciones económicas aplicables a la prestación de servicios concertados.

Séptimo.—Que una vez finalizados los estudios realizados por la Consejería de Sanidad en orden a la adscripción de población al Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» y realizadas las adecuaciones necesarias para la incorporación del mismo a la red hospitalaria pública de la Comunidad de Madrid, es necesario establecer una nueva regulación de las prestaciones de servicios y forma de financiación del Convenio y ambas Entidades manifiestan su voluntad concordante para la formalización de la presente Cláusula Adicional de acuerdo a las siguientes

#### ESTIPULACIONES

Primera. *Objeto del Convenio.*—El Ministerio de Defensa colaborará a través del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» en la prestación de asistencia sanitaria especializada a los beneficiarios del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid con el alcance y prestaciones de naturaleza directa que establece 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.

Segunda. *Cartera de Servicios.*—La oferta asistencial de Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» al Servicio Madrileño de Salud viene determinada por su cartera de servicios, que se incorpora como anexo II del presente Convenio. La inclusión en el Convenio de servicios asistenciales distintos de los expresados en el anexo citado requerirá aprobación previa de la Consejería de Sanidad.

Cualquier modificación de la cartera de servicios de obligado cumplimiento para la asistencia sanitaria distinta de la incorporada en el anexo II se financiará de acuerdo con las condiciones económicas que convengan ambas partes.

Tercera. *Ámbito de la asistencia.*—El Hospital Central de la Defensa prestará asistencia sanitaria de Atención Especializada a:

Población correspondiente a los Centros de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud, que aquí se relacionan correspondientes a los distritos de Carabanchel y Latina, según el registro de Tarjeta Individual Sanitaria de 31 de diciembre de 2009.

Población que haya ejercido su derecho a la libre elección de hospital y médico en los términos establecidos.

Beneficiarios del Sistema Nacional de Salud desplazados desde cualquier parte del territorio español que sean derivados por los dispositivos de Atención Primaria correspondientes.

Se incluye la asistencia de carácter urgente a pacientes de cualquier procedencia, así como la asistencia que, con este carácter, se preste a la población a la que le sea de aplicación lo establecido en la Ley 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Caso de existir un tercero obligado al pago por razón de seguro privado, mutua profesional, etc. la asistencia prestada será facturada a éste.

Asimismo se incluyen las interconsultas y pruebas diagnósticas contempladas en el pacto, que se establecerá, entre el órgano competente de la Consejería de Sanidad y el centro sanitario, están recogidas en los anexos correspondientes. Dicha actividad corresponde a la que soliciten los profesionales de Atención Primaria asignados, con arreglo a los criterios establecidos en el mismo anexo.

La asistencia relacionada con el Título IV, artículo 27, apartado 9 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (que establece el derecho a la libre elección de médico y centro y a una segunda opinión).

El acceso ordinario de los pacientes se efectuará mediante Parte de Interconsulta (PIC) o su equivalente informático, emitido por el médico de Atención Primaria, o según la documentación que para otros supuestos establezca el órgano competente de la Consejería de Sanidad

El Hospital Central de la Defensa no podrá rechazar ninguna asistencia que se encuentre prevista en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. De no existir la prestación en su propia Cartera de Servicios, el Centro Sanitario se encargará de canalizar al paciente al dispositivo oportuno, público o concertado del Servicio Madrileño de Salud, en la forma establecida por el órgano administrativo correspondiente.

Si en determinadas circunstancias el centro no pudiera proporcionar alguna de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios contratada, deberá ponerlo en conocimiento del Servicio Madrileño de Salud, y responsabilizarse, en todo caso, de la asistencia y gastos que se generen.

Zonas Básicas de Salud asignadas: El Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» será el centro de referencia para la población con derecho a asistencia sanitaria por parte del Servicio Madrileño de Salud de las Zonas Básicas que a continuación se especifican y cuya población se estima en 112.000 tarjetas sanitarias:

ZBS	Centro de Salud
Puerta Bonita . . . . .	C.S. Puerta Bonita.
Vista Alegre . . . . .	C.S. Nuestra Señora de Fátima.
Los Yébenes. . . . .	C.S. Yébenes.

También se incluye en el ámbito poblacional de este Convenio una población de 5.463 habitantes adscritos a la Zona Básica de Salud de Los Cármenes, delimitada por la Avenida de Nuestra Señora de Valvanera y correspondiente a las secciones censales 10.082, 10.083, 10.084, 10.085 y 10.086.

Con el objeto de facilitar la accesibilidad al centro de estos pacientes, el Hospital Central de la Defensa tendrá abiertas tanto la puerta de acceso a la Glorieta del Ejército del distrito de Carabanchel como a la de la calle Yébenes del distrito de Latina.

Cuarta. *Modalidades de prestación de servicios por centro sanitario.*—Las modalidades de prestación de servicios serán las siguientes:

Hospitalización medico-quirúrgica.  
Urgencias (con o sin ingreso posterior).  
Consultas externas:

Primeras.  
Sucesivas.  
Primeras de Alta Resolución.

Actividad quirúrgica mayor ambulatoria (C.M.A.).  
Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios.  
Hospital de Día:

Oncohematológico (estancias).  
Médico (estancias).  
Psiquiátrico (estancias).

Procedimientos de valoración singular:

Hemodiálisis en Hospital.  
Diálisis domiciliaria.  
Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD).  
Radioterapia y braquiterapia.  
Estudio polisomnográfico.  
Extracción de órganos y tejidos e implante de tejidos.  
Litotricia.  
Hemodinámica terapéutica ambulatoria.  
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria  
Radiocirugía simple.  
Radiocirugía fraccionada.  
Radiología intervencionista vascular diagnóstica ambulatoria.  
Radiología intervencionista vascular terapéutica ambulatoria.

Todas aquellas técnicas diagnósticas contempladas en el Catálogo de Pruebas disponibles desde Atención Primaria.

Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario:

Pacientes VIH en tratamiento con antirretrovirales  
Pacientes en tratamiento biterapia hepatitis viral C  
Pacientes en tratamiento esclerosis múltiple.  
Pacientes en tratamiento con Eritropoyetina en pre-diálisis y quimioterapia ambulatoria (según protocolo ASCO).

Pacientes en tratamiento susceptible de inclusión en Resolución 213/08 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y Resoluciones 869/08, 288/09, 984/09 y 210/10 de la Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios (según protocolo).

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

Quinta. *Criterios Básicos de Asistencia Sanitaria*.—El Hospital Central de la Defensa se compromete a prestar los servicios asistenciales con altos niveles de calidad científico-técnica, eficiencia y orientación al paciente y a cumplir los compromisos institucionales planteados a tal fin.

El Hospital Central de la Defensa garantizará la accesibilidad a las prestaciones sanitarias en los tiempos de respuesta de modo que se cumplan dichos compromisos institucionales.

Periódicamente, el Servicio Madrileño de Salud efectuará una verificación del grado de cumplimiento de las esperas. En caso de que éstas se aparten de las previsiones, el centro sanitario deberá elaborar un plan de absorción de las mismas. Dicho plan, con independencia de las penalizaciones económicas que más adelante se determinan, habrá de ser aceptado, y será objeto de seguimiento, por el Servicio Madrileño de Salud.

Se mencionan a continuación de forma expresa algunos de los criterios básicos asumidos para la prestación asistencial de la cartera de servicios en sus diferentes modalidades asistenciales.

1. Primeras Consultas.—La espera máxima para la atención de las primeras consultas será:

En las citas solicitadas desde Atención Primaria con sospecha de enfermedad grave, será inferior a quince días naturales. El paciente dispondrá de los resultados de las posibles exploraciones solicitadas, la valoración diagnóstica y la orientación terapéutica en un máximo de cuarenta días naturales a partir de la fecha de la primera consulta.

Para la atención del resto de primeras consultas, será inferior a cuarenta días naturales, computados desde la fecha de indicación de la citación.

Las esperas de consultas y técnicas serán valoradas a través del fichero del Sistema de Información de Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas (SICYT) contabilizadas desde la fecha de indicación (o la correspondiente a la prescripción médica o solicitud voluntaria del paciente) hasta el día de la cita. Este fichero informático deberá ser remitido mensualmente por el centro sanitario al Servicio Madrileño de Salud.

2. Intervenciones quirúrgicas programadas.—Para esta actividad los tiempos de espera, en cumplimiento del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, serán en todo momento, para cualquier proceso quirúrgico programado, como máximo de treinta días. Las intervenciones quirúrgicas de carácter urgente se realizarán sin demora.

El registro de los pacientes, los diagnósticos, las técnicas y la espera quirúrgica se realizará de acuerdo con los criterios que dicte la Consejería de Sanidad para el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ).

3. Técnicas diagnósticas y terapéuticas.—Las técnicas diagnósticas y terapéuticas prescritas, tanto por los facultativos de Atención Primaria (anexo V) como por los de Atención Especializada, tendrán el siguiente alcance y plazo de respuesta o espera máxima en función de la Cartera de Servicios y modalidad asistencial de que se trate y que pasamos a relacionar:

3.1 Endoscopia: El tiempo máximo de realización de las pruebas será computado desde la recepción de la prescripción hasta la realización del estudio, que se documentará mediante informe del médico responsable, acompañado cuando sea posible de accesibilidad a imagen o soporte de impresión. Los plazos máximos de realización del estudio para panendoscopia oral, rectoscopia / sigmoidoscopia / colonoscopia, broncoscopia, cistoscopia e histeroscopia serán:

En el caso de pacientes ingresados en veinticuatro horas.

Para pacientes ambulatorios:

Quince días naturales para pacientes con sospecha de patología grave.

Cuarenta días naturales para el resto.

3.2 Técnicas diagnósticas cardiológicas: El tiempo máximo de realización de las pruebas será computado desde la recepción de la prescripción hasta la realización del estudio, que se documentará mediante informe del médico responsable, acompañado cuando sea posible de accesibilidad a imagen o soporte de impresión. El informe debe ser accesible al Servicio/Unidad/Facultativo peticionario en las cuarenta y ocho horas siguientes a la realización de la prueba. Los plazos máximos de realización del estudio para ergometría, holter ECG, holter TA y ecocardiografía serán:

En el caso de pacientes ingresados en veinticuatro horas.

Para pacientes ambulatorios:

Quince días naturales para peticiones con sospecha de enfermedad grave.

Cuarenta días naturales para el resto.

### 3.3 Anatomía Patológica:

Los plazos máximos de realización del estudio para muestras, citología o biopsia, con carácter general serán:

En el caso de pacientes ingresados en veinticuatro horas.

Para pacientes ambulatorios:

Quince días naturales para peticiones con sospecha de enfermedad grave.

Cuarenta días naturales para el resto.

3.4 Otras Técnicas: El tiempo máximo de realización de otras técnicas contempladas en el Catálogo de Pruebas Diagnósticas disponibles desde Atención Primaria, computado desde la indicación de la prescripción hasta la realización del estudio y emisión del informe será, con carácter general, de cuarenta días naturales.

El Hospital Central de la Defensa, en la ejecución de este Convenio, y sin perjuicio de la autonomía de gestión del centro, ajustará su funcionamiento a las directrices y normas de carácter general que dicten las Autoridades Sanitarias, en orden a la efectiva coordinación de los servicios en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

El Servicio Madrileño de Salud podrá efectuar cuantas inspecciones y verificaciones de carácter técnico-sanitario o económico estime necesarias, debiendo el Hospital Central de la Defensa prestar su plena colaboración y los medios auxiliares precisos.

La Gerencia de Atención Primaria y el Hospital Central de la Defensa propiciarán el establecimiento de procesos integrados de asistencia para las patologías más prevalentes, de forma y manera que el paciente sea atendido en el lugar y momento más adecuado, por el profesional competente.

El Hospital Central de la Defensa participará en todas aquellas actuaciones diseñadas por la Consejería de Sanidad para garantizar la coordinación entre niveles asistenciales, la continuidad asistencial y la atención integral de los pacientes, así como para la implantación de todas las medidas relacionadas con la prescripción de medicamentos.

El Hospital Central de la Defensa adoptará aquellas medidas que hagan posible que la Historia Clínica sea accesible informáticamente, con los criterios establecidos por el Servicio Madrileño de Salud para todos los centros de la RSUUP.

El Hospital Central de la Defensa utilizará la Base de Datos poblacional de Tarjeta Individual Sanitaria. El número C.I.P. (Código de Identificación del Paciente) se utilizará como base identificadora del paciente español.

El Hospital Central de la Defensa se compromete al cumplimiento de las actuaciones del Plan de Acogida en los Centros Sanitarios integrado en el Plan de Calidad de los Servicios de la Comunidad de Madrid. Así mismo tendrán que disponer de personal de información (chaquetas verdes) en admisión, servicios de urgencia, cirugía mayor ambulatoria y consultas externas que seguirán las directrices marcadas por la Dirección General de Atención al Paciente del Servicio Madrileño de Salud.



Sexta. *Información.*—El Hospital Central de la Defensa facilitará, con la periodicidad que se determine, la información de naturaleza asistencial, epidemiológica, sociosanitaria, docente, contable y de cualquier otra índole que precise el Servicio Madrileño de Salud en el ámbito de este Convenio de colaboración.

El Hospital Central de la Defensa elaborará una memoria anual de la actividad asistencial, docente e investigadora y económica realizada en el ejercicio anterior en el centro sanitario relativa a este Convenio de colaboración.

El Hospital Central de la Defensa facilitará cuanta información sea necesaria en orden al cumplimiento de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, y demás normas sobre incompatibilidades del personal de las Administraciones Públicas.

El Hospital Central de la Defensa vendrá obligado a incorporar los elementos identificativos tanto en el interior como en el exterior del hospital que den visibilidad al Convenio con el Servicio Madrileño de Salud y a comunicar a los pacientes del Sistema Público los extremos del Convenio que puedan afectarles, así como las normas e instrucciones dirigidas a los usuarios de los Servicios por la Consejería de Sanidad o por el Servicio Madrileño de Salud.

El Hospital Central de la Defensa dará cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos en materia de información y documentación clínica.

El Hospital Central de la Defensa remitirá al órgano competente de la Consejería de Sanidad, con la periodicidad y los plazos que se determinen, la información asistencial, recogida en Sistema de Información de Atención Especializada, SICYT, Conjunto Mínimo Básico de Datos y RULEQ, la información de recursos humanos o de carácter económico que se pauten, así como cualquier tipo de información del centro que se precise.

Las modificaciones que, con carácter general, se establezcan en los sistemas de información, serán comunicadas de inmediato por el órgano competente de la Consejería de Sanidad al centro sanitario quien las incorporará de forma automática, respetando las normas de seguridad del Ministerio de Defensa.

El Hospital Central de la Defensa solicitará la acreditación pertinente relativa a las extracciones de órganos, en el formato, los plazos y con la periodicidad que determine la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes de la Comunidad de Madrid, comprendiendo, al menos, los siguientes apartados: donantes en Muerte encefálica, control de calidad del proceso de donación, extracciones de órganos y de tejidos, implante de tejidos y lista de espera para implante de órganos y tejidos y remitirá al Servicio Madrileño de Salud la información anterior.

El Hospital Central de la Defensa implantará el registro de tumores y remitirá información relativa al Plan Integral del Cáncer con el formato, los plazos y la periodicidad que determine la Oficina Regional de Coordinación Oncológica de la Comunidad de Madrid, en virtud de lo establecido en la Orden de 26 de octubre de 2005, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se crea el sistema de información oncológica de la Comunidad de Madrid denominado Intercambio de Datos de Cáncer en la Comunidad de Madrid.

El Hospital Central de la Defensa dispondrá las medidas necesarias para obtener donaciones de sangre, con el objetivo de que estas supongan al menos el 50 % de los requerimientos hemoterápicos, de acuerdo a su actividad asistencial. Asimismo, dispondrá de los sistemas informáticos necesarios que garanticen la trazabilidad de los componentes trasfundidos y aseguren la hemovigilancia, de acuerdo a la normativa vigente.

El Hospital Central de la Defensa dispondrá de hojas de reclamación, queja o sugerencias a disposición del público. La copia de las reclamaciones y quejas recibidas, en el tiempo y forma que se determine, en función de lo dispuesto en la Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, será enviada por el Centro al órgano competente de la Consejería de Sanidad.

Todas las reclamaciones o quejas habrán de ser contestadas, en el plazo que determina el «art. 5 de la Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y

Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública», por la Dirección del Hospital con copia al órgano competente de la Consejería de Sanidad en el caso de que hagan referencia a la organización, el orden, los servicios internos o incidencias en la asistencia recibida. Por el Servicio Madrileño de Salud, previo informe de la Dirección del Centro, se contestarán y/o resolverán las cuestiones que hagan referencia al propio Convenio, su naturaleza y alcance y a las prestaciones del Servicio Madrileño de Salud.

Contestación de reclamaciones en los tiempos que exige la legislación vigente (menos de 30 días).

Introducción en la aplicación informática ITRACK de la totalidad de reclamaciones interpuestas en el centro.

Contestación de las reclamaciones que incluyan todos los parámetros previstos en la normativa vigente (motivo de la reclamación, actuaciones, conclusión, identificación del firmante).

Con independencia de la respuesta dada al interesado, el Servicio Madrileño de Salud o el órgano administrativo competente, según la materia de la que se trate, podrá disponer inspecciones o actuaciones relativas a la reclamación o queja recibida.

Séptima. *Régimen Económico. Financiación, facturación, abono y liquidación.*—La presente Cláusula Adicional contempla la financiación para el ejercicio 2011.

1. Financiación.—Financiación máxima por asistencia sanitaria: La financiación máxima, con cargo al Servicio Madrileño de Salud, en concepto de asistencia sanitaria durante el ejercicio 2011 se establece en diecinueve millones novecientos noventa y cinco mil novecientos setenta euros con cuarenta y cinco céntimos (19.995.970,45 €) que se justificará de acuerdo a la actividad realizada y a las unidades de facturación referidas en el anexo III.

El gasto devengado por actividad sanitaria será imputado al programa 750, subconcepto 25210 de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid.

No obstante la incorporación progresiva de la población asignada y la que ejerza el derecho a la libre elección aconseja la previsión de una cuantía máxima que se fija en veinte y siete millones ciento sesenta y dos mil trescientos setenta y siete euros con doce céntimos (27.162.377,12 €) para el ejercicio 2012 según se especifica en el anexo IV. A partir del año 2011 las tarifas contempladas en el anexo III se actualizarán con carácter anual con el 85 % del índice de precios al consumo incrementado en dos puntos.

Alcanzado el tope referido, se procederá a la revisión del Convenio, en el último semestre del año 2012 con efectos económicos desde el 1 de enero de 2013, con el objeto de adaptarlo al comportamiento de la población asignada y al escenario de libre elección tras su entrada en funcionamiento, incluyendo la posibilidad de una financiación capitativa.

La financiación no incluye la asistencia cuyo abono, en virtud de normas legales o reglamentarias, le corresponde a otros seguros públicos (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Seguro Escolar,...) o privados (vehículos a motor, deportes federados, caza,...) o responsabilidad de terceros, por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida.

El importe de estas prestaciones sanitarias se facturará por el Hospital Central de la Defensa directa y exclusivamente por los servicios que preste al tercero obligado al pago, con independencia de que la persona asistida tenga derecho a asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral por cuenta del Servicio Madrileño de la Salud.

El quebrantamiento de esta Estipulación, una vez evidenciado, dará lugar a una sanción económica por importe de dos veces la cantidad indebidamente facturada. La reincidencia en tal quebrantamiento podrá dar lugar, a criterio del Servicio Madrileño de Salud, a la rescisión de este concierto.

2. Facturación y abono.—Con carácter mensual, el Hospital Central de la Defensa presentará ante el Servicio Madrileño de Salud, la facturación correspondiente al periodo



del que se trate, con el alcance y contenidos que a continuación se relacionan, siendo ésta la base sobre la que se sustentará el abono de los servicios realizados.

En el valor asignado a la unidad de complejidad de las altas de hospitalización y de la cirugía ambulatoria medida en UCH, así como en el resto de valores asignados a las diferentes líneas de facturación, se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro de procesos médico-quirúrgicos, con el alcance que establece 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.

La facturación por procedimiento de valoración singular, será incompatible con la facturación del alta que, eventualmente, produzca la atención del proceso.

El centro sanitario presentará los siguientes documentos:

La factura mensual de abono «a cuenta».

La relación valorada de la asistencia sanitaria efectivamente realizada mensualmente.

La facturación anual del total de la actividad prestada en el periodo.

El abono de los servicios se realizará mensualmente «a cuenta», por el Servicio Madrileño de Salud, por el importe del 90 % de la duodécima parte del presupuesto máximo anual.

Sin perjuicio del pago a cuenta establecido en el párrafo inmediato anterior, el Hospital Central de la Defensa procederá a remitir cada mes al Servicio Madrileño de Salud el correspondiente documento en que se deberá recoger la valoración de los servicios prestados en el mes inmediatamente anterior.

3. Liquidación.—La liquidación compara la cantidad abonada «a cuenta» con la relación valorada de la asistencia reflejada en la facturación anual y se desarrolla en dos procesos sucesivos: auditoría y liquidación propiamente dicha.

3.1 Proceso de auditoría: Un equipo de auditoría designado al efecto por el Servicio Madrileño de Salud, realizará el estudio que permita comparar la actividad anual facturada con la asistencia sanitaria efectivamente realizada. De su análisis se extraerá un informe, cuyas conclusiones y propuestas serán de aplicación en la liquidación.

La auditoría valora y comprueba, por un lado, los ficheros informáticos de la actividad anual efectivamente realizada adjuntados por el centro sanitario con la actividad facturada, y los cruza además con los ficheros de CMBD, tanto de hospitalización como ambulatorio, y el fichero RULEQ remitido por el Servicio Madrileño de Salud. Por otro lado, se realiza también auditoría «in situ» de historias clínicas, tanto por revisión sistemática (para variables con poblaciones menores a 100 elementos) como por muestreo (para grandes poblaciones).

La determinación del tamaño muestral se realiza según lo recomendado para las auditorías de historias clínicas, en las que se considera un error  $\alpha$  de 0,05; una  $p=0,5$  y un error  $\beta = 0,1$ .

Se analizarán:

todos y cada uno de los conceptos expresados en el anexo correspondiente, adecuación a las formas de asistencia sanitaria de cada ámbito, adecuación a los estándares de codificación y clasificación de la casuística del CMBD de hospitalización y ambulatoria, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 23 del agrupador de los Grupo Relacionado de Diagnósticos y adecuación a los límites definidos en los criterios básicos de asistencia.

Tras el análisis se aplicarán ajustes y penalizaciones, descritos en el anexo correspondiente:

Ajustes: correspondientes a la correcta aplicación de conceptos, formas de asistencia y estándares del párrafo anterior.

Penalizaciones: correspondientes al incumplimiento de los límites marcados en los criterios básicos de asistencia.

En ambos casos, su aplicación podrá significar incremento o decremento de las cifras asistenciales iniciales.

La auditoría de actividad valorará exclusivamente la documentación relativa al proceso asistencial que conste expresamente en la historia clínica y en los registros oficiales del Sistema de Información: CMBD, RULEQ, SIAE y SICYT. Se realizará durante el primer semestre del ejercicio siguiente al de vigencia del presente Convenio, una vez recibidos en el Servicio Madrileño de Salud el cierre definitivo de los sistemas de información citados y la factura anual de la asistencia sanitaria prestada. El Informe previo de auditoría se enviará al centro sanitario, abriendo con ello un plazo de tres días laborables para presentación de alegaciones, que serán resueltas por el Servicio Madrileño de Salud en otros tres días laborables.

Con la resolución de alegaciones se elabora el informe final de auditoría, que fija la cifra definitiva de actividad que será computada en la facturación final, en cada una de las modalidades.

Proceso de Liquidación: La liquidación anual se practicará en el plazo máximo de los seis meses siguientes de cada anualidad del Convenio.

Si la valoración de la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Central de la Defensa en cada ejercicio, resulta inferior a la suma de las cantidades abonadas a cuenta por el Servicio Madrileño de Salud, la diferencia será compensada a favor del Servicio Madrileño de Salud en el siguiente abono a cuenta que éste realice.

Si el Convenio se hubiere extinguido o no hubiera que realizar más pagos a cuenta o los pagos pendientes fueran insuficientes para compensar el referido exceso, las cantidades correspondientes se reintegrarán al Servicio Madrileño de Salud en el plazo de los seis meses siguientes a la fecha de la liquidación.

Si la valoración de la actividad sanitaria excediera la financiación máxima prevista, dicho exceso no producirá efectos económicos.

Octava. *Vigencia.*—Esta Cláusula de modificación al Convenio de Colaboración entra en vigor el día 1 de Enero de 2.011 y modificará la vigencia del Convenio de Colaboración que tendrá una vigencia de diez años a partir de la entrada en vigor de la Cláusula.

Novena. *Estipulación final.*—El resto de contenido del Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid en materia de asistencia sanitaria y para la realización de determinadas actuaciones en el terreno de la formación, de la participación de la sociedad civil en la defensa nacional y de la optimización de los recursos sanitarios mantiene su vigencia en la totalidad de sus términos excepto las referencias en materia de actividad asistencial.

El presente Convenio se adaptará a las normas y disposiciones que se promulguen como desarrollo de la Ley General de Sanidad y de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y a cuantas normas y disposiciones puedan afectar a la naturaleza y capacidad de la partes firmantes.

Los representantes de la Administración del Estado, a través del Ministerio de Defensa y de la Administración de la Comunidad de Madrid, acuerdan dar su conformidad a la presente Cláusula Adicional de Modificación, con arreglo y sujeción a las estipulaciones establecidas en el mismo.

Y en prueba de conformidad de las partes, se firma el presente Documento, en tres ejemplares originales igualmente válidos, en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.—Por el Servicio Madrileño de Salud, la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, Patricia Flores Cerdán.—El Inspector General de Sanidad de la Defensa, Juan Manuel Montero Vázquez.—Ante la presencia de la Ministra de Defensa, Carme Chacón Piquerías, y la Presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre Gil de Biedma.

## ANEXO I

**Alcance de la prestación de servicios: Definición, valoración, medición, ajustes y penalizaciones**

Cualquiera de las diferentes modalidades de prestación asistencial, recogidas en la Cartera de Servicios del Centro Sanitario, exige como condición indispensable la existencia del correspondiente registro en la Historia Clínica del paciente.

*Actividad de hospitalización medida en Unidades de Complejidad Hospitalaria: U.C.H.S.*

1. Hospitalización.—La hospitalización requiere el ingreso del paciente en el Hospital y la asignación de una cama de hospitalización, de acuerdo con las siguientes definiciones:

Camas de hospitalización:

Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales (intensivos médicos, quirúrgicos, pediátricos, neonatales, coronarios, etc.).

Cunas de área pediátrica.

Incubadoras fijas.

No se consideran camas de hospitalización las instaladas en:

Observación de urgencias.

Inducción Pre-anestésica.

Unidad de Recuperación Post-anestésica (U.R.P.A.).

Gabinetes de exploración.

Hospital de Día y de noche (estudios del sueño).

Camas de acompañantes.

Camas destinadas al personal del centro.

Puestos de diálisis.

Camas utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, otras).

Cunas de recién nacidos normales (área obstétrica).

Incubadoras portátiles.

Ingresos:

Se considera ingreso hospitalario el que se produce desde el exterior, con orden de ingreso registrada en el Servicio de Admisión y con asignación a una cama de hospitalización, tanto habilitada como supletoria.

No se considerarán ingresos:

- a. Los pacientes atendidos en camas no consideradas como de hospitalización.
- b. Los traslados entre servicios.

Altas:

La consideración de alta exige que se haya realizado un ingreso previo del paciente.

Valoración y medición de las altas de hospitalización a efectos de facturación

Valoradas de acuerdo al peso medio asignado a las altas de hospitalización del C.M.B.D. siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 23 del agrupador de los GRDS.

La medición de las Altas de Hospitalización se realiza en Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH), resultado del producto del número de altas por el peso medio de las mismas, y la tarifa unitaria correspondiente.

En el valor asignado a la unidad de complejidad de las altas de hospitalización, medida en U.C.H.S. se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción

propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro de procesos médico-quirúrgicos, con el alcance que establece 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, salvo los conceptos que hayan sido objeto de valoración singular o extraída.

#### Ajustes penalizaciones en altas de hospitalización a efectos de facturación

El número de UCHS generadas por procesos atendidos, comprendidas en el fichero de CMBD de hospitalización, se ajustará en función de:

Número de altas hospitalarias de las que se detraerán:

El número de altas de reingresos precoces (entre 0 y 7 días), que superen el porcentaje medio de reingresos del Servicio Madrileño de Salud, según el análisis centralizado del CMBD de hospitalización realizado por el Servicio Madrileño de Salud.

Porcentaje Hospital – Porcentaje del Servicio Madrileño = RP.

Si RP es positivo:

$RP \times \text{Altas totales del Centro} / 100 = \text{Altas reingreso precoz.}$

$\text{Altas reingreso} \times \text{Peso Medio} = \text{UCHS ajustadas por reingreso precoz.}$

Las altas en hospitalización convencional con estancia 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas, se facturarán como urgencias no ingresadas u Hospital de Día en su caso, según el análisis del correspondiente registro en la Historia Clínica.

Se contabilizarán como estancia en hospital de día oncohematológico las altas con estancias 0 ó 1 y permanencia igual o mayor a 14 horas que correspondan a Altas con GRD 410.

Por excepción se contabilizarán las estancias 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas que correspondan a:

Los exitus en camas de hospitalización.

Las altas voluntarias, siempre que exista el correspondiente registro en la Historia Clínica e informe de alta.

Los traslados intercentros, desde el área de hospitalización, por requerir de prestaciones asistenciales no incluidas en la Cartera de Servicios, siempre y cuando el paciente permanezca ingresado en el hospital al que ha sido enviado.

UCHS ajustadas:  $\Sigma$  UCHS con estancias 0 y 1 (excluidas excepciones)

Serán descontadas todas las altas en las que no conste informe definitivo de alta en la historia clínica en el momento de la auditoría.

$\Sigma$  UCHS sin informe = No facturable.

Del peso medio obtenido del procesamiento de las altas codificadas:

a. Si el Hospital codifica un porcentaje de altas inferior al 99 %, según el análisis centralizado del CMBD de hospitalización realizado por el órgano administrativo correspondiente de la Consejería de Sanidad, se aplicará el peso medio más bajo de los hospitales de su grupo.

Si % codificación  $\leq$  99 %.

$\text{Altas Centro} \times \text{Peso Medio más bajo grupo} = \text{UCHS ajustadas por codificación.}$

## Penalizaciones en las altas de hospitalización por espera quirúrgica

a. Cuando en RULEQ, en el corte final del ejercicio, existen pacientes con espera máxima, para la realización de intervenciones quirúrgicas con hospitalización, que superan el límite de treinta días o, en el caso de pacientes que rechazan la derivación, el límite de 180 días, se descontará de la facturación el 100 % del valor previsto según el peso medio del GRD correspondiente a cada uno de los pacientes con espera superior al objetivo establecido.

$\Sigma$  UCHS pacientes hospitalización quirúrgica que superan los treinta días = No facturable.

$\Sigma$  UCHS pacientes hospitalización quirúrgica rechazo derivación que superan los ciento ochenta días = No facturable.

## Penalizaciones por ingresos por urgencias

a. Cuando el índice de urgencias ingresadas del Centro Sanitario supere la media de la obtenida para los hospitales similares del Servicio Madrileño, se descontarán las UCHS. correspondientes a los ingresos que superen dicha media.

Porcentaje Hospital – Porcentaje del Grupo del Servicio Madrileño = U.

Si U. es positivo:

$U \times$  urgencia totales atendidas del Centro/100 = Altas ingresadas en exceso.

Altas ingresadas en exceso  $\times$  Peso Medio = UCHS ajustadas por ingresos por urgencias.

*Actividad ambulatoria medida en Unidades de Complejidad Hospitalaria: U.C.H.S.*

1. Cirugía Mayor Ambulatoria.–Se consideran procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria los actos quirúrgicos realizados en un quirófano, sin ingreso pre ni postquirúrgico, que consten en el registro y en los que en la Historia Clínica del paciente conste hoja de cirugía e informe de alta.

## Valoración y medición de las altas CMA a efectos de facturación

Valorados de acuerdo al peso medio de cada intervención quirúrgica recogida en el CMBD ambulatorio como procedimientos quirúrgicos ambulatorios extraídos<sup>11</sup>, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 23 del agrupador de los GRDS. Por tanto se excluyen de este grupo los procedimientos dermatológicos y el apartado de «Otros» del CMBD ambulatorio y todos los procedimientos ambulatorios realizados fuera de quirófano declarados en SIAE.

La medición de las Altas de C.M.A. se realiza en UCH, resultado del producto del número de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) por el peso medio de las mismas y la tarifa unitaria correspondiente.

En el valor asignado a la unidad de complejidad de las altas de la cirugía ambulatoria medida en U.C.H.S. se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro de procesos médico-quirúrgicos, con el alcance que establece 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, salvo los conceptos que hayan sido objeto de valoración singular.

## Ajustes y penalizaciones de las altas CMA a efectos de facturación

El número de U.C.H.S. generadas en este apartado serán exclusivamente los pacientes del fichero del CMBD ambulatorio que sean incluidos en los GRD considerados como



quirúrgicos, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 23 del agrupador de los GRDS, así como los agrupados en el GRD 351 (aunque pertenece al grupo médico en el agrupador).

El número de UCHS se ajustará en función de:

Número de altas de Cirugía Mayor Ambulatoria de las que se detraerán:

a. Los episodios agrupados en GRDS inespecíficos.

$\Sigma$  GRDS inespecíficos = No facturable.

b. Los episodios agrupados en el apartado de procedimientos dermatológicos: GRDS quirúrgicos 263, 264, 265, 266, 268, 269 y 270.

$\Sigma$  GRDS procedimientos dermatológicos = Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.

c. Los episodios agrupados en el apartado «Otros»: GRDS médicos y los no listados como «técnicas especiales».

$\Sigma$  GRDS Otros = Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.

d. Los procedimientos de cirugía menor realizados fuera de quirófano, según definición de SIAE.

$\Sigma$  Procedimientos fuera quirófano = Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.

e. No podrán facturarse el mismo día, para el mismo paciente y el mismo proceso, procedimientos de CMA y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.

$\Sigma$  procedimientos de CMA y otro tipo atención = No facturable.

f. Se tendrá en cuenta la tasa de ambulatorización de los procedimientos de CMA obtenida del análisis del fichero CMBD ambulatorio y de hospitalización respecto al total de los procedimientos quirúrgicos realizados por el centro. Cuando dicha tasa sea inferior al 50 % del total de procedimientos susceptibles de ser intervenidos ambulatoriamente, se descontarán de hospitalización el mismo número de procedimientos, (en U.C.H.S) que se deberían haber realizado ambulatoriamente y se han efectuado con hospitalización.

Tasa ambulatorización de los procedimiento en el Hospital – 50 % = TA.

Si TA es negativo:

$TA \times$  Altas de los procedimiento totales en el Centro/100 = Altas por baja ambulatorización.

Altas por baja ambulatorización  $\times$  Peso Medio = UCHS ajustadas por tasa de ambulatorización.

g. Serán descontadas todas las altas de aquellos procedimientos registrados en los que no conste hoja de cirugía e informe definitivo de alta en la historia clínica en el momento de la auditoría.

$\Sigma$  UCHS sin informe = No facturable.

Del peso medio obtenido del procesamiento de las altas codificadas:

a. Si el Hospital codifica un porcentaje de altas inferior al 99 %, según el análisis centralizado del CMBD ambulatorio realizado por el órgano administrativo correspondiente de la Consejería de Sanidad, se aplicará el peso medio más bajo de los hospitales de su grupo.

Si % codificación  $\leq$  99 %,

Altas codificadas  $\times$  Peso Medio más bajo grupo = UCHS ajustadas por codificación.

### Penalizaciones en las altas CMA por espera quirúrgica

a. Cuando en RULEQ, en el corte final del ejercicio, existen pacientes con espera máxima para la realización de intervenciones quirúrgicas ambulatorias que superan el límite de treinta días o, en el caso de pacientes que rechazan la derivación, el límite de 180 días se descontará de la de la facturación el 100 % del valor previsto según el peso medio del GRD correspondiente a cada uno de los pacientes con espera superior al objetivo establecido.

$\Sigma$  UCHS pacientes quirúrgicos ambulatorios que superan los treinta días = No facturable.

$\Sigma$  UCHS pacientes quirúrgicos ambulatorios con rechazo derivación que superan los ciento ochenta días = No facturable.

### *Actividad Ambulatoria*

1. Consultas Externas.—Se consideran consultas externas los actos médicos ambulatorios para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, basados en la anamnesis y exploración física, que se realizan en un local de consulta y constan en el registro y en la Historia Clínica del paciente.

Se contabilizarán exclusivamente las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.

No se contabilizan como consultas externas:

Las realizadas por personal de enfermería.

Las realizadas a pacientes ingresados o urgentes por peticiones interservicios, aunque se realicen en locales habituales de consulta.

La realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas complementarias.

La elaboración de informes médicos de técnicas diagnósticas o terapéuticas por los servicios centrales.

La extracción de muestras.

Los meros actos de cumplimentación de volantes de peticiones.

Se contabilizarán las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.

Consultas primeras:

Se consideran consultas primeras las que se realizan a pacientes vistos por primera vez en una unidad de especialización determinada y por un proceso concreto.

Consultas primeras generadas por Atención Primaria, todas aquellas solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria sobre pacientes vistos por primera vez para ese proceso o dados de alta por un médico de Atención Especializada (pacientes con diagnóstico y, en su caso, con tratamiento ya instaurado), acreditado mediante informe escrito. La solicitud se realizará mediante Telecita o Parte de Interconsulta.

Se consideran consultas primeras generadas por el propio Centro Sanitario:

Del total de Primeras Consultas, aquellas que no hayan sido remitidas por Atención Primaria.

Las interconsultas que se realizan entre médicos de Atención Especializada, sea o no como consecuencia de una primera consulta solicitada por el médico de Atención Primaria.

Consultas primeras de alta resolución:

Se consideran consultas primeras de alta resolución aquellas, de entre las primeras consultas atendidas, en las que se realicen las exploraciones complementarias y las interconsultas solicitadas en el mismo día, recibiendo en consecuencia, un diagnóstico y una orientación terapéutica (se incluye alta), o una indicación terapéutica de las que quede registro en la Historia Clínica y sin realización de pruebas adicionales ni revisiones en consulta en un plazo de hasta treinta días para orientación o indicación terapéutica.

En el caso de las consultas de preanestesia, sólo se considerarán de alta resolución cuando haya registro documental en la Historia Clínica y en los ficheros de consultas externas del Centro Sanitario de que se han realizado en el mismo día las pruebas complementarias necesarias, las interconsultas precisas y la declaración e inclusión de apto en RULEQ, o bien declaración de no apto con la exclusión definitiva de la intervención quirúrgica y baja en RULEQ.

Se consideran revisiones válidas en el plazo inferior a treinta días:

Las solicitadas directamente por Atención Primaria como consecuencia del seguimiento evolutivo del mismo proceso y no para establecer una orientación o indicación terapéutica (ejemplo: ajustes de dosis en una pauta establecida, cuya respuesta no es la esperada).

Las generadas por Atención Especializada por el mismo proceso como consecuencia de su seguimiento evolutivo específico y no para establecer una orientación o indicación terapéutica (por ejemplo, en revisiones pautadas de una intervención quirúrgica, las subsecuentes a cataratas operadas en el plazo inferior a 30 días desde la fecha de la preanestesia).

Consultas sucesivas:

Se consideran consultas sucesivas todas aquellas que se realizan como consecuencia de una primera consulta (independientemente de cómo figurara su cita) y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior, independientemente del tiempo que transcurra entre las mismas y aún cuando la cita se establezca a través del Centro de Salud.

Peticiones de técnicas procedentes de Atención Primaria.

De entre las técnicas efectuadas, se consideran procedentes de Atención Primaria aquellas efectivamente realizadas cuya solicitud ha sido cursada por Atención Primaria mediante Telecita o Parte de Interconsulta y consten en el listado de pruebas del anexo V.

No se contabilizarán como derivaciones de Atención Primaria:

Las técnicas indicadas y realizadas por médicos de Atención Especializada aunque se efectúen como consecuencia de una primera consulta solicitada por el médico de Atención Primaria. Estas técnicas se consideran pruebas generadas por el propio Centro Sanitario.

Espera para primeras consultas y técnicas diagnósticas y terapéuticas:

Días naturales de espera que existen en un corte para obtener una cita para primera consulta o para cualquiera de las técnicas, con carácter no preferente.

A efectos de control, se recogerá este dato para cada especialidad y prueba, según SICYT, en corte mensual del fichero de pacientes pendientes.

La espera se obtiene restando, de la fecha de cita, la fecha de la indicación por el facultativo (ya sea a primer hueco o a fecha fija), o la solicitada por el paciente.

No deben existir pacientes pendientes de cita o «desconocidos». Si existieran se incluirán, a efectos de control, en el grupo de citas que superan el límite máximo de espera.

Valoración y medición de las consultas externas a efectos de facturación

Valoradas de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para Consultas Primarias, Consultas Primarias de Alta Resolución, Consultas Sucesivas.

La medición de la actividad de Consultas Primarias, Consultas Primarias de Alta Resolución, Consultas Sucesivas se efectúa a través del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) y SICYT y la tarifa unitaria correspondiente.

En el valor asignado a la consulta externa se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece 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.

#### Ajustes de las consultas externas a efectos de facturación

La facturación de primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) se corresponderá con las efectivamente realizadas, con las siguientes consideraciones:

a. El exceso hasta un 3 % de primeras consultas realizadas en relación con la actividad pactada será facturado al precio de tarifa de consulta sucesiva, exceptuando cuando dicho exceso se deba a una mayor solicitud por parte de Atención Primaria.

Si primeras consultas realizadas/primeras consultas pactadas  $\leq 1,03$ .

$\Sigma$  primeras consultas  $\leq$  al 3 % = Consultas sucesivas (considerando excepción).

b. El exceso por encima del 3 % se entenderá no realizado, a efectos de financiación.

Si primeras consultas realizadas/primeras consultas pactadas  $> 1,03$ .

$\Sigma$  primeras consultas  $>$  al 3 % = No facturable (considerando excepción).

c. Serán descontadas todas las primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

$\Sigma$  consultas primeras sin informe. = No facturable.

d. Serán descontadas todas las primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) en las que no consten como realizadas en el SICYT.

$\Sigma$  consultas primeras sin cita o «desconocido». = No facturable.

e. No podrán facturarse el mismo día, para el mismo paciente y el mismo proceso, consultas y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.

$\Sigma$  consultas y otro tipo atención = No facturable.

f. Serán descontadas todas las consultas originadas como consecuencia de asistencia sanitaria complementaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica.

$\Sigma$  consultas derivadas RULEQ complementaria. = No facturable.

g. La relación por cociente entre las Consultas Sucesivas y Primeras incluidas Consultas Primeras de alta resolución (una vez practicados los ajustes anteriores de total facturado y solicitudes por Atención Primaria), no podrá ser superior a la media de los hospitales similares del Servicio Madrileño de Salud. Aquellas consultas sucesivas que excedan esta relación serán descontadas directamente del importe liquidable y se tendrán por no realizadas.

Si relación sucesivas/primeras Centro  $>$  relación sucesivas/primeras hospitales similares del Servicio Madrileño de Salud.

$\Sigma$  exceso consultas sucesivas = No facturable.

h. Serán descontadas todas las consultas sucesivas en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

$\Sigma$  Consultas sucesivas sin informe. = No facturable.

## Penalizaciones por espera consultas externas y técnicas

a. Cuando en SICYT, en el corte al final del ejercicio, existen pacientes con espera máxima, para la atención en primeras consultas y técnicas, que superan el límite establecido, y la causa sea imputable al Centro Sanitario por no haberse superado el pacto de derivación entre Atención Primaria y Atención Especializada, se detraerá de la facturación el mismo número de primeras consultas y técnicas que pacientes haya con espera superior al objetivo establecido.

Pacientes 1.<sup>a</sup> consulta con espera > objetivo >0.

$\Sigma$  pacientes 1.<sup>a</sup> consulta con espera > objetivo  $\times$  tarifa primera consulta (incluidas la primera de alta resolución) = No facturable.

Pacientes técnicas con espera > objetivo >0.

$\Sigma$  pacientes técnicas con espera > objetivo  $\times$  tarifa técnicas de precios públicos (incluidas la primera de alta resolución) = No facturable.

2. Urgencias no Ingresadas.—Se consideran urgencias no ingresadas las asistencias sanitarias que se realizan por el Servicio de Urgencias y que no generan ingreso hospitalario. Se contabilizarán las atendidas en dicho Servicio de Urgencias y registradas con destino de alta diferente a «hospitalización». Es necesario que conste registro de la asistencia con informe en la Historia Clínica.

## Valoración y medición de las urgencias no ingresadas a efectos de facturación

Valoradas de acuerdo a la definición relacionada anteriormente para Urgencias no ingresadas.

La medición de la actividad de Urgencias no ingresadas se efectúa a través del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) y se aplica la tarifa unitaria correspondiente.

En el valor asignado a la urgencia no ingresada se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece 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.

## Ajustes de las urgencias no ingresadas a efectos de facturación

La facturación de Urgencias no ingresadas se corresponderá con las efectivamente realizadas, aplicando las siguientes consideraciones:

a. Se detraerán las asistencias ambulatorias urgentes realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario no registradas a través del Servicio de Urgencias.

$\Sigma$  asistencias ambulatorias urgentes en otras dependencias.= No facturable.

b. Serán descontadas todas las urgencias no ingresadas en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

$\Sigma$  urgencias no ingresadas sin informe.= No facturable.

c. Las altas en hospitalización convencional con estancia 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas, se facturarán como urgencias no ingresadas, según el análisis del correspondiente registro en la Historia Clínica (excluidas excepciones).

$\Sigma$  UCHS con estancias 0 y 1 (excluidas excepciones) = Urgencia no ingresada.

3. Otros Procesos Quirúrgicos Ambulatorios.—Se consideran procedimientos quirúrgicos ambulatorios los incluidos como dermatológicos y en el apartado de «Otros» del fichero del CMBD ambulatorio, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados



de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 23 del agrupador de los GRDS, así como los procedimientos realizados fuera de quirófano declarados en el SIAE. En todos ellos es necesario que conste registro del procedimiento con informe en la Historia Clínica.

Valoración y medición de otros procesos quirúrgicos ambulatorios a efectos de facturación

Valorados de acuerdo a la definición relacionada anteriormente para Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.

La medición de la actividad de Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se realiza sumando los procedimientos dermatológicos y «Otros» considerados en el CMBD ambulatorio y los quirúrgicos realizados fuera de quirófano declarados en SIAE y se aplica la tarifa unitaria correspondiente.

En el valor asignado a Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece 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.

Ajustes de otros procesos quirúrgicos ambulatorios a efectos de facturación.

La facturación de Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:

a. Serán descontados todos los otros procesos quirúrgicos ambulatorios en las que no conste registro de asistencia con informe ni hoja quirúrgica en la Historia Clínica.

Σ Otros procesos quirúrgicos ambulatorios sin informe.= No facturable.

b. No podrán facturarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso, Otro proceso quirúrgico ambulatorio y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.

Σ Otro proceso quirúrgico ambulatorio y otro tipo de atención.= No facturable.

4. Hospitalización de día.

Puestos de Hospital de Día: Se consideran los puestos específicamente dotados y destinados a tratamiento diurno de menos de 14 horas (entre las 8 y las 22 horas).

Tipos de Hospitales de Día:

Hospital de Día Oncohematológico,  
Hospital de Día SIDA,  
Hospital de Día Psiquiátrico,  
Hospital de Día Médico-Quirúrgico (exclusivamente Hospital de Día Médico).

Estancias en Hospital de Día: Se considera la permanencia en régimen ambulatorio de un paciente en un puesto de Hospital de Día para recibir tratamiento farmacológico, la realización de procedimiento terapéutico, o la observación tras la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica que así lo exija, con el objeto de evitar su ingreso hospitalario en camas convencionales de hospitalización.

Se incluyen en este apartado los tratamientos de esta naturaleza realizados con orden de ingreso con estancia 0 ó 1 con una permanencia inferior a las 14 horas, con las excepciones tenidas en cuenta en el apartado de hospitalización (Altas).

Para considerar estancia en Hospital de Día debe existir la correspondiente anotación de actividad con informe en la Historia Clínica.

Sólo se contabilizarán los procesos recogidos en el fichero del C.M.B.D. de asistencia ambulatoria, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 23 del agrupador de los GRDS.

Sólo se considerará estancia en Hospital de Día Oncohematológico cuando se realice actividad que implique la infusión de citostáticos en paciente con diagnóstico de neoplasia.

No se podrá contabilizar más de una estancia diaria en el Hospital de Día para cada paciente individual.

No se consideran actividades de Hospital de Día los meros cuidados de enfermería ambulatorios. A modo de ejemplo: curas, heparinizaciones de catéter, etc...

Hospital de Día quirúrgico: no figurará en la facturación al estar incluido en la prestación de Cirugía Mayor Ambulatoria.

#### Valoración y medición de tratamientos de Hospital de Día a efectos de facturación

Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: Hospital de Día Oncohematológico, Hospital de Día SIDA, Hospital de Día Psiquiátrico, Hospital de Día Geriátrico, Hospital de Día Médico-Quirúrgico (Médico). Incluyen los tratamientos realizados en los hospitales de día registrados en el fichero CMBD ambulatorio siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 23 del agrupador de los GRDS

La medición de la actividad de Hospital de Día se efectúa a través del fichero del C.M.B.D. ambulatorio y se aplica la tarifa unitaria de la media de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

En el valor asignado a Hospital de Día se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece 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.

#### Ajustes de tratamientos de Hospital de Día a efectos de facturación

La facturación de los tratamientos de Hospital de Día se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:

a. La facturación de los tratamientos de Hospital de Día se corresponderá con los codificados en el fichero de CMBD ambulatorio, no teniéndose en cuenta el apartado de «otros» del citado fichero.

$\Sigma$  «Otros» Hospital de Día.= No facturable.

b. Serán descontados todos los tratamientos de Hospital de Día en los que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

$\Sigma$  Hospital de Día sin informe.= No facturable.

c. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario no registradas en puestos de hospitalización de día.

$\Sigma$  Asistencias Hospitalización de día en otras dependencias.= No facturable.

d. Las altas en hospitalización convencional con estancia 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas, se facturarán como Hospital de Día, según el análisis del correspondiente registro en la Historia Clínica (excluidas excepciones).

$\Sigma$  UCHS con estancias 0 y 1 (excluidas excepciones) = Tratamientos HD.

*Procedimientos de valoración singular*

La facturación por procedimiento de valoración singular, será incompatible con la facturación del alta que eventualmente produzca la atención del proceso, así como con cualquier otro tipo de atención generada por el mismo proceso, en el mismo paciente y el mismo día y contemplada en las unidades de facturación.

1. Radioterapia y Braquiterapia.—Pacientes nuevos que inician tratamiento, independientemente del número de intervenciones precisas.

Se entiende por braquiterapia la exposición directa del tumor a elementos radiactivos, de forma continuada hasta alcanzar la dosis máxima tolerada por los tejidos, en instalaciones blindadas.

2. Hemodinámica Diagnóstica Ambulatoria.—Número de estudios de realizados con fines diagnósticos en la sala de hemodinámica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria.

3. Hemodinámica Terapéutica Ambulatoria.—Número de estudios realizados en la sala de hemodinámica que conlleven actuación terapéutica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria.

4. Radiología Intervencionista Vasculár Diagnóstica Ambulatoria.—Procedimientos ambulatorios efectuados con carácter diagnóstico en una sala de Radiología vascular, que conlleven intervenciones mínimamente invasivas.

5. Radiología Intervencionista Vasculár Terapéutica Ambulatoria.—Procedimientos ambulatorios que conlleven una actuación terapéutica efectuados en una sala de Radiología vascular mediante intervenciones mínimamente invasivas.

6. Estudios Polisomnográfico (estudio del sueño).

7. Litotricia.

*Valoración y medición de procedimientos de valoración singular a efectos de facturación*

Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente Incluye los tratamientos realizados y registrados en el fichero CMBD ambulatorio siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 23 del agrupador de los GRDS.

La medición de la actividad de Procedimientos de valoración singular se efectúa a través del fichero C.M.B.D. ambulatorio, y se aplica la tarifa unitaria correspondiente.

En el valor asignado a cada procedimiento de valoración singular se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece 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.

*Ajustes de procedimientos de valoración singular a efectos de facturación*

La facturación de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:

a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

$\Sigma$  Procedimientos de valoración singular sin informe.= No facturable.

b. No podrán facturarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.

Σ Procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= No facturable.

c. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario no registradas como sala específica para tal fin.

Σ Asistencias en otras dependencias.= No facturable.

4. Extracción de órganos y tejidos.–Condición indispensable para poder considerar estas prestaciones será la existencia del correspondiente registro, asentimiento familiar o judicial y hoja quirúrgica en la Historia Clínica del paciente.

Extracción mono-orgánica: Número de donantes a los que se extrae exclusivamente un órgano o ambos riñones.

Extracción multiorgánica: Número de donantes en los que se extrae más de un órgano interno. Se tendrá en cuenta que la extracción de ambos riñones se considera extracción mono orgánica.

Extracción multi-tejidos: Aquella en la que se realiza extracción de al menos dos tipos de tejidos: córneas, huesos largos (más de tres piezas), tejidos cardiovasculares (segmentos vasculares, válvulas cardíacas) y piel.

Extracción mono-orgánica + multi-tejidos: Se recogerán aquellos casos en que coinciden ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado «Extracción mono-orgánica» ni en el apartado «Extracción multi-tejidos».

Extracción multi-orgánica + multi-tejidos: Se recogerán aquellos casos en que coincidan ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado «Extracción multi-orgánica» ni en el apartado «Extracción multi-tejidos».

Valoración y medición de procedimientos de valoración singular a efectos de facturación

Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: Extracción de órganos y tejidos.

La medición de las actividades de Procedimientos de valoración singular de este apartado se efectúa a través del SIAE, y se aplica la tarifa correspondiente.

En el valor asignado a cada procedimiento de valoración singular se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece 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.

Ajustes de procedimientos de valoración singular a efectos de facturación

La facturación de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:

a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

Σ procedimientos de valoración singular sin informe.= No facturable.

b. No podrán facturarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.

Σ procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= No facturable.

5. Diálisis.—Se consideran pacientes en tratamiento de hemodiálisis: Promedio mensual de pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis ambulatoria, excluyendo aquellos con insuficiencia renal aguda y los hospitalizados por este motivo, ya sea en el propio Centro Sanitario o en centro concertado. Se excluyen de este criterio las sesiones de enfermos agudos o crónicos reagudizados, en régimen de hospitalización. A efectos de facturación se considera que un paciente realiza anualmente 156 sesiones ambulatorias de hemodiálisis.

Se consideran pacientes en tratamiento de diálisis domiciliaria: Promedio mensual de pacientes dializados en el domicilio. Se distinguen los tratados mediante: hemodiálisis o diálisis peritoneal. A efectos de facturación se considera que un paciente realiza anualmente 360 sesiones ambulatorias de diálisis peritoneal.

En todos ellos es necesario que el registro figure en la Historia Clínica.

Valoración y medición de procedimientos de valoración singular a efectos de facturación

Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: pacientes del ámbito sustitutorio en Hemodiálisis en hospital, en centro concertado y domiciliaria y Diálisis Peritoneal.

La medición de actividades de este apartado de Procedimientos de valoración singular se efectúan a través del SIAE, y se aplica la tarifa correspondiente.

En el valor asignado a cada procedimiento de valoración singular se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece 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.

Ajustes de procedimientos de valoración singular a efectos de facturación

La facturación de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, con las siguientes consideraciones:

a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

$\Sigma$  procedimientos de valoración singular sin informe.= No facturable.

b. Se detraerá el importe de los tratamientos suministrados a pacientes del ámbito poblacional de las zonas básicas de salud asignadas durante los períodos de hospitalización.

$\Sigma$  tratamientos periodos de hospitalización.= No facturable.

c. No podrán facturarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.

$\Sigma$  procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= No facturable.

d. No podrán facturarse para el mismo paciente y en el mismo periodo diferentes tratamientos de diálisis.

$\Sigma$  tratamientos diálisis diferentes en mismo paciente y periodo.= No facturable.

e. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias diferentes a las definidas.

$\Sigma$  asistencias en otras dependencias.= No facturable.



6. Dispensación ambulatoria de fármacos de uso hospitalario para pacientes externos del ámbito de las zonas básicas de salud asignadas.–Pacientes externos, del ámbito poblacional de las zonas básicas de salud asignadas, que reciben medicación directamente en el Servicio de Farmacia del Hospital. Se incluyen exclusivamente los fármacos recogidos en PROSEREME, es decir, los correspondientes a los pacientes con VIH en tratamiento con antirretrovirales, pacientes con biterapia (rivaririna + interferón) para la hepatitis viral C, pacientes en tratamiento de esclerosis múltiple (interferón) y pacientes con Eritropoyetina en prediálisis o quimioterapia.

Valoración y medición de procedimientos de valoración singular a efectos de facturación

Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario para pacientes externos del ámbito poblacional de las zonas básicas de salud asignadas. Se recogen en este epígrafe: pacientes VIH en tratamiento con antirretrovirales, pacientes de hepatitis viral C en biterapia, pacientes en tratamiento por esclerosis múltiple y pacientes en tratamiento con eritropoyetina tanto en diálisis como en quimioterapia, expresados en promedio mensual de pacientes con la patología descrita y en programas de dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario, excluyendo los hospitalizados por este motivo.

La medición de las actividades de Procedimientos de valoración singular de este apartado se efectúa a través del SIAE, y se aplica la tarifa correspondiente.

En el valor asignado a cada procedimiento de valoración singular se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece 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.

Ajustes de procedimientos de valoración singular a efectos de facturación

La facturación de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, con las siguientes consideraciones:

a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de prescripción con informe en la Historia Clínica.

Σ procedimientos de valoración singular sin prescripción.= No facturable.

b. Se detraerán todos aquellos tratamientos facturados que no se correspondan con los medicamentos de uso hospitalario para pacientes ambulatorios incluidos en el PROSEREME.

Σ tratamientos diferentes a los incluidos.= No facturable.

c. Se detraerá el importe de los tratamientos suministrados a pacientes del ámbito poblacional de las zonas básicas de salud asignadas durante los períodos de hospitalización.

Σ tratamientos periodos de hospitalización.= No facturable.

*Penalizaciones especiales de la cláusula adicional*

Penalizaciones por aplicación de la estipulación octava del cláusula adicional.

Si el proceso de auditoría evidenciara la facturación al Servicio Madrileño de Salud de asistencia cuyo abono le corresponde en virtud de normas legales o reglamentarias a otros seguros públicos (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Seguro Escolar, Convenios Internacionales, etc...) o privados (vehículos a motor, deportes federados, caza...) o a terceros, se detraerá la asistencia prestada de la valoración de la actividad y se descontará dos veces su valor.

## ANEXO II

CARTERA DE SERVICIOS Y MODALIDADES ASISTENCIALES<sup>1</sup>

ESPECIALIDAD	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL	HOSPITALIZACIÓN INTENSIVA	CONSULTA EXTERNAS	HOSPITAL DE DÍA	QUIRÓFANO /TÉCNICAS	URGENCIAS /GUARDIA
ALERGIA	X		X	X	T	G
ANESTESIA	X	X	X	X	T / Q	F
CARDIOLOGÍA	X	X	X	X	T	L
CIRUGÍA GENERAL	X		X	X	Q	F
CIRUGÍA CARDIACA	X		X	X	Q	L
CIRUGÍA MAXILO-FACIAL	X		X	X	Q	L
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	X		X	X	Q	L
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REP.	X		X	X	Q	L
CIRUGÍA TORÁCICA	X		X	X	Q	L
CIRUGÍA VASCULAR	X		X	X	Q	L
DERMATOLOGÍA	X		X	X	T / Q	L
DIGESTIVO	X		X	X	T	G
ENDOCRINOLOGÍA	X		X	X	T	G
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	X		X	X	T / Q	F
HEMATOLOGÍA	X		X	X	T	L
MEDICINA INTERNA	X		X	X		F
MEDICINA INTENSIVA	X	X	X			F
NEFROLOGÍA	X		X	X	T	G
NEUMOLOGÍA	X		X	X	T	G
NEUROLOGÍA	X		X	X	T	G
NEUROCIRUGÍA	X		X	X	Q	L
ONCOLOGÍA MÉDICA	X		X	X		G
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	X		X	X		L
OFTALMOLOGÍA	X		X	X	T / Q	L
OTORRINOLARINGOLOGÍA	X		X	X	T / Q	L
PEDIATRÍA*	X		X	X		F
PSIQUIATRÍA	X		X	X		G
REHABILITACIÓN	X		X	X	T	
REUMATOLOGÍA	X		X	X		G
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	X		X	X	Q	F
UROLOGÍA	X		X	X	Q	L

\*Incluye Neonatología 1º nivel (Excluido 2º nivel de neonatología e intensivos pediátricos).

QUIRÓFANO / TÉCNICAS: Q actividad quirúrgica, T técnicas diagnósticas y/o terapéuticas

URGENCIAS / GUARDIA: F guardia de presencia física, L guardia localizada, G guardia en "grupo" de especialidades médicas.

<sup>1</sup> El Centro Sanitario se compromete a no realizar cambios en estas modalidades asistenciales sin previa autorización del Servicio Madrileño de Salud.

## ANEXO III

<b>HOSPITAL GOMEZ ULLA</b>			
<b>CONCEPTO</b>	<b>TARIFA</b>	<b>ACTIVIDAD ESCENARIO</b>	<b>FINANCIACIÓN 2011</b>
<b>Actividad medida en U.C.H.</b>			
Altas		5.775	
Peso medio de las altas		1,5000	
UCH	1.024,66	8.662,5000	8.876.114,17
C.M.A.		1,925	
Peso medio de las altas		0,8000	
UCH	963,79	1.540,0000	1.484.234,71
<b>TOTAL ACTIVIDAD MEDIDA EN UCH</b>			<b>10.360.348,89</b>
<b>Actividad Ambulatoria</b>			
Primeras consultas	56,64	43.000	2.435.313,60
Primeras de Alta Resolución	90,62	5.000	453.093,00
Consultas Sucesivas	33,98	86.000	2.922.572,40
Urgencias NO ingresadas	71,32	30.000	2.139.723,00
Otros Procesos Quirúrgicos Ambulatorios	139,07	2.000	278.148,60
Ttos. Hospital de Día Oncohematológico	292,85	2.000	585.697,80
Ttos. Hospital de Día SIDA	274,81	0	0,00
Ttos. Hospital de Día Geriátrico	51,15	0	0,00
Ttos. Hospital de Día Psiquiátrico	51,15	100	5.114,61
Ttos. Hospital de Día Otros Médicos	157,45	1.800	283.411,98
<b>TOTAL ACTIVIDAD AMBULATORIA</b>			<b>9.103.074,99</b>
<b>Procedimientos de valoración singular</b>			
Extracción mono-orgánica	3.901,92	0	0,00
Extracción multi-orgánica	6.551,44	0	0,00
Extracción multi-tejidos	1.230,81	0	0,00
Extracción mono-orgánica + multi-tejidos	4.930,46	0	0,00
Extracción multi-orgánica + multi-tejidos	7.395,69	0	0,00
Hemodiálisis en Hospital	25.263,72	12	303.164,67
Hemodiálisis en centro concertado	16.527,36	0	0,00
Díálisis domiciliaria	14.394,75	0	0,00
Díálisis I ambulatoriacontinua (CAPD)	11.746,46	3	35.239,39
Hemodinamica diagnóstica ambulatoria:	618,85	0	0,00
Hemodinámica Terapéutica ambulatoria:	4.978,28	0	0,00
Estudio polisomnográfico	248,19	0	0,00
Litotricia	573,40	0	0,00
Paciente tratado con radioterapia	967,75	0	0,00
Radiocirugía simple	1.209,72	0	0,00
Radiocirugía fraccionada	2.377,49	0	0,00
<b>TOTAL PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR</b>			<b>338.404,06</b>
<b>Dispensación ambulatoria de fármacos</b>			
Tratamiento VIH con Antirretrovirales (adulto)	8.279,91	11	91.078,97
Tratamiento VIH con Antirretrovirales (pediatrico)	6.586,07	0	0,00
Tratamiento Hepatitis C	7.097,06	9	63.873,56
Tratamiento Esclerosis Múltiple	10.976,79	3	32.930,37
Tratamiento con Eritropoyetina (prediálisis)	1.251,92	5	6.259,61
Tratamiento con Eritropoyetina ( oncohematológico)	3.406,59	0	0,00
<b>TOTAL DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS</b>			<b>194.142,52</b>
<b>TOTAL IMPORTE</b>			<b>19.995.970,45</b>

**Hemodiálisis en hospital:** las sesiones estimadas para el periodo son 7.800 sesiones equivalentes a 50 pacientes/año (156 sesiones por paciente)

## ANEXO IV

<b>HOSPITAL GOMEZ ULLA</b>			
<b>CONCEPTO</b>	<b>TARIFA</b>	<b>ACTIVIDAD ESCENARIO</b>	<b>FINANCIACIÓN MÁXIMA</b>
<b>Actividad medida en U.C.H.</b>			
Altas		7.425	
Peso medio de las altas		1,5000	
UCH	1.024,66	11.137,5000	11.412.146,80
C.M.A.		2.475	
Peso medio de las altas		0,8000	
UCH	963,79	1.980,0000	1.908.301,77
<b>TOTAL ACTIVIDAD MEDIDA EN UCH</b>			<b>13.320.448,57</b>
<b>Actividad Ambulatoria</b>			
Primeras consultas	56,64	53.659	3.038.961,95
Primeras de Alta Resolución	90,62	10.732	972.492,29
Consultas Sucesivas	33,98	107.317	3.646.999,02
Urgencias NO ingresadas	71,32	44.000	3.138.260,40
Otros Procesos Quirúrgicos Ambulatorios	139,07	3.162	439.691,88
Ttos. Hospital de Día Oncohematológico	292,85	2.683	785.692,17
Ttos. Hospital de Día SIDA	274,81	0	0,00
Ttos. Hospital de Día Geriátrico	51,15	0	0,00
Ttos. Hospital de Día Psiquiátrico	51,15	0	0,00
Ttos. Hospital de Día Otros Médicos	157,45	2.146	337.943,82
<b>TOTAL ACTIVIDAD AMBULATORIA</b>			<b>12.360.041,54</b>
<b>Procedimientos de valoración singular</b>			
Extracción mono-orgánica	3.901,92	1	3.901,92
Extracción multi-orgánica	6.551,44	1	6.551,44
Extracción multi-tejidos	1.230,81	0	0,00
Extracción mono-orgánica + multi-tejidos	4.930,46	8	39.443,68
Extracción multi-orgánica + multi-tejidos	7.395,69	3	22.187,06
Hemodiálisis en Hospital	25.263,72	12	303.164,67
Hemodiálisis en centro concertado	16.527,36	36	594.984,99
Diálisis domiciliaria	14.394,75	0	0,00
Diálisis I ambulatoriacontinua (CAPD)	11.746,46	3	35.239,39
Hemodinamica diagnóstica ambulatoria:	618,85	0	0,00
Hemodinámica Terapéutica ambulatoria:	4.978,28	0	0,00
Estudio polisomnográfico	248,19	45	11.168,52
Litotricia	573,40	47	26.949,67
Paciente tratado con radioterapia	967,75	0	0,00
Radiocirugía simple	1.209,72	0	0,00
Radiocirugía fraccionada	2.377,49	0	0,00
RX Intervencionista vascular diagnóstica ambulatoria	358,50	0	0,00
RX Intervencionista vascular terapéutica ambulatoria	799,31	0	0,00
<b>TOTAL PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR</b>			<b>1.043.591,35</b>
<b>Dispensación ambulatoria de fármacos</b>			
Tratamiento VIH con Antirretrovirales (adulto)	8.279,91	25	206.997,66
Tratamiento VIH con Antirretrovirales (pediátrico)	6.586,07	0	0,00
Tratamiento Hepatitis C	7.097,06	20	141.941,25
Tratamiento Esclerosis Múltiple	10.976,79	7	76.837,53
Tratamiento con Eritropoyetina (prediálisis)	1.251,92	10	12.519,23
Tratamiento con Eritropoyetina ( oncohematológico)	3.406,59	0	0,00
<b>TOTAL DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS</b>			<b>438.295,66</b>
<b>TOTAL IMPORTE</b>			<b>27.162.377,12</b>

## ANEXO V

### CARTERA DE SERVICIOS DISPONIBLE PARA ATENCIÓN PRIMARIA<sup>1</sup>

#### CONSULTAS EXTERNAS

• ALERGOLOGÍA
• CARDIOLOGÍA
• CIRUGÍA GENERAL Y AP. DIGESTIVO
• CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
• DERMATOLOGÍA
• ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
• GINECOLOGÍA
• MEDICINA DEL AP. DIGESTIVO
• MEDICINA INTERNA
• NEUMOLOGÍA
• NEUROLOGÍA
• OBSTETRICIA
• OFTALMOLOGÍA
• OTORRINOLARINGOLOGÍA
• PEDIATRÍA
• PSIQUIATRÍA
• REUMATOLOGÍA
• UROLOGÍA

<sup>1</sup> Las pruebas de Laboratorio y Radiodiagnóstico se muestran a continuación clasificadas según "La Cartera de Servicios para Atención Primaria".

## CARTERA DE SERVICIOS PARA ATENCIÓN PRIMARIA LISTADO DE PRUEBAS

### NIVEL A: Pruebas de acceso libre desde Atención Primaria

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido fólico</li> <li>• Ácido úrico</li> <li>• Ácido valproico, niveles de</li> <li>• Ácido úrico en orina de 24 horas</li> <li>• Aclaramiento de creatinina</li> <li>• Actividad de protrombina</li> <li>• Alaninoaminotransferasa</li> <li>• Albúmina</li> <li>• Amilasa</li> <li>• Anormales y sedimento</li> <li>• Anticuerpos anti-VIH</li> <li>• Aspartatoaminotransferasa</li> <li>• Bilirrubina directa</li> <li>• Bilirrubina total</li> <li>• Calcio</li> <li>• Calcio en orina de 24 horas</li> <li>• Cálculo urinario</li> <li>• Carbamacepina, niveles de</li> <li>• Citología vaginal</li> <li>• Colesterol HDL</li> <li>• Colesterol LDL</li> <li>• Colesterol total</li> <li>• Coprocultivo</li> <li>• Creatinínfosfoquinasa</li> <li>• Creatinina</li> <li>• Creatinina en orina de 24 horas</li> <li>• Cultivo de exudado de la cavidad oral</li> <li>• Cultivo de exudado conjuntival</li> <li>• Cultivo de exudado endocervical</li> <li>• Cultivo de exudado faringoamigdalal</li> <li>• Cultivo de exudado ótico</li> <li>• Cultivo de exudado purulento de heridas, abscesos, úlceras,...</li> <li>• Cultivo de exudado perianal</li> <li>• Cultivo de exudado uretral</li> <li>• Cultivo de exudado vaginal</li> <li>• Cultivo de hongos de exudados/ Muestras de piel y anejos</li> <li>• Cultivo faríngeo de <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>• Cultivo de micobacterias en orina y en esputo</li> <li>• Digoxina, niveles de</li> <li>• Drogas de abuso</li> <li>• Examen Anatomopatológico</li> <li>• Factor reumatoide</li> <li>• Fenitoína, niveles de</li> <li>• Fenobarbital, niveles de</li> <li>• Ferritina</li> <li>• Fibrinógeno</li> <li>• Fosfatasa alcalina</li> <li>• Fósforo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gamma-glutamyltransferasa</li> <li>• Gasometría</li> <li>• Glucosa</li> <li>• Hemoglobina glicada</li> <li>• Hemograma</li> <li>• Hierro</li> <li>• Índice albúmina/creatinina</li> <li>• Índice calcio/creatinina en orina de 24 horas o en 1ª micción</li> <li>• Iones en orina de 24 horas</li> <li>• Iones en sangre</li> <li>• Lactato deshidrogenasa</li> <li>• Litio, niveles de</li> <li>• Microalbuminuria</li> <li>• Osmolalidad calculada</li> <li>• O'Sullivan, test de</li> <li>• Oxiuros en heces</li> <li>• Parásitos en heces</li> <li>• Proteína C reactiva total</li> <li>• Proteínas totales</li> <li>• Proteínas totales en orina de 24 horas</li> <li>• Proteinograma</li> <li>• Reticulocitos</li> <li>• Saturación de transferrina</li> <li>• Serología de Brucella</li> <li>• Serología de Citomegalovirus</li> <li>• Serología de Hepatitis A</li> <li>• Serología de Hepatitis B</li> <li>• Serología de Hepatitis C</li> <li>• Serología de hidatidosis</li> <li>• Serología de mononucleosis</li> <li>• Serología de rubeola</li> <li>• Serología de sífilis</li> <li>• Serología de toxoplasmosis</li> <li>• Sobrecarga oral de glucosa</li> <li>• Teofilina, niveles de</li> <li>• Tiempo de tromboplastina parcial activada</li> <li>• Toxina de <i>Clostridium difficile</i></li> <li>• Transferrina</li> <li>• Triglicéridos</li> <li>• Urea</li> <li>• Urea en orina</li> <li>• Urocultivo</li> <li>• Vitamina B12</li> <li>• Velocidad de sedimentación globular</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiología de tórax</li> <li>• Radiología ósea</li> <li>• Radiología simple de abdomen</li> </ul>
--	---



## CARTERA DE SERVICIOS PARA ATENCIÓN PRIMARIA

## LISTADO DE PRUEBAS

## NIVEL A CON RECOMENDACIONES:

## Pruebas de acceso libre desde Atención Primaria siguiendo las recomendaciones de las indicaciones en Atención Primaria

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17-Hidroxiprogesterona</li> <li>• Ácido 5-hidroxiindolacético</li> <li>• Aldosterona</li> <li>• Alfetoproteína</li> <li>• Androstendiona</li> <li>• Anticuerpos antimitocondria</li> <li>• Anticuerpos antinucleares</li> <li>• Anticuerpos antitiroideos</li> <li>• Antígeno carcinoembrionario</li> <li>• Antígeno prostático específico</li> <li>• Catecolaminas en orina</li> <li>• Cistografía isotópica</li> <li>• Cistografía miccional seriada</li> <li>• Cortisol en orina de 24 horas</li> <li>• Cultivo de esputo</li> <li>• Cultivo de exudado nasal</li> <li>• Cultivo de semen</li> <li>• Dehidroepiandrosterona</li> <li>• Detección de <i>Streptococcus agalactiae</i></li> <li>• Detección de virus en heces</li> <li>• Espermograma</li> <li>• Estradiol</li> <li>• Estudio de infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Estudio de parásitos hemáticos</li> <li>• Estudio de digestión de grasas en heces</li> <li>• Estudio de inmunidad celular C4/C8</li> <li>• Estudio microbiológico de prostatitis</li> <li>• Gonadotropina coriónica humana, subunidad Beta</li> <li>• Grupo sanguíneo y Rh</li> <li>• Hormona estimulante del tiroides</li> <li>• Hormona folículo estimulante</li> <li>• Hormona luteinizante</li> <li>• Inmunoglobulina E</li> <li>• Inmunoglobulina E específica frente a <i>Anisakis</i></li> <li>• Inmunoglobulina E específica frente a neuroalergenos</li> <li>• Inmunoglobulinas totales e IgG, IgM e IgA</li> <li>• Parathormona intacta</li> <li>• Perfil tiroideo</li> <li>• pHmetría</li> <li>• Piridinolinas en orina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prick test para proteínas vacunas, leche y huevo</li> <li>• Progesterona</li> <li>• Prolactina</li> <li>• Proteína S</li> <li>• Renina</li> <li>• Sangre oculta en heces</li> <li>• Serología fiebre Q</li> <li>• Serología <i>Mycoplasma pneumoniae</i></li> <li>• Serología de Rickettsia</li> <li>• Serología de sarampión</li> <li>• Serología de varicela</li> <li>• Test de Coombs indirecto</li> <li>• Test del aliento H2</li> <li>• Test de aliento de <i>Helicobacter pylori</i></li> <li>• Test del sudor</li> <li>• Testosterona</li> <li>• Tiroxina libre</li> </ul> <p>Audiometría</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia</li> <li>• Ecografía abdominal</li> <li>• Ecografía de cadera</li> <li>• Ecografía craneal</li> <li>• Ecografía musculoesquelética</li> <li>• Ecografía prostática</li> <li>• Ecografía testicular</li> <li>• Ecografía tiroidea</li> <li>• Ecografía urológica</li> <li>• Endoscopia digestiva alta</li> <li>• Enema opaco</li> <li>• Estudio esófagogastroduodenal</li> <li>• Fondo de ojo</li> <li>• Gammagrafía cortical</li> <li>• Monitorización ambulatoria de la presión arterial</li> <li>• Ortopantomografía</li> <li>• Rectosigmoidoscopia</li> <li>• Telerradiografía de columna</li> <li>• Telerradiografía de miembros inferiores</li> </ul>
--	--

## CARTERA DE SERVICIOS PARA ATENCIÓN PRIMARIA

### LISTADO DE PRUEBAS

#### NIVEL B: PRUEBAS DISPONIBLES BAJO PROTOCOLO CENTRALIZADO

- Anticuerpos IgA anti-transglutaminasa humana tisular humana
- Control del Tratamiento de Anticoagulación Oral
- Ecografía de mama
- Mamografía
- Densitometría
- Ergometría
- Holter
- Tomografía Computarizada