

CLÁUSULA ADICIONAL DECIMOQUINTA AL CONVENIO SINGULAR MARCO SUSCRITO ENTRE EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD Y LA “FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ UNIÓN TEMPORAL DE EMPRESAS LEY 18/1982 DE 26 DE MAYO”, PARA LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES EN EL PERÍODO 1 DE ENERO A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024.

En Madrid, a fecha de firma

R E U N I D O S

De una parte, la Ilma. **D^a. Laura Gutiérrez Barreno**, Viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 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, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y el 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, en su redacción dada por la Disposición final Primera del Decreto 246/2023, de 4 de octubre, del Consejo de Gobierno.

Y de la otra, **D. Juan Antonio Álvaro de la Parra**, en representación de la “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” (en adelante la FJD-UTE), actuando en virtud de poder otorgado por la empresa “IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.U.” en escrituras otorgadas ante el Notario de Madrid D. Luis Enrique Garcia Labajo de elevación a público de Acuerdos Sociales, de 22 de febrero de 2018, con el número 364 de su protocolo, y de poder general, de 23 de noviembre de 2017, con el número de protocolo 2787.

M A N I F I E S T A N

Que el Convenio Singular Marco suscrito en fecha 28 de diciembre de 2006, entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Hospital “Fundación Jiménez Díaz - Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982, de 26 de mayo” prevé en su Estipulación Sexta, el establecimiento de Cláusulas Adicionales en las que se determinarán las variables técnicas, asistenciales, económicas y de cualquier otra índole en las que habrá de materializarse dicho Convenio. Así mismo, las Cláusulas Adicionales, en sus variables técnico asistenciales y económicas, podrán ser modificadas o complementadas, por acuerdo de ambas partes, cuando las necesidades asistenciales del Servicio Madrileño de Salud lo requieran.

Que con fecha 3 de marzo de 2011 el Consejo de Gobierno autorizó un Acuerdo de Novación al Convenio Singular Marco suscrito en fecha 28 de diciembre de 2006, entre el Servicio Madrileño de Salud y la “Fundación Jiménez Díaz - Unión Temporal de

Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” modificando determinadas condiciones del citado Convenio. Con fecha 21 de noviembre de 2013 el Consejo de Gobierno autorizó una nueva modificación a las condiciones del citado Convenio.

Que en la estipulación Tercera del citado Acuerdo de novación se introdujo el sistema de retribución de la actividad de libre elección, mediante una remisión a los precios públicos sanitarios vigentes aplicándose una minoración del 10%. En la actualidad esos precios se encuentran todavía establecidos en la Orden 727/2017, de 7 de agosto por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid (BOCM de 21 de agosto de 2017). El incremento del coste de estos servicios y actividades en los últimos seis años ha sido muy notable, lo que hace que a día de hoy los precios públicos contenidos en la citada orden no respondan al coste de prestación de los servicios, de modo que resulta obligada su actualización en aplicación de lo previsto en el artículo 28 del Texto Refundido de la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad de Madrid; actualización que el SERMAS está actualmente acometiendo. En el caso de que la nueva orden no se aprobara a lo largo del 2024, las partes entienden que, tal y como ha ocurrido en relación con la asistencia prestada durante 2023, no tiene sentido la aplicación en la retribución de la libre elección del descuento del 10 % al que se hace referencia en la referida estipulación Tercera, habida cuenta de que esa previsión se introdujo en un contexto en el que, de acuerdo con lo previsto en el Texto Refundido de la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad de Madrid, los precios públicos cubrían todos los costes económicos de las diferentes prestaciones. La exclusión de este descuento para el caso de no actualización de los precios públicos sería, propiamente, una mera adaptación de lo previsto en el Convenio a las actuales circunstancias (la evidente desactualización de los precios públicos de 2017) mediante la fijación de las variables económicas en las que se materializa el Convenio, y no propiamente una modificación de este. Modificación en cualquier caso posible mediante una Cláusula Adicional tal y como prevé la estipulación Décima 2 del Convenio.

Que el régimen económico del Convenio Singular será el previsto en el apartado Séptimo del mismo y, de forma específica, en las Cláusulas Adicionales que se suscriban periódicamente.

A estos efectos, las partes formalizan la presente Cláusula Adicional para el período de 1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024, de acuerdo con las siguientes:

E S T I P U L A C I O N E S

PRIMERA: Objeto de la presente Cláusula adicional

El objeto de la presente Cláusula Adicional es la regulación, para el período comprendido entre el 1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024 de la prestación de asistencia sanitaria a los beneficiarios del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid por la FJD-UTE, con la extensión y condiciones que más adelante se especifican, así como la contraprestación económica que la FJD-UTE va a percibir por estos servicios.

SEGUNDA: Asistencia sanitaria telemática

Aquella asistencia que, por su naturaleza, pueda ser realizada de modo telemático o telefónico, será financiada al 67% de la asistencia presencial equivalente en primera consulta y, al 40 % en el caso de las consultas sucesivas. La FJD-UTE adoptará los protocolos y directrices para la asistencia telemática que, en su caso, apruebe el SERMAS para los centros de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, los cuales quedarán automáticamente incorporados a la presente Cláusula sin necesidad de formalización de adenda y serán de obligado cumplimiento para la FJD-UTE. Corresponde en exclusiva a la Administración sanitaria su determinación, teniendo consideración como consulta no presencial a efectos de facturación, aquellas en las que el acto médico se realiza sin presencia física del paciente, y en la que existe una interpretación de información clínica, conforme a la definición de las prestaciones que figuran en el Anexo C.A. I – Definición y alcance de la prestación de servicios.

Los porcentajes referidos podrán ser revisados por las partes para futuras cláusulas adicionales si se acredita mediante los correspondientes informes que la evolución de los costes de la asistencia telemática respecto de la presencial se separa, al alza o a la baja, de dichos porcentajes.

TERCERA. Terapias avanzadas

Para el caso que la FJD-UTE resulte acreditada, en el marco de la ERTA, como centro de referencia en terapias avanzadas, podrá formalizarse una Adenda para su inclusión como actividad asistencial prestar por la FJD-UTE donde deberán recogerse los criterios correspondientes tanto para la prestación del servicio como su financiación.

CUARTA. Las modalidades de prestación de servicios por la FJD-UTE:

1. **Hospitalización.**
2. **Estancias en hospitalización a Domicilio.**
3. **Urgencias** (con o sin ingreso posterior).

4. **Consultas externas.**
 - i. Primeras
 - ii. Sucesivas
 - iii. Primeras de Alta Resolución
5. **Actividad quirúrgica mayor ambulatoria (C.M.A.).**
6. **Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios.**
7. **Hospital de Día.**
 - i. Oncohematológico (estancias)
 - ii. Infeccioso/SIDA (estancias)
 - iii. Médico/pediátrico (estancias)
 - iv. Psiquiátrico (estancias)
 - v. Geriátrico (estancias)
8. **Procedimientos de valoración singular.**
 - i. Implante coclear
 - ii. Implantación de neuroestimulador intracraneal, electrodos medulares y bombas para el tratamiento del dolor, generadores y neuroestimuladores y desfibriladores, holterimplantables, cápsula endoscópica
 - iii. Revisión de marcapasos sin sustitución de generador
 - iv. Revisión de marcapasos con sustitución de generador
 - v. Extracción de órganos y tejidos e implante de tejidos
 - vi. Litotricia
 - vii. Hemodinámica terapéutica ambulatoria
 - viii. Hemodinámica diagnóstica ambulatoria
 - ix. Hemodiálisis en hospital
 - x. Hemodiálisis en centro concertado
 - xi. Hemodiálisis domiciliaria
 - xii. Diálisis peritoneal continua ambulatoria
 - xiii. Diálisis peritoneal con cicladora
 - xiv. Diálisis peritoneal con cicladora de bajo volumen
 - xv. Radioterapia y braquiterapia
 - xvi. Estudio polisomnográfico. Estudios de epilepsia realizados mediante Video-EEG.
 - xvii. Fecundación In Vitro
 - xviii. Criopreservación de células progenitoras (cfr. Anexo C.A. V.A.)
 - xix. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGPI) con estudio genético
 - xx. PGTA Análisis embrionario

- xxi. Radiología intervencionista ambulatoria
 - xxii. PET-TAC
 - xxiii. Pruebas Genéticas
 - xxiv. Banco de Semen
 - xxv. Tratamientos del temblor esencial y asociado al Parkinson (HIFU)
 - xxvi. Sesiones de Neurorrehabilitación robótica
 - xxvii. Radioterapia adaptativa
9. Todas aquellas técnicas diagnósticas contempladas en el Catálogo de Pruebas disponibles desde Atención Primaria, recogidas en el **Anexo C.A. IIA. Cartera de Servicios para Atención Primaria.**
10. **Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario para pacientes del ámbito sustitutorio.**
- 10.1 Medicamentos incluidos en Programas Terapéuticos con tarifa específica:
 - i. Pacientes VIH en tratamiento con antirretrovirales
 - ii. Pacientes en tratamiento de la hepatitis viral C (antivirales de acción directa). Solo se facturará si el paciente y su tratamiento está correctamente registrado en RUA-VHC
 - iii. Pacientes en tratamiento esclerosis múltiple
 - iv. Pacientes en tratamiento con Eritropoyetina en pre-diálisis y quimioterapia ambulatoria
 - v. Pacientes en tratamiento de hepatitis B
 - vi. Pacientes en tratamiento con Hormona de crecimiento
 - vii. Pacientes en tratamiento de Hipertensión Pulmonar (No parenteral)
 - viii. Pacientes en tratamiento de Artritis Reumatoide (T. Biológica)
 - ix. Pacientes en tratamiento de Artritis Psoriásica (T. Biológica)
 - x. Pacientes en tratamiento de Espondiloartropatias (T. Biológica)
 - xi. Pacientes en tratamiento de Psoriasis (T. Biológica)
 - xii. Pacientes en tratamiento de Enfermedad inflamatoria intestinal (T. Biológica)
 - xiii. Pacientes en tratamiento de Asma (T. Biológica)
 - xiv. Pacientes en tratamiento de Dermatitis atópica (Terapias Biológicas)
 - xv. Pacientes en tratamiento de Hipercolesterolemia en tratamiento con Otros agentes modificadores de lípidos (subgrupo terapéutico C10AX)
 - xvi. Pacientes en tratamiento de la Profilaxis de la Migraña (T. biológica)
 - xvii. Pacientes en tratamiento de la Poliquistosis renal autosómica dominante

- xviii. Pacientes en tratamiento de la Hidrosadenitis supurativa
 - xix. Pacientes en tratamiento de Arteritis de células gigantes
 - xx. Pacientes en tratamiento de la Uveítis no infecciosa (adultos e infantil)
 - xxi. Pacientes en tratamiento de la Urticaria Crónica Espontánea
 - xxii. Tratamientos de Profilaxis de la infección por el VIH post exposición de riesgo
 - xxiii. Tratamientos Profilaxis de la infección por el VIH pre exposición
- 10.2 Medicamentos sin tarifa específica:
 - xxiv. Medicamentos antineoplásicos orales (ANEO): Se incluirán los medicamentos orales DHDH o de Uso hospitalario de los grupos terapéuticos ATC: L01, L02 y L04: L04AX02 (talidomida), L04AX04 (lenalidomida), L04AX05 (pirfenidona) y L04AX06 (pomalidomida).
 - xxv. Inmunoglobulinas subcutáneas: J06BA01 correspondientes a las Inmunoglobulinas con vía de administración subcutánea.
 - xxvi. Medicamentos antiinfecciosos de dispensación hospitalaria: subgrupos terapéuticos A07, J01, J02, J05 (excepto aquellos medicamentos incluidos en los programas terapéuticos con tarifa de los apartados i, ii, v).
 - xxvii. Otras enfermedades que se traten con medicamentos: DHDH o de Uso hospitalario en sus indicaciones aprobadas por la EMA y/o AEMPS y financiados en el SNS. Si durante la vigencia de estas Cláusula se financiasen por el SNS otros medicamentos para las mismas indicaciones que los incluidos en este apartado, también serían financiados:
 1. Tratamiento de la epilepsia refractaria Epidiolex y Fenfluramina
 2. Tratamiento de la enfermedad de Wilson: Trientina
 3. Tratamiento de la narcolepsia: Pitolisant y Oxibato de sodio
 4. Tratamiento de Colangitis Biliar Primaria: Ácido obeticólico
 5. Tratamiento de Púrpura Trombocitopénica Idiopática Eltrombopag, avatrombopag
 6. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson avanzada: Levodopa + carbidopa y Levodopa + carbidopa + entacapona
 7. Lupus eritematoso sistémico y Nefritis lúpica: Belimumab, Voclosporina
 8. Tratamiento de Amiloidosis cardiaca: Tafamidis
 9. Tratamiento de la enfermedad de Still: Anakinra
 10. Tratamiento de la neuromielitis óptica: Satralizumab

11. Tratamiento de la alopecia areata: Baricitinib
 12. Tratamiento de la rinosinusitis crónica con pólipos nasales: Mepolizumab
 13. Tratamiento de síndromes hipereosinofílicos (granulomatosis eosinofílica con poliangeitis y síndrome hipereosinofílico): Mepolizumab
 14. Tratamiento depresión mayor resistente: Esketamina
- xxviii. Programa de Hormonas FIV recogidos en la Resolución 555/2022 y Resolución 45/2022.
- xxix. Dispositivos intrauterinos (DIUS)
- xxx. Enfermedades raras (es aquella cuya prevalencia es inferior a 5 casos por cada 10.000 personas en la Comunidad Europea).
- xxxi. Fármacos pre y post trasplante: Plerixafor en la movilización y recolección de células madre hematopoyéticas en sangre periférica en trasplante de médula ósea.
- xxxii. Los tratamientos de dispensación hospitalaria que entren en financiación pública durante el periodo de vigencia de la Cláusula, serán financiados por el SERMAS desde el momento que comiencen a dispensarse conforme a las indicaciones autorizadas y de acuerdo, en su caso, con los criterios establecidos por el SERMAS. Esta financiación no supondrá superar el techo de financiación previsto en la estipulación Sexta.9.

La tarifa a aplicar en el apartado 10.2. Medicamentos sin tarifa específica será la definida en el apartado 2) Medicamentos antineoplásicos orales (ANEO) y otros en el Anexo C.A.-V.D

- 10.3 Dietas enterales a Centros Socio Sanitarios según instrucciones del SERMAS.

11. Material entregado a pacientes con bombas de insulina.

12. Reposición de componentes externos de implantes cocleares de acuerdo con las instrucciones vigentes de la Dirección General competente en materia asistencial para los hospitales del SERMAS.

13. Sistema de monitorización de glucosa intersticial (SMG), o similares cuando sean usados de acuerdo al circuito implantado por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

14. La definición y alcance de cada uno de estos conceptos se recogen en el **Anexo C.A. I. Definición y Alcance de la Prestación de Servicios**. Que serán de aplicación tanto para la actividad sustitutoria como de libre elección. Y la financiación de esta última, se hará conforme a lo establecido al respecto por el manual de facturación intercentros o procedimiento específico de facturación que se entienda más adecuado y que sea aprobado por la Administración sanitaria para el conjunto de centros de la Red Sanitaria Única De Utilización Pública.

15. Vinculada a la actividad asistencial, la FJD-UTE participará en el **programa de formación sanitaria especializada por el sistema MIR** según la adjudicación de plazas resultante de los procesos anuales de selección.

16. Actividad de Prevención, en programas de la Comunidad de Madrid, previo encargo y autorización expresa por parte del SERMAS.

QUINTA: Asistencia Sanitaria.

1. La oferta asistencial de la “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” al Servicio Madrileño de Salud, sujeta a Convenio, queda determinada por la Cartera de Servicios del Servicio Madrileño de Salud que se incorpora como Anexo C.A.- II. Cartera de Servicios, de la presente Cláusula. Aquella asistencia que sea prestada de manera telemática será financiada según lo previsto en la Estipulación segunda.
2. En el caso de que un paciente del ámbito sustitutorio necesite prestaciones asistenciales no incluidas en la Cartera de Servicios concertada, o bien será trasladado a un Centro Hospitalario Público del Servicio Madrileño de Salud, o concertado, en su caso, mediante el correspondiente Parte de Canalización en la forma y condiciones que a estos efectos establezca el órgano correspondiente de la Consejería de Sanidad, o bien se autorizará la inclusión de la prestación en el catálogo de prestaciones del Convenio, mediante adenda. Los gastos ocasionados serán a cargo del SERMAS (excluidos los productos intermedios, que serán a cargo de la Fundación Jiménez Díaz).
3. Si se da una circunstancia en la que por caso fortuito o causa de fuerza mayor el centro no pueda proporcionar alguna de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios concertada, deberá ponerlo en conocimiento del Servicio Madrileño de Salud, para dirigir su asistencia a los centros que éste determine, responsabilizándose en todo caso, la FJD-UTE, de todos los gastos que se generen.
4. Tendrá la consideración de **asistencia sanitaria sustitutoria**:
 - a. La recogida en la estipulación 3ª apartado A del Convenio Singular de Carácter Marco de 28 de diciembre de 2006.
 - b. El acceso ordinario de los pacientes del ámbito sustitutorio se efectuará mediante Cita centralizada a través del CAP, u otros canales alternativos de citación puestos a disposición de los pacientes por parte del SERMAS, a instancias de un facultativo de Atención Primaria que emitirá el

correspondiente Parte de Interconsulta (PIC), o documentación que para otros supuestos establezca el órgano competente de la Consejería de Sanidad.

- c. La atención prestada a pacientes acogidos a cualquier concierto internacional de asistencia sanitaria es considerada de carácter sustitutorio siempre que sean remitidos por los facultativos de las Zonas Básicas de Salud asignadas, mediante Cita centralizada a través del CAP a instancias de un facultativo de Atención Primaria que emitirá el correspondiente Parte de Interconsulta (PIC), o documentación que para otros supuestos establezca el órgano competente de la Consejería de Sanidad. Esta atención deberá ser comunicada al Servicio Madrileño de Salud para su posterior facturación al Instituto Nacional de la Seguridad Social.
 - d. La asistencia de carácter urgente cualquiera que sea la procedencia del paciente, y no concurra tercero obligado al pago. Con la excepción de lo previsto en el punto 5.
 - e. La Fundación no podrá rechazar asistencia alguna, sobre los pacientes del ámbito sustitutorio, que se encuentre prevista en su Cartera de Servicios.
 - f. Con respecto a la actividad prevista y de conformidad con lo establecido en la Estipulación Tercera y Séptima del Convenio Singular Marco, el Acuerdo de Novación del Convenio Singular de fecha 3 de marzo de 2011, autorizado por acuerdo del Consejo de Gobierno de la misma fecha; la Fundación asumirá completa e integralmente la atención sanitaria especializada de las nuevas Zonas Básicas de Salud incorporadas al Convenio Singular.
5. Tendrá la consideración de **asistencia sanitaria vinculada a libre elección** toda la atención especializada que se practique sobre pacientes de la Comunidad Autónoma de Madrid procedentes de Zonas Básicas de Salud distintas de las asignadas bajo condición sustitutoria que hayan ejercido su derecho a la libre elección de hospital y médico en virtud del Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid, Título IV artículo 27 apartado 9 de la Ley 12/2001, de 23 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y la Ley 6/2009 de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, que establece el derecho a la libre elección de médico así como a una segunda opinión.
- a. La Fundación no podrá rechazar la asistencia solicitada en aquellas especialidades susceptibles de inclusión en la libre elección de especialista y hospital.
 - b. Y la asistencia de carácter urgente de cualquier paciente con derecho a financiación pública en los términos del convenio singular.
6. La asistencia sanitaria a pacientes bajo condición sustitutoria, inicialmente comprometida estimada para el período de 1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024, se refleja como **Anexo C.A. IV.- Actividad Asistencial**.

7. La Cartera de Servicios de pruebas de apoyo diagnóstico para los facultativos de atención primaria de las Zonas Básicas de Salud asignadas, viene definida en **el Anexo C.A.- II.A Cartera de Servicios para Atención Primaria**. No obstante, podrá ser modificada recogiendo todas las mejoras que en este campo implante el Servicio Madrileño de Salud, que serán recogidas mediante adenda, según se recoge en el Convenio Singular en vigor.

Tendrán, para el ejercicio 2024, el alcance y plazo de respuesta que se especifica, sin perjuicio de que se adapten automáticamente, para ejercicios futuros, a los que establezca el Servicio Madrileño de Salud con carácter general.

- a. **Análítica:** El tiempo máximo de entrega de los resultados analíticos al centro peticionario (computado desde la entrega de la muestra al Hospital hasta la recepción de resultados) será, con carácter general, de **tres días hábiles**. En las determinaciones cuyo tiempo técnico de obtención de resultados sea superior a este plazo, se computará el plazo añadiendo **dos días laborables** al tiempo técnico de obtención.
- b. **Diagnóstico por Imagen:** Las pruebas realizadas supondrán la accesibilidad a imagen o soporte de impresión, junto con el informe suscrito por el radiólogo del Hospital.
En todo caso el informe debe ser accesible al centro peticionario en las cuarenta y ocho horas siguientes a la realización de la prueba.
- c. El tiempo máximo de realización de las pruebas (computado desde la recepción de la indicación de la prescripción hasta la realización de estudio) será de **tres días naturales** para peticiones **preferentes**, **quince días naturales** para radiología simple; **quince días naturales** en **mamografía diagnóstica**, con sospecha de patología maligna y **treinta días naturales** en **ecografía, TC y RM**. En todo caso, el **informe** debe ser remitido al centro peticionario en las **cuarenta y ocho horas siguientes** a la realización de la prueba.
- d. **Anatomía Patológica:** El tiempo máximo de entrega del informe (computado desde la entrega de la muestra al Hospital hasta la recepción en el centro peticionario) será, con carácter general, de quince días naturales.
- e. **Estudios endoscópicos:** para los estudios endoscópicos solicitados tanto por Atención Primaria como por Atención Especializada, el tiempo máximo de entrega del informe (computado desde la recepción de la prescripción hasta la realización del estudio) será, con carácter general, de **quince días naturales**. El informe debe ser remitido al centro peticionario en las 48 horas siguientes a la realización de la prueba, salvo que se remita muestra a Anatomía Patológica, en cuyo caso el plazo será de 15 días.
- f. **Otras pruebas** El tiempo máximo de realización de las 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 **treinta días naturales**.

Las prestaciones solicitadas por Atención Primaria están sujetas al acuerdo entre las partes según lo establecido en la Estipulación octava punto 22, según **Anexo C.A.-II.A.- Cartera de Servicios para Atención Primaria**, y nunca inferior al promedio de prestaciones solicitadas por Atención Primaria de los Hospitales de su

grupo, de forma que las necesidades de pruebas adicionales deberán ser prescritas (en su caso) por los facultativos de la FJD-UTE., previa atención en consulta externa.

8. Medicina Nuclear y exploraciones de Cardiología y Neurofisiología: para los estudios solicitados por Atención Especializada el tiempo máximo de realización de las pruebas (computado desde la recepción de la prescripción hasta la realización del estudio) será de **15 días naturales**. El **informe** correspondiente deberá remitirse al peticionario en los **tres días siguientes**.

9. Las intervenciones quirúrgicas incluidas en la Cartera de Servicios, programadas y de carácter sustitutorio tendrán los siguientes tiempos de espera contados desde la indicación quirúrgica:

- a. En cumplimiento del plan integral de reducción de la espera quirúrgica, a 31 de diciembre del 2024 la demora máxima de cualquier proceso quirúrgico programado no podrá ser superior a 30 días, con el fin de garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias a los residentes en las zonas básicas asignadas con carácter sustitutorio a la FJD-UTE. Las intervenciones quirúrgicas de carácter urgente se realizarán de acuerdo con la disponibilidad de dispositivos técnicos, sin demora.
- b. Las intervenciones quirúrgicas derivadas del **programa de reducción de lista de espera quirúrgica** estarán supeditadas a la resolución prioritaria de la actividad sustitutoria debiendo realizarse en los plazos que se determinen específicamente en la derivación; en cualquier caso, **no podrán excederse los plazos anteriormente definidos**.

Estos tiempos de espera se modificarán si se establecen tiempos distintos para el resto de los hospitales públicos del grupo 3, en cuyo caso dichos tiempos serán también de aplicación a la FJD.

10. 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 en el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica (**RULEQ**).

11. **La espera máxima** por la atención de las **citas** solicitadas **desde Atención Primaria** con sospecha de malignidad 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 **veinte días naturales a partir de la fecha de la primera consulta**.

12. **La espera máxima** para la atención de **primeras consultas**, ya sean solicitadas por facultativos de Atención Primaria o derivadas desde urgencias u otros servicios del Hospital, no podrá ser superior a **treinta días naturales**, computados desde la fecha de indicación de la citación.

13. Estas esperas no serán de aplicación para aquella actividad asistencial que supere el pacto de derivación recogido en el **Anexo C.A.- IV. Actividad Asistencial**.

14. Las esperas serán valoradas a través del fichero del Sistema de Información de Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas (**SICYT**) y si fuera necesario a través del CAP. Este fichero deberá ser remitido mensualmente por la FJD-UTE. al Servicio Madrileño de Salud.

15. En la Estipulación Novena de la presente Cláusula, se establecen las penalizaciones económicas por el incumplimiento de los plazos citados en los párrafos anteriores, por causas imputables a la Fundación Jiménez Díaz.

16. Con independencia de los plazos máximos de respuesta previstos en los apartados anteriores, la “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” atenderá, lo antes posible, las **solicitudes de asistencia o pruebas** que sean indicadas como **urgentes** por los facultativos de Atención Primaria, C.E.P. y los del propio Hospital.

17. Salvo que por criterio técnico-sanitario se justifique otro orden de prioridad, los pacientes, en todas las modalidades asistenciales, serán atendidos por riguroso orden cronológico de solicitud de asistencia o indicación de prueba, intervención quirúrgica o tratamiento.

18. Periódicamente, el Servicio Madrileño de Salud efectuará una verificación del grado de cumplimiento de las esperas previstas. En caso de que estas se aparten de las establecidas por el Servicio Madrileño de Salud, la “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” deberá elaborar un plan de absorción de las esperas. Dicho plan, con independencia de las posibles penalizaciones económicas que más adelante se determinan, será objeto de seguimiento por el Servicio Madrileño de Salud.

19. Durante el ejercicio 2024 la Fundación Jiménez Díaz actualizará la oferta asistencial a las demandas y necesidades de la población asignada en ámbito sanitario implantando y desarrollando los Programas Especiales siguientes según lo establecido por la Comunidad de Madrid:

- a. Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- b. Estrategia de atención al dolor.
- c. Plan Estratégico de Cuidados Paliativos.
- d. Planes Estratégicos de Especialidades, implementando acciones de mejora propuestas por los profesionales.
- e. Plan Estratégico de Salud Mental.
- f. Atención a los pacientes con ictus en fase aguda, mediante la implantación del Equipo de Ictus.
- g. Programa de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria para los pacientes dados de alta hospitalaria, incluidos familiares y/o personas cuidadoras.
- h. Implantar y desarrollar actuaciones que fortalezcan la continuidad asistencial mediante la información clínica compartida entre niveles.
- i. Potenciar las políticas de eficiencia aplicadas a la utilización racional de los medicamentos.
- j. Mejora del proceso de atención en urgencias, según los criterios que se determinen por el Servicio Madrileño de Salud.
- k. Colaborar, mantener y participar en el “Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer” (SDIC), denominado RTMAD (Registro de Tumores de Madrid) tanto en su carácter Poblacional como Hospitalario.
- l. Implementar sistemas de alerta, control y seguimiento del proceso de detección precoz y atención integral al cáncer. De especial relevancia será favorecer la participación y colaboración en los Programas de Cribado implantados y/o desarrollados en la Comunidad, facilitando los datos necesarios para el seguimiento de las personas participantes y la realización de las pruebas necesarias en tiempo y forma, principalmente en el Programa de Detección

- Precoz del Cáncer de Mama y Prevecolon en la Comunidad de Madrid, y cualquier otro que se implante en el Servicio Madrileño de Salud.
- m. Mantener la figura del Coordinador del Programa Integral de Detección y Asesoramiento del Cáncer familiar como referente en lo relacionado a la atención sanitaria de los pacientes y familiares que lo necesiten en su área de influencia, desarrollando, en los centros que estén catalogados como de referencia, los laboratorios que efectúan los test genéticos básicos necesarios de acuerdo a los criterios del programa vigente,
 - n. Atención a los pacientes oncológicos según lo establecido por el Plan Integral de Control del Cáncer en la Comunidad de Madrid, en especial en lo referente a la creación de Comités de Tumores, la asistencia por medio de equipos multidisciplinares y la necesidad de aplicación de planes terapéuticos personalizados.
 - o. Sistema de control y Seguimiento del Proceso de Atención al Cáncer en la Comunidad de Madrid, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes con sospecha, diagnóstico reciente o antiguo de cáncer en el ámbito de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid implementando acciones de mejora derivadas del registro sistemático del proceso y los resultados para el retorno de la información a los actores implicados en dicho proceso, y actuar de forma especial mediante programas de prevención de los tumores más prevalentes.
 - p. Marco estratégico de Responsabilidad Social Sociosanitaria
 - q. Y aquéllos otros que se implanten por el órgano competente a lo largo del año 2024, con su financiación correspondiente, si procede.

20. Para la obtención de los campos incluidos en el CMBD definido por el Ministerio de Sanidad, la codificación de los diagnósticos y los procedimientos de la asistencia sanitaria se realizará de acuerdo a la clasificación CIE-10, o aquella que, en cada momento, resulte de aplicación. La Fundación Jiménez Díaz, al igual que el resto de Hospitales dependientes del Servicio Madrileño de Salud debe tener sus sistemas de información, tanto de actividad como de facturación, adaptados al sistema vigente de codificación.

SEXTA: Régimen Económico. Facturación

- 1 A efectos de determinar la contraprestación económica, la actividad asistencial del Hospital, en el período 1 de enero a 31 de diciembre 2024, será valorada de acuerdo con las siguientes unidades:
 - **Altas hospitalarias**, valoradas de acuerdo al peso medio asignado al C.M.B.D. de cada alta por la versión 35 para la actividad sustitutoria y versión 32 para la actividad de libre elección, del agrupador de los Grupos Relacionados de Diagnóstico Refinados (GRD-APR). La medición se realiza en Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH), resultado del producto del número de altas por el peso medio de las mismas.
 - **Estancias en Hospitalización a Domicilio**
 - **Actividad quirúrgica mayor ambulatoria**, valorados en la actividad sustitutoria de acuerdo al peso medio asignado al C.M.B.D. de cada intervención quirúrgica, según la versión 35 del agrupador de los Grupos

Relacionados de Diagnósticos Refinados (GRD-APR). La medición se realiza en Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH), resultado del producto del número de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) por el peso medio de las mismas.

La actividad quirúrgica de CMA para la actividad de libre elección será valorada con el precio público correspondiente de acuerdo con lo previsto en el apartado 19 de la estipulación Sexta, y los asimilados por el SERMAS, y codificado de acuerdo a la edición en castellano del CIE-10. Los procedimientos facturables en CMA son comunes al resto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud y abarcan todos los procesos quirúrgicos realizados como CMA.

- **Consultas Primeras**
- **Consultas Primeras de Alta Resolución**
- **Consultas Sucesivas**
- **Urgencias sin ingreso**
- **Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios.** Incluye los procedimientos dermatológicos y otros del fichero CMBD ambulatorio y los procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano.
- **Hospital de Día**
 - i. Oncohematológico
 - ii. SIDA
 - iii. Médico/Pediátrico
 - iv. Psiquiátrico
 - v. Geriátrico
- **Procedimientos de valoración singular**
 - i. Implante coclear
 - ii. Implantación de neuroestimulador intracraneal, electrodos medulares y bombas para el tratamiento del dolor, generadores y neuroestimuladores y desfibriladores holterimplantables, cápsula endoscópica
 - iii. Revisión de marcapasos sin sustitución de generador
 - iv. Revisión de marcapasos con sustitución de generador
 - v. Hemodinámica Terapéutica ambulatoria
 - vi. Hemodinámica Diagnóstica ambulatoria
 - vii. Extracción de órganos y tejidos e implante de tejidos
 - viii. Litotricia
 - ix. Hemodiálisis en hospital
 - x. Hemodiálisis en centro concertado
 - xi. Hemodiálisis domiciliaria

- xii. Diálisis peritoneal continua ambulatoria
 - xiii. Diálisis peritoneal con cicladora
 - xiv. Diálisis peritoneal con cicladora de bajo volumen
 - xv. Radioterapia y braquiterapia
 - xvi. Estudio polisomnográfico. Estudios Epilepsia realizados mediante video-EEG
 - xvii. Fecundación in Vitro
 - xviii. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGPI) con estudio genético
 - xix. PGTA Análisis embrionario
 - xx. Radiología intervencionista ambulatoria
 - xxi. PET-TAC
 - xxii. Pruebas Genéticas
 - xxiii. Criopreservación de embriones, gametos y células progenitoras hematopoyéticas
 - xxiv. Banco de Semen
 - xxv. Tratamientos del temblor esencial y asociado a Parkinson (HIFU)
 - xxvi. Sesiones de Neurorehabilitación robótica.
 - xxvii. Radioterapia adaptativa
- Enfermedades raras (es aquella cuya prevalencia es inferior a 5 casos por cada 10.000 personas en la Comunidad Europea)

La actividad declarada en las distintas líneas de actividad deberá ser congruente con la información contenida en los Sistemas de Información Sanitaria, más concretamente con el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Sistema de Información de Consultas y Técnicas (SICYT) y Sistema de Información de Urgencias. *Y aquellos otros que la DGA determine como oficiales.*

2. De acuerdo con la Estipulación Tercera del Acuerdo de Novación de 3 de marzo de 2011, las tarifas vigentes para el período desde 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024 serán las tarifas previstas en la Cláusula Adicional 14ª aplicables a 31 de diciembre de 2023 incrementadas por el IPC interanual a 31 de diciembre de 2023. Estimativamente, y hasta la aprobación de ese índice, se ha aplicado a las tarifas de la Cláusula adicional 14ª (tras adaptarlas al IPC definitivo del 2022) un índice de actualización del 3,5%, resultado de aplicar la variación interanual del IPC del año 2023 al mes de septiembre de 2023. Estas tarifas estimativas para las prestaciones ya incluidas en la Cláusula Adicional 15ª se recogen en Anexo C.A.-V.A. Tarifas, en el que también se incluyen, con carácter definitivo, las tarifas de las nuevas prestaciones incluidas por la presente Cláusula.

Una vez se haya publicado la variación del IPC interanual a 31 de diciembre de 2023, las tarifas provisionales establecidas en el anexo indicado se ajustarán, en

más o en menos a dicho índice, sin que ello suponga la modificación del techo máximo de financiación establecido en el apartado sexto. Estas tarifas definitivas conforme a lo indicado serán las aplicables en la liquidación correspondiente al período de vigencia de la Cláusula.

3. Con motivo del importante incremento acumulado de los tratamientos de Hospital de Día derivado de la introducción de medicamentos biológicos y antineoplásicos parenterales cuya indicación está financiada por el Sistema Nacional de Salud, y cuyo coste supera la financiación correspondiente a la tarifa asignada a dicho **Hospital de Día Oncohematológico**, se hace necesario diferenciar tarifas de hospital de día en función de los distintos tratamientos, para pacientes del ámbito sustitutorio y de libre elección. En el Hospital de Día Oncohematológico, se recoge la posibilidad de aplicar dos tipos de tarifa; una tarifa general por estancia en Hospital de Día Oncohematológico **recogida en el Anexo C.A.- V.A.**; o bien una tarifa específica en base a los programas por ciclo finalizado recogido en el **Anexo C.A. V.B.- Hospital de Día Oncohematológico. Programas** que se calcula como el importe de la estancia en Hospital de Día Oncohematológico más el importe correspondiente al coste de adquisición determinado por el SERMAS para los distintos ciclos definidos.
4. Dispensación ambulatoria de medicamentos de dispensación hospitalaria para pacientes del ámbito sustitutorio y de libre elección. Se incluyen los fármacos recogidos en el Anexo C.A.-V.D. Programas de Dispensación a Pacientes Externos, dietas enterales a centros sanitarios, programas de hormonas de FIV, así como los aprobados a lo largo del periodo de vigencia de la Cláusula, que podrán ser recogidos en las correspondientes adendas.
5. Compensación por Docencia a facultativos residentes (MIR). Se financiará en función de los costes de los médicos residentes aplicando las tarifas vigentes en cada ejercicio para el conjunto de la red sanitaria única de utilización pública. **Recogida en el Anexo C.A.-V.C. Tarifas MIR.**
6. El presupuesto de financiación máximo para el periodo entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024 con cargo al Servicio Madrileño de Salud en concepto de asistencia sanitaria sustitutoria es CUATROCIENTOS TREINTA MILLONES DE EUROS (430.000.000,00 €)
7. Estos presupuestos contemplan el gasto de los procesos de IVE en centros concertados, los PET-TAC, el material entregado a pacientes con bombas de insulina, los componentes externos de implantes cocleares y otros dispositivos externos, los sistemas de monitorización de glucosa intersticial (SMG) o similares, la actividad de prevención (previo encargo expreso, en su caso), los gastos de búsqueda de donantes, los gastos farmacológicos previos y post trasplante del trasplantado y donante, la criopreservación de embriones, gametos y células progenitoras hematopoyéticas, banco de sangre y, en su caso, los medicamentos para el tratamiento de pacientes con enfermedades poco frecuentes o raras, con autorización o aprobación previa de sus tarifas.
8. Se excluyen del techo de financiación las prestaciones que se financien como actividad complementaria definida en el punto 20.
9. Asimismo y, respecto de los programas recogidos en los subapartados XXIV a XXXII del apartado 10 de la estipulación cuarta, incluidas las dietas enterales suministradas a centros sociosanitarios y programas de hormonas para FIV se

actualizarán las tarifas incluyendo los medicamentos no contemplados a los que se refieren estos programas, en el apartado “2) Medicamentos antineoplásicos orales y otros” del Anexo C.A. V.D.- Programas de Dispensación Pacientes Externos – para el período de vigencia de la presente cláusula.

10. El presupuesto de financiación con cargo al Servicio Madrileño de Salud para el programa de medicamentos de dispensación hospitalaria para pacientes externos y para los programas de dispensación en el Hospital de Día Oncohematológico listados en el Anexo C.A.V.B. Hospital de Día Oncohematológico, del ámbito sustitutorio, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, asciende a CUARENTA Y TRES MILLONES VEINTIOCHO MIL CIENTO NOVENTA EUROS CON CUARENTA Y DOS CÉNTIMOS DE EURO (43.028.190,42 €)
11. Por necesidades del Servicio Madrileño de Salud, complementariamente se podrá suscribir una Adenda a esta Cláusula Adicional para financiar la actividad que pueda ser realizada en **el Programa de reducción de Lista de Espera Quirúrgica o Lista de Espera Diagnóstica**.
12. Tampoco se encuentra incluida en los anteriores importes, la formación docente postgraduada vinculada al sistema MIR que se financia con arreglo a los volúmenes y tarifas recogidos en esta Cláusula y cuya cuantía para este periodo, se estima en de DIEZ MILLONES CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y TRES EUROS CON CUARENTA Y SEIS CÉNTIMOS DE EURO (10.179.053,46€)
13. El **Anexo C.A.IV Actividad Asistencial**, recoge la actividad inicialmente estimada en ámbito sustitutorio en el periodo 1de enero a 31 de diciembre de 2024.
14. Durante el año 2024 los médicos residentes estimados por la Consejería de Sanidad son los siguientes:

	Número de efectivos
MIR 1 Año	83
MIR 2 Año	78
MIR 3 Año	74
MIR 4 Año	64
MIR 5 Año	14

15. En el valor asignado a la unidad de complejidad y a las tarifas 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 R.D. 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 en el citado **Anexo C.A.- II B. Cartera de Servicios Complementaria para Atención Hospitalaria**. El gasto derivado de la **actividad asistencial**, así como la docencia postgraduada MIR y la dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario para estos pacientes será

contraído contra el **programa 312A imputable a la partida 25202** del vigente presupuesto de gastos de la Comunidad de Madrid.

16. Para homogenizar el criterio de la imputación del gasto derivado de la libre elección con el aplicado en el resto de hospitales concesionados y concertados, el posible gasto derivado de la libre elección de especialista y hospital, así como el posible gasto derivado de la actividad complementaria, sería contraído contra el programa 312A imputable al subconcepto 25202 del presupuesto de gastos de la Comunidad de Madrid, una vez verificada y auditada la actividad realizada.
17. El cómputo de un procedimiento de valoración singular (procedimiento extraído) no podrá computarse asimismo como alta en actividad sustitutoria, de libre elección o lista de espera.
18. El abono de los servicios se realizará **mensualmente “a cuenta”** por importe del **noventa y cinco por ciento (95%)** de la doceava parte del importe previsto en esta Cláusula Adicional, para la **actividad sustitutoria** y para la **financiación del MIR** para el período de 1 de enero a 31 de diciembre de 2024.

El importe de **farmacia para el ámbito sustitutorio** a la que se refiere el apartado 10 de esta Estipulación, se abonará **a mes vencido contra factura**.

19. Para la retribución de toda la actividad de libre elección realizada al amparo de la presente Cláusula Adicional se aplicarán los precios públicos que se incluyan en la Orden que sustituya a lo largo de 2024 a la vigente Orden 727/2017, de 7 de agosto por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid, minorados en un 10%. En el caso de no aprobarse la nueva Orden en 2024, los precios públicos aplicables a estos efectos serán los de la Orden actualmente vigente sin ninguna minoración.
20. Financiación como actividad complementaria ordenada por el SERMAS como se indica en el Convenio Singular:
 - a. Los DGPI realizados a ciudadanos de libre elección, con la misma tarifa que se aplique en los pacientes del ámbito sustitutorio.
 - b. Los componentes externos de oftalmología y los lectores oculares u otros sistemas de comunicación para pacientes con trastornos neuromotores según BOE: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, en los apartados de la cartera común del Sistema Nacional de Salud correspondientes a atención especializada en consulta para incluir los lectores oculares u otros sistemas de comunicación, tanto a pacientes del ámbito sustitutorio como de libre elección se financiarán por el coste acreditado de adquisición por la FJD-UTE.
 - c. El tratamiento del temblor esencial y asociado al Parkinson (HIFU) según los circuitos establecidos por el SERMAS, tratándose de una actividad ordenada y aplicándose la tarifa del precio medio SERMAS.
 - d. Sesiones de neurorehabilitación robótica, aplicando la tarifa del precio medio del SERMAS.
 - e. Radioterapia adaptativa, se seguirán los mismos criterios que para el resto de tratamientos de radioterapia y se aplicará la tarifa del precio medio SERMAS.
21. Los tratamientos de criopreservación a ciudadanos de libre elección se facturarán a la tarifa del precio medio SERMAS

22. La reposición de componentes externos de implantes cocleares de acuerdo con las instrucciones vigentes de la Dirección General competente en materia asistencial para los hospitales del SERMAS, tanto para pacientes del ámbito sustitutorio como de libre elección. Se financiarán al coste acreditado de adquisición por la FJD-UTE siempre que no exista establecido en el SERMAS un IMF (Importe Máximo de Financiación) por reembolso.
23. Al solo efecto del abono a cuenta de las cantidades indicadas en los párrafos anteriores, y con el fin de agilizar los flujos de tesorería, la Fundación Jiménez Díaz presentará, sin perjuicio del proceso de facturación y liquidación que más adelante se describe, factura por la cuantía del abono “a cuenta” previsto para el mes en los primeros días del mes posterior.
24. No obstante, a mes vencido, la Fundación Jiménez Díaz presentará relación valorada mensual de la asistencia sanitaria sustitutoria efectivamente realizada de conformidad con el **Anexo C.A.- VI. Facturación** que se incluye en esta Cláusula Adicional.
25. En cumplimiento de las instrucciones en materia de facturación emitidas por la Consejería de Economía y Hacienda en cumplimiento de la Ley Orgánica 2/2012 de abril de estabilidad presupuestaria la Administración no garantizará el pago, en los términos previstos, de las facturas que no sean entregadas en el plazo máximo previsto en la normativa.
26. El resto de términos económicos se regirán según lo establecido en el Convenio Singular que ampara esta Cláusula Adicional.

SÉPTIMA: Liquidación final

1. Proceso de auditoría:

Se realizará durante el primer semestre del 2025, una auditoria de carácter asistencial, cuyas conclusiones y propuestas serán de aplicación para la liquidación, y que deberá contemplar al menos los siguientes apartados para las diferentes modalidades de actividad asistencial:

- a. Actividad sustitutoria y la derivada del ejercicio de la libre elección de médico especialista y/o hospital.
- b. Actividad derivada de programas especiales establecidos por el Servicio Madrileño de Salud.
- c. Adecuación de los criterios de codificación y clasificación de la casuística en CMBD de hospitalización y ambulatoria; y de la adecuación de los GRD's, así como de su peso específico.
- d. Grado de cumplimiento de la espera en la Lista de Espera Quirúrgica, en Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas.
- e. En la Auditoría de Actividad Asistencial se valorará exclusivamente la documentación relativa al proceso asistencial que conste expresamente en la historia clínica y en los registros oficiales del Sistema de Información (SIAE, SICYT, CMBD, ...).

- f. Para la auditoría de actividad se auditará una muestra significativa de historias clínicas, correspondiente a las principales líneas de actividad, las de mayor peso específico o las que hayan mostrado una mayor desviación en función de los resultados de las auditorías de años anteriores. La muestra seleccionada para su realización se obtendrá mediante muestreo aleatorio con un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$), una precisión (d) del 5% y una proporción estimada en función también de los resultados de las auditorías de años anteriores. Para ello utilizaremos la aplicación Excel, fórmula ALEATORIO.ENTRE
- g. Para el desarrollo de los trabajos de auditoría de actividad asistencial se seguirán los criterios reflejados en esta Cláusula, así como en el manual de auditoría vigente en el momento de la realización de la actividad asistencial auditada.

La realización de las actuaciones materiales de esta auditoría podrá ser contratada con terceros, sin perjuicio de la facultad del SERMAS de revisar dichas actuaciones.

Una vez finalizada la auditoría, se remitirá a la FJD-UTE una propuesta de liquidación al objeto de puedan realizar las alegaciones que se estimen oportunas, durante el plazo de un mes. Una vez transcurrido dicho plazo y, tras el examen de las mismas se procederá a dictar la oportuna Resolución de liquidación correspondiente. Este procedimiento resulta de aplicación tanto para la actividad sustitutoria como de libre elección.

2. **Ajustes y penalizaciones de la actividad sustitutoria o de la vinculada a Libre elección:**

Se practicarán los ajustes y penalizaciones siguientes:

- a. El número de UCH's generadas por procesos atendidos en hospitalización, comprendidos en el fichero de CMBD de hospitalización, **se ajustará en función:**

Del número de altas hospitalarias de las que se detraerán:

- El número de altas de reingresos por el mismo diagnóstico, en sus diferentes tramos, que superen los resultados globales del Servicio Madrileño de Salud.
- **Del peso medio** obtenido del procesamiento de las altas codificadas. Si el Hospital codifica un porcentaje de altas inferior al 99%, se aplicará el peso medio más bajo de los hospitales de su grupo.

- b. **Ajuste de primeras consultas:** El ratio de consultas primeras generadas en el propio hospital sobre el total de consultas primeras no puede ser más elevado que el ratio medio de los hospitales del Grupo 3 de la Comunidad de Madrid. Todas las consultas primeras generadas por el propio hospital que superen este ratio no se considerarán a efectos de financiación.
- c. **Ajuste de la relación Sucesivas/Primeras:** La relación por cociente entre las Consultas Sucesivas y Consultas Primeras más Consultas Primeras de Alta Resolución (una vez practicado el ajuste anterior) no podrá ser superior a la media del Grupo 3 de los Hospitales de la

Comunidad de Madrid. Para la valoración de este ratio en términos homogéneos con el resto de los hospitales, se incluirá para el cálculo el total de las consultas realizadas (Actividad sustitutoria, Lista de Espera quirúrgica y Libre Elección). Aquellas que excedan esta relación serán descontadas del importe liquidable y se tendrán por no realizadas.

d. Ajuste del Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos de dispensación hospitalaria para pacientes ambulatorios.

- i. Se procederá al pago de los fármacos de dispensación ambulatoria y de los programas de dispensación en el Hospital de Día Oncohematológico listado en el Anexo C.A.V.B Hospital de Día Oncohematológico que sean efectivamente dispensados, en los términos del apartado 9 de la estipulación SEXTA.
- ii. Se procederá al descuento de todos aquellos tratamientos facturados que no se utilicen de acuerdo con las directrices del SERMAS.
- iii. El porcentaje de crecimiento de gasto de los medicamentos incluidos en el programa de ANEO no podrá ser superior al porcentaje de crecimiento de la media de los Hospitales de la Comunidad de Madrid de su grupo. El coste que exceda de este porcentaje de crecimiento será descontado del importe liquidable. Los tratamientos que no se adecuen al protocolo específicamente definido entre la Fundación Jiménez Díaz y el Servicio Madrileño de Salud serán, asimismo, descontados del importe liquidable y no tendrán efectos económicos.

e. Penalizaciones por espera quirúrgica. Si al final del período 1 de enero a 31 de diciembre de 2024 la espera en la realización de intervenciones quirúrgicas supera el límite de 170 días de lista de espera estructural se descontará de la liquidación final el 100% del valor previsto según el APR correspondiente a cada uno de los pacientes con espera superior al objetivo establecido.

La aplicación de esta penalización sólo surtirá efecto tras la consideración conjunta y simultánea de la actividad sustitutoria y la vinculada a la libre elección recogida en esta Cláusula Adicional.

f. Penalizaciones por espera en consultas externas y pruebas diagnósticas desde Atención Primaria. Si, en el corte al final del período 1 de enero a 31 de diciembre de 2024, la espera en la realización de consultas externas y pruebas diagnósticas supera el límite establecido, siempre que la actividad no supere el pacto entre Atención Primaria y Atención Especializada y la causa sea imputable a la FJD-UTE, se detraerá de la facturación el mismo número de consultas externas y pruebas diagnósticas que número de pacientes que superen los tiempos de espera convenidos. Durante el periodo que dure la Pandemia no se tendrá en cuenta esta penalización.

g. Penalizaciones por aplicación de la Estipulación 7.4 del Convenio Singular de Carácter Marco. Si en el proceso de auditoría de la

actividad sustitutoria o de libre elección establecido en la Estipulación Séptima de la presente Cláusula se evidenciara la facturación al Servicio Madrileño de Salud de asistencia cuyo abono le correspondiera en virtud de normas legales o reglamentarias a otros seguros públicos (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Seguro Escolar, etc.) o privados (vehículos a motor, deportes federados, caza...) o a terceros, existiendo documentación que lo avale u otra prueba ajustada a derecho, se detraerá la asistencia prestada de la valoración de la actividad en ese caso concreto descontándose 3 veces su valor.

- h. **Facturación intercentros.** En el supuesto de que el Servicio Madrileño de Salud tuviera conocimiento de algún coste originado por una actuación de la Fundación Jiménez Díaz con repercusión económica en el Servicio Madrileño de Salud, deberá ponerlo en conocimiento de la Fundación y si dicho coste es requerido al SERMAS este podrá minorar ese importe de la liquidación del ejercicio.

Este apartado no es de aplicación para la libre elección de hospital y médico, que se articulará en estipulaciones específicas.

3. Liquidación:

- a. Durante los primeros seis meses del año 2025, prorrogables por otros seis meses a instancia de cualquiera de las partes, se realizará la liquidación definitiva del período de 1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024, comparando las cantidades abonadas con la valoración de la asistencia sanitaria sustitutoria y en su caso, la actividad complementaria efectivamente realizadas, una vez realizados los ajustes y penalizaciones expresados en los apartados anteriores.
- b. En el supuesto de que la valoración de la asistencia sanitaria ajustada sea superior a las cantidades abonadas a cuenta en el período señalado en el apartado anterior, la diferencia será liquidada a favor de la Fundación Jiménez Díaz UTE. En caso contrario, la diferencia será compensada, a favor del Servicio Madrileño de Salud, en el siguiente abono a cuenta que se realice.
- c. Si transcurrido el período inicial de seis meses referido en el apartado a) y con independencia de su eventual prórroga, no se ha llevado a cabo la liquidación definitiva, se podrá realizar, hasta las cantidades pendientes de abono con el máximo del techo de financiación establecido, una liquidación provisional a cuenta de la posterior liquidación definitiva que se lleve a cabo en aplicación de las previsiones de la presente Cláusula adicional.

Si una vez efectuada la auditoria o proceso de liquidación correspondiente, se verificase que las cantidades abonadas al amparo de lo previsto en el párrafo anterior hubieran sido superiores a las debidas, la Administración procederá a reclamar las mismas, compensando la cantidad que resulte a su favor, con los correspondientes intereses de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 77.4 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria. Esta compensación se operará contra el primer pago que deba ser abonado a la FJD UTE en aplicación del Convenio tras la notificación de la liquidación definitiva. Si esta compensación no fuera suficiente para el completo reintegro de la diferencia a favor de la Administración con los

correspondientes intereses, se compensará la cantidad restante contra los sucesivos pagos que deriven de la relación convencional en favor de la FJD hasta que se produzca su total reintegro.

La liquidación definitiva deberá llevarse a cabo con anterioridad al 31 de julio de 2025.

OCTAVA: Programas de Calidad, continuidad asistencial y eficiencia.

El centro sanitario debe adoptar las medidas precisas para **garantizar la seguridad de usuarios y trabajadores**, así como la calidad de los servicios que preste.

En este sentido, le es exigible:

1. El cumplimiento de las normas de salud laboral y protección radiológica, seguridad contra incendios, tratamiento y evacuación de residuos y, en general, la adopción de todas aquellas medidas que sobre estas materias vengan establecidas por las normas de carácter europeo, estatal o autonómico que sean de aplicación.
2. La garantía de igualdad de trato a todos los pacientes, cualquiera que sea su régimen de aseguramiento o la Entidad obligada al pago de los servicios recibidos.
3. La garantía del aseguramiento de la responsabilidad civil que se pueda derivar por las acciones u omisiones de naturaleza sanitaria o extra-sanitaria del centro, empresas o profesionales que presten servicios en el mismo, cualquiera que sea el régimen de vinculación.
4. El cumplimiento de las normas sobre protección de datos de usuarios y pacientes.
5. Tramitación, registro y notificación de los datos estadísticos que se precisen sobre el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los datos personales de los pacientes.
6. Contestación a las reclamaciones, quejas y sugerencias, atendiendo a las pautas que emita el órgano de la Consejería de Sanidad competente en materia de atención al Paciente.
7. El cumplimiento de los postulados éticos sobre buena práctica clínica, investigación, donación y trasplante de órganos y tejidos, uso racional del medicamento y cualesquiera otras materias relacionadas con la actividad del Centro.
8. Los compromisos referentes a Investigación y Docencia se fijarán durante el ejercicio, por acuerdo del Centro Sanitario con la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias y el conocimiento del Servicio Madrileño de Salud.
9. La garantía de cumplimiento de todos los derechos de los pacientes que reconoce nuestro ordenamiento jurídico y, en concreto, los recogidos en la Ley 14/1986 General de Sanidad, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
10. El cumplimiento de lo previsto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el

registro correspondiente, en el Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y en la Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto precitado y se establecen los modelos oficiales.

11. La codificación de las altas hospitalarias y procedimientos ambulatorios (cirugía, hospital de día, y tratamientos diurnos y técnicas especiales) según el sistema de códigos vigente en cada momento y a cumplimentar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.), de conformidad con lo establecido en la Resolución de la Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud de 24 de enero de 2002, el Decreto 69/2015, de 6 de febrero y en el Decreto 89/1999, de 10 de junio, por el que se regula el C.M.B.D. al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria en la Comunidad de Madrid.

12. El establecimiento de mecanismos e indicadores orientados a la mejora de la calidad percibida y la calidad científico-técnica, comprometiéndose el Hospital a implantar las actuaciones y cumplir los objetivos establecidos por el Servicio Madrileño de Salud. Además, establecerá la infraestructura necesaria para llevarlos a cabo y los correspondientes procedimientos de evaluación y seguimiento. En este sentido, el centro tendrá los mismos objetivos que los hospitales de su grupo y respetando la autonomía del centro, los indicadores de calidad deben permitir la comparación con los del conjunto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

El centro sanitario, en la ejecución de esta cláusula adicional, 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.

13. La relación asistencial entre el centro sanitario y los profesionales de Atención Primaria se basará en la existencia de partes de interconsulta con el traslado adecuado de información entre ámbitos asistenciales y la utilización de la cita centralizada a través del CAP. Se desarrollarán, para las patologías más prevalentes en el Área, protocolos de actuación conjunta.
14. El Director de Continuidad Asistencial asumirá el objetivo de mejorar la coordinación del Hospital con Atención Primaria, promoviendo la continuidad en la asistencia como medio para garantizar la seguridad en la atención, la eficiencia del sistema y la satisfacción de usuarios y profesionales. Se establecerá un vínculo, relación y compromiso entre el hospital y AP que permita una atención sanitaria continuada de los pacientes de la Comunidad de Madrid (CM) y una resolución coordinada entre AP y AE de los procesos asistenciales.
15. Los Centros de Atención Primaria y el centro sanitario propiciarán la realización de protocolos para la atención de pacientes de alta precoz postquirúrgica, al objeto de facilitar una mejor recuperación del paciente en su entorno familiar y social y contribuir a una mayor rotación de camas de agudos en el Hospital.
16. Las citaciones para primeras consultas y técnicas diagnósticas se realizarán de forma centralizada a través del CAP; sin perjuicio de ello, el centro observará los circuitos de citación establecidos por el Servicio Madrileño de Salud en el ámbito de programas asistenciales específicos, como es el caso de las derivaciones por sospecha de malignidad del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.
17. El centro sanitario adoptará aquellas medidas tendentes a hacer posible que la Historia Clínica del paciente sea accesible informáticamente y bajo el protocolo que

al efecto se establezca, desde las Unidades de Provisión de Servicios de Atención Primaria y con sujeción a los principios que en materia de confidencialidad, seguridad e integridad de datos, establece la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos, y Ley 41/2002 Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la política de seguridad informática que se establezca para los usuarios del Servicio Madrileño de Salud.

18. Adecuarse a los sistemas que se establezcan para la tramitación de las IT conforme a la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.
19. El centro sanitario utilizará el Sistema de Información Poblacional para la gestión de la Tarjeta Sanitaria de la Comunidad de Madrid (SIP-CIBELES). El número CIPA (Código de Identificación Personal Autonómico) se utilizará como código de identificación personal único para cada uno de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud. Asimismo, cada usuario con derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, contará con un Código Sistema Nacional de Salud (Código SNS), que le identificará ante el Sistema Nacional de Salud y en sus desplazamientos por otras Comunidades Autónomas, en cumplimiento de la Resolución de 17 de mayo de 2010 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, por la que se establece el sistema de identificación único de usuarios del sistema sanitario público madrileño y los criterios homogéneos de filiación en los Centros de Atención Primaria y Atención Especializada adscritos al Servicio Madrileño de Salud.
20. Los informes relativos a asistencias urgentes no ingresadas, a técnicas diagnósticas solicitadas, así como los informes de Alta hospitalaria, podrán ser consultados por la correspondiente Unidad de Provisión de Servicios, en las 24 horas siguientes a la realización del acto asistencial.
21. El centro sanitario se compromete a asegurar la elaboración en consultas externas de la primera receta por los facultativos especialistas de acuerdo con las instrucciones dictadas al efecto. La prescripción deberá, asimismo, adecuarse a los objetivos de uso racional del medicamento y de productos sanitarios, así como del control de recetas definidos en los objetivos de gestión que fije el SERMAS.
22. El centro sanitario participará en los órganos de coordinación Atención Primaria – Atención Especializada. Estos órganos tendrán función consultiva y de coordinación en los aspectos técnico – asistenciales de desarrollo de la presente Cláusula Adicional. En el seno de este órgano consultivo, se establecerán los pactos de demanda de servicios desde Atención Primaria al centro sanitario, así como los criterios de colaboración para el uso racional del medicamento y la elaboración y aplicación de guías farmacoterapéuticas.
23. El centro sanitario se compromete a desarrollar los objetivos de humanización comunes al conjunto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud en las siguientes áreas de actuación:
 - a. Mejorar el compromiso del equipo directivo del centro en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria fomentando una organización saludable.

- b. Mejorar las actividades de información y acompañamiento.
- c. Implantar actividades de humanización de la asistencia sanitaria

Asimismo, llevará a cabo aquellas actuaciones de personalización de la asistencia sanitaria común para todos los hospitales pertenecientes al Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid como guías, protocolos o procedimientos derivados de las directrices que se establezcan desde la Consejería de Sanidad.

24. El centro sanitario se compromete a desarrollar los objetivos de calidad comunes al conjunto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud en las siguientes áreas de actuación:

- a. Mejorar el nivel de calidad percibida de los pacientes implantando acciones de mejora derivadas de las encuestas e impulsando actuaciones a través de los Comités de Calidad Percibida.
- b. Desplegar la seguridad del paciente en la organización a través de objetivos de seguridad del centro, por servicios o unidades, implantación del sistema de notificación de incidentes y errores de medicación CISE Madrid; e impulsar prácticas seguras tales como higiene de manos, seguridad en el paciente quirúrgico y proyectos “zero”, entre otros.
- c. Promover la gestión de calidad, utilizando el modelo de autoevaluación EFQM para realizar autoevaluaciones y sus correspondientes acciones de mejora, desarrollando la gestión ambiental, promoviendo la responsabilidad social sociosanitaria, las actuaciones para proteger la lactancia materna y mejorando la atención del dolor en los pacientes.
- d. Mejorar la información dirigida a los pacientes estableciendo mecanismos de control y coordinación de la información promovida por el centro.
- e. Revisar y mejorar los resultados clave de la organización.

25. El centro sanitario se compromete a cumplir los siguientes objetivos definidos en el ámbito de la **Salud Pública**:

- a. Fomentar las notificaciones de enfermedades de declaración obligatoria y brotes.
- b. Potenciar los Sistemas de Información relacionados con la vigilancia de la infección relacionada con la Asistencia Sanitaria.
- c. Implantar el sistema de notificación microbiológico.
- d. Impulsar la participación en la Red de Hospitales sin Humo.
- e. Participar en el sistema de información de enfermedades raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) incluyendo diagnóstico genético.
- f. Y cualquier otra actuación que sea requerida por Salud Pública.

NOVENA: Seguro de responsabilidad civil.

1. En virtud de lo previsto en la estipulación Cuarta, apartado Tercero, del Convenio Marco de referencia, la “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas

Ley 18/1982 de 26 de mayo” deberá acreditar la constitución de un seguro de responsabilidad civil con tercero, que cubra las acciones u omisiones de naturaleza sanitaria o extra-sanitaria del centro y los profesionales que presten servicio en el mismo (incluida la que se lleve a cabo por terceros), con cobertura **no inferior a 2.000.000 € por víctima y 3.000.000 € por siniestro**. Cualquier indemnización recogida en vía administrativa o judicial superior a los límites establecidos habrá de ser hecha efectiva con cargo a los presupuestos de la FJD-UTE.

2. La “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” exigirá - y se constituye en garante - de las empresas y profesionales que desarrollen actividad en el centro bajo contrato mercantil (incluida la que se lleve a cabo por terceros) la suscripción de un seguro de responsabilidad civil con tercero, con el alcance y cobertura que para la propia “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” se establece en el párrafo anterior.
3. La responsabilidad patrimonial que sea exigida por el funcionamiento del servicio público concertado con la FJD-UTE., se tramitará y resolverá de conformidad con lo dispuesto con la legislación sobre el régimen jurídico de las administraciones públicas.
4. La indemnización que se fije en vía administrativa o jurisdiccional, siempre que no proceda de causas imputables a la Administración, será hecha efectiva por la Fundación Jiménez Díaz o su Compañía Aseguradora.
5. El incumplimiento de tal obligación sin causa justificada habilitará a la Administración para detraer el importe resarcitorio abonado por la misma del importe a satisfacer a la FJD-UTE. por el servicio contratado.

DÉCIMA: Información

1. A efectos de seguimiento de la actividad asistencial del Hospital, la “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo” en el período 1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024, remitirá al órgano competente de la Consejería de Sanidad, la información de acuerdo con las siguientes unidades asistenciales:
 - a. **Altas hospitalarias**, valoradas de acuerdo al peso medio asignado al C.M.B.D. de cada alta por la versión vigente para la actividad sustitutoria y la versión aprobada para la actividad de libre elección del agrupador de los Grupos Relacionados de Diagnóstico Refinados (APR), siendo codificados los diagnósticos y procedimientos de acuerdo al CIE-10 o aquella que en cada momento resulte de aplicación.
 - b. **Estancias en hospitalización a Domicilio**
 - c. **Actividad quirúrgica mayor ambulatoria**, valorados, para la actividad sustitutoria de acuerdo al peso medio asignado al C.M.B.D. de cada intervención quirúrgica, según la versión vigente del agrupador de los Grupos Relacionados de Diagnósticos Refinados (APR).

La actividad de CMA en el ámbito de libre elección será valorada por el procedimiento quirúrgico codificado de acuerdo a la edición en castellano del CIE-10 vigente, o aquella que en cada momento resulte de aplicación.
 - d. **Consultas Primeras**

- e. **Consultas Primeras de Alta Resolución**
- f. **Consultas Sucesivas**
- g. **Actividades preventivas: DEPRECAM y PREVECOLON** (si previo encargo)
- h. **Urgencias sin ingreso**
- i. **Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios.** Incluye los procedimientos dermatológicos y otros del fichero CMBD ambulatorio y los procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano, declarados en el S.I.A.E.
- j. **Hospital de Día**
 - i. Oncohematológico
 - ii. SIDA
 - iii. Médico
 - iv. Psiquiátrico
 - v. Geriátrico
 - vi. Pediátrico
- k. **Procedimientos de valoración singular**
 - i. Implante coclear
 - ii. Implantación de neuroestimulador intracraneal, electrodos medulares y bombas para el tratamiento del dolor, generadores y neuroestimuladores y desfibriladores, holterimplantables y cápsula endoscópica.
 - iii. Revisión de marcapasos sin sustitución de generador
 - iv. Revisión de marcapasos con sustitución de generador
 - v. Hemodinámica Terapéutica ambulatoria
 - vi. Hemodinámica Diagnóstica ambulatoria
 - vii. Extracción de órganos y tejidos e implante de tejidos
 - viii. Litotricia
 - ix. Hemodiálisis en hospital
 - x. Hemodiálisis en centro concertado
 - xi. Hemodiálisis domiciliaria
 - xii. Diálisis peritoneal continua ambulatoria
 - xiii. Diálisis peritoneal con cicladora
 - xiv. Diálisis peritoneal con cicladora de bajo volumen
 - xv. Radioterapia y braquiterapia
 - xvi. Estudio polisomnográfico. Estudio Epilepsia realizados mediante video-EEG
 - xvii. Fecundación in Vitro

- xviii. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGPI) con estudio genético
 - xix. PGTA análisis embrionario
 - xx. Radiología intervencionista ambulatoria
 - xxi. PET-TAC
 - xxii. Pruebas Genéticas
 - xxiii. Criopreservación de embriones, gametos y células progenitoras hematopoyéticas
 - xxiv. Banco de Semen
 - xxv. Tratamientos del temblor esencial y asociado a Parkinson (HIFU)
 - xxvi. Sesiones de Neurorehabilitación robótica.
 - xxvii. Radioterapia adaptativa
2. La actividad declarada en las distintas líneas de actividad deberá ser congruente con la información contenida en los Sistemas de Información Sanitaria, más concretamente con el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Sistema de Información de Consultas y Técnicas (SICYT) y Sistema de Información de Urgencias,
- a. Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario para pacientes del ámbito sustitutorio: Se incluyen exclusivamente los fármacos utilizados en los programas recogidos en el Anexo C.A.- V.D.- Programas de Dispensación a Pacientes Externos. Esta actividad se valora a través del Sistema de Información de Farmacia.
 - b. Las esperas en consulta y técnicas diagnósticas y terapéuticas se valorarán a través del Fichero de Sistema de Información de Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas (SICYT).
 - c. Las esperas quirúrgicas se valorarán a través del Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ).
3. Las modificaciones que, con carácter general, se establezcan en los Sistemas de Información, serán comunicadas de inmediato a la Fundación Jiménez Díaz U.T.E. e incorporadas de forma inmediata.
4. La “Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo”, mensualmente, presentará al Servicio Madrileño de Salud un documento que reflejará todos los pacientes con derecho a asistencia sanitaria por el Servicio Madrileño de Salud que, por razones específicas, nivel asistencial, necesidades diagnósticas y/o terapéuticas no disponibles se hayan derivado durante el mes a otro centro.
5. La Fundación Jiménez Díaz U.T.E. remitirá al Servicio Madrileño de Salud la información que se establezca sobre las prestaciones inducidas por la propia Fundación Jiménez Díaz U.T.E. que, por su ordenación económico asistencial, sean sufragadas por otros centros de gasto del Sistema Público (transporte, ortoprótesis,...).

En relación con las terapias respiratorias domiciliarias (oxigenoterapia, ventiloterapia,...) la Fundación Jiménez Díaz U.T.E. se compromete, además, a

establecer las medidas de gestión necesarias para que los indicadores de prescripción no superen los valores medios de referencia establecidos para el conjunto de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

6. Por el Servicio Madrileño de Salud se establecerá el formato y contenido de estos informes, así como de cualesquiera otros que se estimen necesarios y se refieran al tráfico técnico-sanitario y económico entre ambas partes.

La Fundación Jiménez Díaz U.T.E. deberá cumplir las instrucciones que la Consejería de Sanidad o el Servicio Madrileño de Salud establezcan, encaminadas a mejorar la coordinación y el seguimiento de la presente Cláusula.

7. El centro sanitario remitirá al Servicio Madrileño de Salud, en los **cinco primeros días de cada mes**, un documento que reflejará todos los pacientes que, por razón de su ordenación económico-asistencial, siendo prestaciones inducidas por el propio centro son sufragadas por otros centros de gasto del Sistema Público. En concreto: transporte sanitario, prestación ortoprotésica, terapias respiratorias y centros concertados para Atención Prolongada y Paliativa.

La información relativa a las extracciones de órganos, tejidos y células, e implantes de tejidos y células será enviada a la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes y/o cumplimentada en los plazos y formatos que se determine por la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes. Comprenderá los siguientes apartados:

- a. Donantes de órganos, tejidos y células.
 - b. Control de calidad del proceso de donación.
 - c. Extracciones de órganos, tejidos y células (incluida la sangre de cordón umbilical).
 - d. Implante de órganos, tejidos y células.
 - e. Lista de espera para implante de órganos, tejidos y células.
 - f. Bio-vigilancia del trasplante de órganos, tejidos y células.
8. En caso de no haberlo realizado con anterioridad, el centro sanitario implantará el Registro Madrileño de Enfermos Renales, y realizará la entrada de información de acuerdo a las necesidades del citado Registro, en virtud de lo establecido en la ORDEN 685/2008, de 23 de septiembre, por la que se crea el Registro Madrileño de Enfermos Renales en la Comunidad de Madrid (REMER).
 9. Asimismo, los nuevos sistemas de información que a lo largo del año se pudieran poner en marcha relativos al área de la donación y trasplante de órganos, tejidos y células, quedarán incluidos en la obligación de información y todos ellos serán remitidos al Servicio Madrileño de Salud o cumplimentados en los plazos previstos para cada actividad.
 10. El centro sanitario implantará el registro de tumores RTMAD 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.

11. El centro sanitario dispondrá las medidas necesarias para obtener **donaciones de sangre** que supongan al menos el 65% de los requerimientos hemoterápicos de acuerdo a su actividad asistencial. Así mismo dispondrá de los sistemas informáticos necesarios que garanticen la trazabilidad de los componentes trasfundidos y aseguren la hemovigilancia, de acuerdo a la normativa vigente.
12. Durante el presente período de 1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024, la FJD-UTE continuará con el proceso de **modernización de los sistemas de información** ajustándose a los parámetros que determine la Consejería de Sanidad para el seguimiento y control de la actividad de los pacientes atendidos en dicho centro sanitario a cargo del Servicio Madrileño de Salud. En este sentido, se establecerá un procedimiento tecnológico que permita al Servicio Madrileño de Salud el conocimiento de la actividad y esperas de los pacientes que atiende la FJD-UTE en condiciones equiparables al resto de hospitales.
13. El centro sanitario elaborará una **memoria anual** específica de la actividad realizada a pacientes del Servicio Madrileño de Salud, que incluirá la actividad asistencial, docente e investigadora y económica realizada en el ejercicio anterior.
14. 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 al servicio de las Administraciones Públicas. Así como en la aplicación de la Ley 7/2007, de 21 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid (art.11 Compatibilidad de Servicios de carácter asistencial en el sector público sanitario por razones de interés público).

Igualmente, vendrá obligado a comunicar a los pacientes del Servicio Madrileño de Salud los extremos de esta Cláusula Adicional que puedan afectarles, así como las normas e instrucciones dirigidas a los usuarios de los servicios por el Ministerio competente en materia sanitaria o por la Consejería de Sanidad.
15. El centro sanitario dispondrá de hojas de **reclamación, queja o sugerencias** a disposición del público, que se ajustarán al modelo establecido por la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. La gestión de las reclamaciones, sugerencias y agradecimientos por la atención sanitaria prestada a pacientes procedentes del Servicio Madrileño de Salud se ajustará a 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.
16. 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” (menos de treinta días hábiles), por el Gerente del Hospital o persona en la que hubiera delegado la función. Por parte del Servicio Madrileño de Salud, previo informe de la Dirección del Centro, se contestarán o resolverán las cuestiones que hagan referencia al propio Contrato Programa, su naturaleza y alcance y a las prestaciones del Servicio Madrileño de Salud.
 - a. Se registrarán en la aplicación informática CESTRACK la totalidad de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos interpuestos en el centro, o

se transmitirán automáticamente a aquella desde la aplicación informática de uso en el centro.

- b. La contestación de las reclamaciones incluirá todos los parámetros previstos en la normativa vigente (motivo de la reclamación, actuaciones, conclusión, identificación del firmante).
- c. La contestación de las reclamaciones se ajustará al manual de estilo elaborado por la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- d. El centro estará obligado al establecimiento de áreas de mejora según el resultado de las deficiencias detectadas a través de las sugerencias, quejas y reclamaciones
- e. 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.
- f. No se encuentran incluidas en este apartado las reclamaciones de responsabilidad patrimonial que seguirán los trámites previstos en la legislación aplicable al Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas, y las instrucciones de la Consejería de Sanidad para su tramitación.

UNDÉCIMA: Centros de especialidades

1. Como consecuencia de la reordenación asistencial derivada de la puesta en marcha de los nuevos hospitales y la apertura del hospital de Majadahonda, la Fundación Jiménez Díaz-UTE ha asumido la asistencia especializada de la población del Distrito de Moncloa, así como la consulta especializada derivada desde Atención Primaria en su ámbito poblacional. Para garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios de esa población, se autoriza a la Fundación Jiménez Díaz para que preste los servicios asistenciales de atención especializada, que venían recibiendo, en los **Centros de Especialidades de “Pontones” y “Quintana”** durante el tiempo de vigencia del Convenio singular. En contraprestación la Fundación Jiménez Díaz-UTE continuará abonando a la Administración el **canon de arrendamiento**, en contraprestación por la autorización de uso de los centros de especialidades de Pontones y Quintana, que están incluidos en su área de influencia, determinado de acuerdo con la Ley 3/2001, de 21 de junio Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas y disposiciones de desarrollo.
2. Del importe del canon de arrendamiento serán deducidos, mediante compensación, los importes correspondientes a las inversiones, previamente autorizadas, realizadas y recibidas de conformidad, dentro del Plan Funcional.

DUODÉCIMA: Vigencia e interpretación

1. La vigencia de la presente Cláusula Adicional será desde el día 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024, *“prorrogable por periodos como máximo de un año hasta que se acuerden los objetivos asistenciales y económicos correspondientes a otros periodos o ejercicios sucesivos, en los términos recogidos en el Convenio y en su Acuerdo de Novación”*.
2. Tal como se recoge en el Convenio Marco, la Cláusula Adicional, en sus variables técnico asistenciales y económicas, podrá ser modificada o complementada mediante la correspondiente Adenda, cuando la actividad asistencial así lo requiera, para garantizar la plena e íntegra asunción por parte de la Fundación Jiménez Díaz, de la población de las nuevas zonas básicas asignadas, por acuerdo de las partes, previa tramitación del correspondiente expediente de gasto y por razones de interés público, cuando las necesidades asistenciales del Servicio Madrileño de Salud así lo requieran.
3. Las controversias que puedan suscitarse en la ejecución de la presente Cláusula Adicional serán canalizadas a través de una Comisión Mixta, constituida como órgano de coordinación de las relaciones entre las partes intervinientes en el contrato, y resueltas, a la luz del Convenio Singular Marco que le sirve de referencia, por el Servicio Madrileño de Salud, la cual ostenta la prerrogativa de interpretar el presente Convenio singular y de resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento. Frente a esta resolución cabrá recurso ante el propio órgano y, en su caso, ante los Tribunales de Justicia de Madrid.

**En prueba de conformidad, se firma el presente Documento, en duplicado
ejemplar, en el lugar y la fecha arriba indicados.**

**POR EL SERVICIO MADRILEÑO DE
SALUD.**

**POR LA “FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ -
UNIÓN TEMPORAL DE EMPRESAS LEY
18/1982 DE 26 DE MAYO”.**

Fdo.: Laura Gutiérrez Barreno

Fdo.: Juan Antonio Álvaro de la Parra