

Instituto Aragonés de Servicios Sociales, con efectos 10 de febrero de 2007, asignando al puesto de trabajo n.º R.P.T. 19488, Educador, adscrito a la Dirección Provincial de Teruel el Nivel «19» de Complemento de destino.

Segundo.—Código Anexo 313.2L262B, correspondiente al puesto n.º R.P.T. 19488, Educador, adscrito a la Dirección Provincial de Teruel, se dota con la cuantía correspondiente al Nivel «19» y su correspondiente Complemento específico, con efectos 10 de febrero de 2007, financiándose las retribuciones con cargo al crédito de la ficha de Reclasificaciones y otras incidencias y la Seguridad Social con el Concepto 160 del Programa 313.2 «Gestión y Desarrollo de la Acción social» (Expte. 316/2007).

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Aragón».

Zaragoza, 22 de marzo de 2007.

**El Vicepresidente del Gobierno y Consejero de Presidencia y Relaciones Institucionales,
JOSE ANGEL BIEL RIVERA**

**El Consejero de Economía, Hacienda y Empleo,
ALBERTO LARRAZ VILETA**

1381 *ORDEN de 23 de marzo de 2007, de los Departamentos de Presidencia y Relaciones Institucionales y de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se modifica la Relación de Puestos de Trabajo del Departamento de Medio Ambiente.*

La Secretaría General Técnica del Departamento ha solicitado la modificación de la Relación de Puestos de Trabajo de sus Unidades administrativas.

Por ello, de conformidad con lo establecido en el Decreto 140/1996, de 26 de julio y la Orden de 7 de agosto de 1996, del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales, por la que se dictan instrucciones para la tramitación de los expedientes de modificación de las Relaciones de Puestos de Trabajo y de los Anexos de Personal, en relación con la Disposición Adicional Primera de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, cuyo texto refundido fue aprobado por Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio, los Departamentos de Presidencia y Relaciones Institucionales y de Economía, Hacienda y Empleo, disponen:

Primero.—Aprobar la modificación de la Relación de Puestos de Trabajo del Departamento de Medio Ambiente, en los siguientes términos:

—Puesto n.º R.P.T. 10942, Jefe/a de Sección de Planificación de Espacios Naturales, adscrito a la Dirección General de Medio Natural, se añade en el apartado Titulación el código 01030 (Licenciado en Ciencias Geológicas).

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Aragón».

Zaragoza, 23 de marzo de 2007.

**El Vicepresidente del Gobierno y Consejero de Presidencia y Relaciones Institucionales,
JOSE ANGEL BIEL RIVERA**

**El Consejero de Economía, Hacienda y Empleo,
ALBERTO LARRAZ VILETA**

1382 *ORDEN de 28 de marzo de 2007, de los Departamentos de Presidencia y Relaciones Institucionales y de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se modifica la Relación de Puestos de Trabajo y el Anexo Presupuestario de personal del Departamento de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes.*

La Secretaría General Técnica del Departamento de Obras

Públicas, Urbanismo y Transportes ha solicitado la modificación de la Relación de Puestos de Trabajo y del Anexo Presupuestario de personal de sus Unidades administrativas.

La Dirección General de Presupuestos, Tesorería y Patrimonio ha informado respecto al supuesto de modificación de los Anexos Presupuestarios de personal, realizando el estudio económico individualizado de la propuesta de modificación.

Por ello, de conformidad con lo establecido en el Decreto 140/1996, de 26 de julio y la Orden de 7 de agosto de 1996, del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales, por la que se dictan instrucciones para la tramitación de los expedientes de modificación de las Relaciones de Puestos de Trabajo y de los Anexos de Personal, en relación con la Disposición Adicional Primera de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, cuyo texto refundido fue aprobado por Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio, los Departamentos de Presidencia y Relaciones Institucionales y de Economía, Hacienda y Empleo, disponen:

Primero.—Aprobar la modificación de la Relación de Puestos de Trabajo del Departamento de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes en los siguientes términos:

—Puestos n.º R.P.T. 8002 y 8003, Jefe/a de Unidad Técnica de Proyectos y Obras, adscritos al Servicio Provincial de Huesca, se les asigna el Complemento Específico A.

Segundo.—Aprobar la modificación del Anexo Presupuestario de Personal del Departamento de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes, en los siguientes términos:

—Códigos del Anexo 513.1L072C y 513.1L070C, correspondientes a los puestos n.º R.P.T. 8002 y 8003, Jefe/a de Unidad Técnica de Proyectos y Obras, Grupo C, Nivel 18, Complemento Específico B, se dotan con la cuantía correspondiente al Complemento Específico A. El importe de las retribuciones y de la Seguridad Social incrementa el contenido en la Ficha de Reclasificaciones y otras Incidencias del programa 513.1 «Carreteras». (Expte. 264 y 265/2007)

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Aragón».

Zaragoza, 28 de marzo de 2007.

**El Vicepresidente del Gobierno y Consejero de Presidencia y Relaciones Institucionales,
JOSE ANGEL BIEL RIVERA**

**El Consejero de Economía, Hacienda y Empleo,
ALBERTO LARRAZ VILETA**

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO

1383 *ORDEN de 27 de abril de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios*

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 199 de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en relación con lo señalado en el Artículo 90 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, corresponde a las Administraciones Públicas sanitarias el establecimiento de conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, así como fijar los requisitos y condiciones mínimas, básicas y comunes aplicables a los conciertos.

El Artículo 57 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón establece que el Sistema de Salud de Aragón podrá establecer conciertos o convenios de vinculación para la prestación de servicios sanitarios a través de medios ajenos al mismo, teniendo en cuenta siempre el principio de subsidiariedad y en los términos previstos en la Ley General de Sanidad y en la Ley del Servicio Aragonés de Salud.

Mediante Orden de 29 de octubre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, se procedió a regular la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios con medios ajenos al Sistema de Salud de Aragón. Asimismo, mediante Ordenes de 2 de febrero y 4 de mayo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, se incorporaron al Anexo I de la citada Orden la relación de procedimientos terapéuticos, servicios sociosanitarios, actividad asistencial, servicios de salud mental, atención a las drogodependencias y atención bucodental infantil, susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.

La experiencia adquirida con la aplicación de la citada Orden, hace preciso modificar algunos aspectos relativos a las modalidades de concertación, duración y revisión de las condiciones económicas de los conciertos, así como la introducción de nuevos procedimientos susceptibles de concertación.

Por los motivos expuestos, considerando la necesidad de introducir modificaciones en la Orden de 29 de octubre de 2004, y con el fin de evitar la dispersión de los procedimientos objeto de concertación, es aconsejable proceder a la publicación íntegra de la Orden y de su Anexo I, con objeto de facilitar su comprensión.

Por todo ello, y en base a las competencias que tiene atribuidas este Departamento, dispongo:

Artículo primero.—Objeto

Es objeto de la presente Orden establecer los requisitos y condiciones mínimas así como las condiciones económicas aplicables a los conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos al Sistema de Salud de Aragón.

Artículo segundo.—Ambito de aplicación

La presente Orden será de aplicación a los conciertos que se establezcan por el Departamento de Salud y Consumo y el Servicio Aragonés de Salud con centros, servicios y establecimientos sanitarios ajenos al Sistema de Salud de Aragón para la prestación de servicios sanitarios a la población protegida de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Asimismo también será de aplicación para el pago de los gastos derivados de la intervención quirúrgica al centro elegido por el paciente, en las condiciones fijadas en el Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.

Artículo tercero.—Servicios y prestaciones sanitarias objeto de concertación.

Podrán ser objeto de concertación las siguientes modalidades de servicios y prestaciones:

- a) Procedimientos quirúrgicos.
- b) Procedimientos diagnósticos.
- c) Procedimientos terapéuticos.
- d) Servicios sociosanitarios.
- e) Servicios de salud mental.
- f) Actividad asistencial.
- g) Atención bucodental infantil.

h) Otros servicios sanitarios establecidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud o en la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.

- i) Servicios de atención a las drogodependencias.

Artículo cuarto.—Modalidades de concertación.

Los conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos, podrán desarrollarse a través de las siguientes modalidades:

— Contratos Marco para la selección de empresas e instalaciones para la realización de procedimientos, procesos y actividades. Estos contratos se adjudicarán de acuerdo con lo establecido en la legislación vigente en materia de Contratos de las Administraciones Públicas y serán centralizados para toda la Comunidad Autónoma. En dichos contratos se determinarán los derechos y obligaciones derivados de la citada

selección, estableciéndose las condiciones técnicas y económicas para la realización de los procedimientos, pudiéndose otorgar una clasificación técnica del servicio que presten en función de la evaluación efectuada sobre cada oferta.

Sobre las condiciones fijadas en los Contratos Marcos y desde los Servicios Provinciales del Departamento de Salud y Consumo y Sectores Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, previamente autorizados, se realizarán Procedimientos Negociados en los que se determinarán los procedimientos concretos a efectuar, su número, el período de ejecución, otras condiciones específicas y el precio, que habrá de ser igual o inferior al precio marco adjudicado en el concurso.

— Convenios singulares de colaboración: El Gobierno de Aragón, a través del Departamento de Salud y Consumo, podrá suscribir convenios singulares con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro en los que se establezca la vinculación de centros sanitarios con la red sanitaria pública mediante un régimen de funcionamiento programado y coordinado con el de los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. Estos convenios de colaboración podrán realizarse para dos modalidades de asistencia:

— Complementarios de la red pública, entendiéndose por complementarios cuando realicen parte de la cartera de servicios o de la actividad de uno o varios centros de la red pública de asistencia sanitaria. En el convenio se especificarán los tipos de servicios a prestar, la oferta asistencial, el volumen de actividad, la financiación y los mecanismos de coordinación asistencial y de información con los centros de la red pública que complementen.

— Sustitutorios, se entenderán como convenios sustitutorios aquellos que se realicen para prestar parte de la cartera de servicios del Sistema de Salud de Aragón a una población determinada y que queda adscrita al centro conveniado. En el convenio se especificará la población asignada, así como los tipos de servicios a prestar, la oferta asistencial, el volumen de actividad, la financiación y los mecanismos de evaluación y control.

La formalización de estos convenios se ajustará a las normas y condiciones generales reguladas por la Diputación General de Aragón.

— Contratos de gestión de servicios públicos para la prestación de servicios sanitarios, bajo la modalidad de concierto, con personas naturales o jurídicas que vengán realizando prestaciones análogas.

Artículo quinto.—Requisitos que se deben reunir para formalizar Conciertos.

Para poder suscribir conciertos de asistencia sanitaria, los centros, establecimientos y servicios sanitarios deberán reunir los siguientes requisitos mínimos:

a) Estar autorizados para su funcionamiento por la Administración Sanitaria competente, en cada caso, conforme a la normativa sobre autorización de centros y servicios sanitarios

b) Estar inscritos en el Registro de Centros y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Aragón, o en el Registro correspondiente en el supuesto de centros y servicios ubicados fuera de la Comunidad Autónoma de Aragón.

c) Cumplir los criterios de concertación fijados para los centros hospitalarios o centros y servicios sanitarios no hospitalarios para el resto de las prestaciones, conforme a lo señalado en el Apartado Sexto de la presente Orden.

d) No incurrir en las causas de incompatibilidad para la concertación de servicios sanitarios que señala la vigente legislación sanitaria.

e) Contar con un Seguro de Responsabilidad Civil que cubra los servicios contratados.

f) Cumplir los requisitos para contratar con la Administración exigidos por la legislación vigente en materia de Contratos de las Administraciones Públicas,

g) Cumplir los requisitos específicos señalados por la Ley General de Sanidad y por la Ley de Salud de Aragón.

Artículo sexto.—Criterios para la concertación.

Al objeto de garantizar la homogeneidad y la calidad de los procesos, procedimientos o actividades a concertar, en los contratos marco se fijarán los requisitos mínimos que deben reunir los diversos proveedores. Estos requisitos, con carácter general, contemplarán los siguientes apartados:

— Estructura, equipamiento y cartera de servicios del Centro

- Personal
- Organización en la prestación del servicio
- Sistemas de información y comunicaciones
- Realización del procedimiento

Artículo séptimo.—Contenidos mínimos del concierto.

Los conciertos que se suscriban deberán incluir necesariamente estipulaciones referidas a los siguientes apartados:

- a) El ámbito o cobertura territorial del centro o prestación concertada.
- b) El sistema y requisitos para el acceso de los usuarios.
- c) La garantía de los derechos del usuario e información a los ciudadanos de sus derechos y deberes, en los términos recogidos 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 y en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- d) Contenido de los servicios y delimitación de las prestaciones que constituyen el objeto del concierto.
- e) Estándares y parámetros de calidad exigibles.
- f) Fórmula de pago en contraprestación por los servicios concertados: Procedimiento de facturación y documentación que debe aportarse para el abono de los servicios concertados.
- g) Sistemas de información y evaluación del concierto.
- h) Duración del concierto, causas de resolución conforme al Apartado Duodécimo de esta Orden y cuadro de penalizaciones por incumplimiento.
- i) El resto de condiciones exigidas por la legislación vigente en materia de Contratos de las Administraciones Públicas y otras normas reguladoras de este tipo de contratos.

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente, los conciertos que se suscriban garantizarán que la atención que se preste a los ciudadanos con derecho a cobertura sanitaria pública, será la misma para todos, sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la propia naturaleza del proceso asistencial.

Artículo octavo.—Duración de los conciertos.

Los conciertos suscritos mediante la fórmula de Convenio singular de Colaboración tendrán una duración máxima de cinco años. Dichos convenios podrán ser prorrogados por períodos de un año hasta un máximo total de diez años, incluidas prórrogas y duración inicial. Las prórrogas deberán convenirse antes de finalizar el plazo de vigencia del convenio, de forma expresa, por mutuo acuerdo de las partes.

Los conciertos de asistencia sanitaria suscritos mediante contrato de gestión de servicios públicos, en atención al carácter dinámico de las prestaciones sanitarias, y en aplicación de lo dispuesto la legislación vigente en materia de Contratos de las Administraciones Públicas, no podrán superar en su duración, incluidas las prórrogas los diez años.

Artículo noveno.—Sistemas de pago por prestaciones concertadas.

Las condiciones económicas aplicables a los conciertos sanitarios atenderán a las siguientes modalidades de pago:

- a) Tarifa por proceso, asignando una tarifa global homogénea por patologías o grupos de diagnóstico determinados según las diferentes actuaciones practicadas al enfermo.
- b) Tarifa por la prestación individualizada o mediante tarifa global, en función de que los criterios de transparencia,

economía y eficacia sanitaria aconsejen una u otra modalidad en los servicios que se concierten. En cualquier caso, cada tipo de servicio de los mencionados será objeto de un solo sistema de pago.

En las tarifas indicadas en los apartados anteriores se considerarán incluidos todos los impuestos, tasas, tributos y demás cargas legales y específicamente el Impuesto sobre el Valor Añadido de los servicios gravados con el mismo.

No serán abonados con cargo al concierto sanitario los servicios sanitarios prestados por las entidades concertadas en los que exista un tercero obligado al pago. No obstante, si la facturación llegara a producirse con cargo al Departamento de Salud y Consumo o el Servicio Aragonés de Salud, éstos procederán, bien a regularizar en la factura de los centros concertados o bien a reclamar el coste de los servicios sanitarios prestados y facturados, a las entidades, particulares o terceros obligados al pago.

Artículo décimo.—Revisión de las condiciones económicas.

La revisión de las condiciones económicas de los contratos marco y contratos de gestión de servicios públicos se efectuará de conformidad con lo previsto en sus Pliegos de Cláusulas Administrativas particulares.

La actualización de las condiciones económicas de los Convenios singulares de colaboración se realizará cuando haya transcurrido un año desde su firma, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales pactados en cada caso y de la actividad prevista, mediante cláusula adicional al Convenio suscrita por las partes.

Artículo undécimo.—Incompatibilidad.

Los conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos serán incompatibles con los convenios, subvenciones, ayudas y prestaciones económicas de la Comunidad Autónoma de Aragón para la financiación de los servicios y prestaciones sanitarias que ya estén incluidos expresamente en el concierto vigente.

Artículo duodécimo.—Causas de resolución de los conciertos sanitarios.

Serán causas de resolución de los conciertos sanitarios, además de las previstas en la legislación vigente en materia de Contratos de las Administraciones Públicas, las siguientes:

- a) Prestar atención sanitaria contraviniendo las condiciones de gratuidad vigentes para los beneficiarios del Sistema de Salud de Aragón.
- b) Incumplir las normas de carácter obligatorio a que han de sujetarse los centros y actividades sanitarias y las obligaciones en materia de seguridad e instalaciones.
- c) Infringir con carácter grave la legislación fiscal, laboral, de Seguridad Social, de integración social de minusválidos y de prevención de riesgos laborales.
- d) Incumplir los objetivos cualitativos y cuantitativos establecidos, siempre que el incumplimiento sea imputable al centro concertado.
- e) Incumplir las estipulaciones del concierto.
- f) Pérdida sobrevenida de la solvencia técnica, económica y financiera o revocación o caducidad de la autorización de apertura y funcionamiento.

Artículo decimotercero.—Evaluación y seguimiento de los servicios concertados.

El Departamento de Salud y Consumo llevará a cabo de manera periódica la evaluación de los contenidos y estipulaciones recogidos en los conciertos de asistencia sanitaria.

Los centros y servicios concertados, estarán sometidos a las actuaciones que desde la Administración se determinen en materia de acreditación de la estructura asistencial y evaluación de la calidad del servicio, así como a los procesos de inspección y controles sanitarios, económicos y administrativos que, para el cumplimiento del concierto, se realicen por el Departamento de Salud y Consumo.

Por el Departamento de Salud y Consumo, y como parte del programa de trabajo de la actividad inspectora, se instruirán las Actas de visita correspondientes a los centros concertados, proponiendo en los casos de incumplimiento de las estipulaciones del contrato de gestión de servicios públicos las penalizaciones económicas contempladas en el concierto, o en su caso, la rescisión del mismo. Asimismo podrán formularse propuestas de mejoras de los servicios concertados.

Artículo decimocuarto.—Expedientes de Urgencia.

En los casos de urgencia, conforme a lo previsto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, podrá acordarse la contratación de la prestación de asistencia sanitaria, por importe inferior a 12.020,24 euros.

Para ello, deberá acreditarse la justificación de la urgencia a cumplimentar, la determinación del objeto de la prestación, la fijación del precio a satisfacer por la misma y la designación por el órgano de contratación de la empresa que efectuará la correspondiente prestación. Cuando el procedimiento o servicio a contratar esté incluido en un contrato marco se designará una de las empresas adjudicatarias del mismo y el precio máximo a satisfacer será el establecido en dicho contrato marco

*Disposición adicional única.—*Se aprueba como Anexo I a la presente Orden la relación de procedimientos y servicios susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón, las modalidades de prestación sanitaria, los servicios incluidos, así como las tarifas máximas por las que pueden ser concertados.

Este Anexo I podrá ser modificado por la supresión de prestaciones, modificación o ampliación de servicios y la inclusión de nuevas exigencias técnico asistenciales, así como la revisión de las correspondientes tarifas.

*Disposición derogatoria única.—*A la entrada en vigor de la presente Orden quedan derogadas las siguientes disposiciones:

a) Orden de 29 de octubre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios.

b) Orden de 2 de febrero de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se incorporan al Anexo I de la Orden de 29 de octubre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios, la relación de procedimientos terapéuticos, servicios sociosanitarios y actividad asistencial, susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.

c) Orden 4 de mayo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se incorporan al Anexo I de la Orden de 29 de octubre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios, la relación de servicios de salud mental, atención a las drogodependencias y atención bucodental infantil, susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.

Asimismo, quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan o contradigan a lo previsto en esta Orden

*Disposición final única.—*La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Aragón».

Zaragoza, 27 de abril de 2007.

**La Consejera de Salud y Consumo,
LUISA M^a NOENO CÉAMANOS**

ANEXO I

PROCEDIMIENTOS, MODALIDADES Y TARIFAS PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE:

1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

1.1 CIRUGÍA GENERAL Y OTROS:

- Otorrinolaringología
- Cirugía General y Digestiva
- Cirugía Bariátrica
- Cirugía Plástica
- Cirugía Urológica
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía de Reasignación de Sexo

1.2 TRAUMATOLOGÍA

1.3 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

- Cardiovascular
- Cirugía cardíaca

1.4 NEUROCIRUGÍA

1.5 SERVICIOS INCLUIDOS EN TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

2. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

2.1 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

2.2 MEDICINA NUCLEAR

2.3 NEUROFISIOLOGÍA

2.4 PRUEBAS FUNCIONALES

2.5 ANATOMÍA PATOLÓGICA

2.6 ESTUDIOS GENÉTICOS

2.7 PRUEBAS ALÉRGICAS

2.8 ENDOSCOPIA

2.9 PRUEBAS ANALÍTICAS

2.10 SERVICIOS INCLUIDOS EN TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS



Departamento de Salud y Consumo

- 3. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS**
 - 3.1 HEMODINÁMICA CARDIACA TERAPÉUTICA Y ANGIOPLASTIAS.**
 - 3.2 RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA.**
 - 3.3 RADIOTERAPIA.**
 - 3.3.1. Radioterapia convencional y radioterapia externa conformada en 3 dimensiones (3D).**
 - 3.3.2. Braquiterapia.**
 - 3.4 MEDICINA NUCLEAR.**
 - 3.5 LITOTRIZIA RENAL EXTRACORPÓREA.**
 - 3.6 TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS FARMACOLÓGICOS.**
 - 3.7 HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL**
 - 3.7.1. Hemodiálisis por sesión.**
 - 3.7.2. Diálisis peritoneal domiciliaria, por día.**
 - 3.7.3. Suplementos de diálisis.**
 - 3.7.4. Suplemento de material fungible y fijo.**
 - 3.8 TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y DEL SUEÑO.**
 - 3.8.1. Tratamiento domiciliario del síndrome de apnea del sueño e insuficiencias respiratorias.**
 - 3.8.2. Oxigenoterapia a domicilio.**
 - 3.8.3. Aerosolterapia y ventiloterapia.**
 - 3.9 TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA.**
 - 3.10 TRATAMIENTOS VÍA ENDOSCÓPICA.**
 - 3.10.1. Técnicas endoscópicas de menor complejidad.**
 - 3.10.2. Técnicas endoscópicas de mayor complejidad.**
 - 3.11 TRATAMIENTOS CON LÁSER.**
 - 3.12 REHABILITACIÓN.**
 - 3.12.1. Rehabilitación Ambulatoria.**
 - 3.12.2. Rehabilitación domiciliaria**
 - 3.12.3. Foniatria y logopedia.**
 - 3.12.4. Rehabilitación para paráliticos cerebrales.**
- 4. ATENCION SOCIO SANITARIA**
 - 4.1. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA CON REHABILITACIÓN**
 - 4.2. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA SIN REHABILITACIÓN**
 - 4.3. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA CUIDADOS PALIATIVOS**



Departamento de Salud y Consumo

- 4.4. HOSPITAL DE DÍA EN HOSPITAL CONVALECENCIA
- 4.5. TRANSPORTE ADAPTADO EN HOSPITALES DE DÍA DE CONVALECENCIA
- 4.6. EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
- 5. **SERVICIOS DE SALUD MENTAL**
 - 5.1. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL
 - 5.2. INTERNAMIENTO EN UNIDADES RESIDENCIALES REHABILITADORAS DE LARGA ESTANCIA
 - 5.3. INTERNAMIENTO EN UNIDADES REHABILITADORAS DE MEDIA ESTANCIA
 - 5.4. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA (Centros de día)
 - 5.5. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN UNIDADES RESIDENCIALES (Pisos Tutelados)
 - 5.5.1. Pacientes con recursos residenciales propios.
 - 5.5.2. Pacientes sin recursos residenciales propios
 - 5.6. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL (Centros de inserción laboral)
- 6. **SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS.**
 - 6.1. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO EN UNIDADES DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE ADICCIONES.
 - 6.2. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE DERIVADOS OPIÁCEOS: METADONA.
 - 6.3. INTERNAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPEÚTICA
- 7. **ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL**
 - 7.1. ASISTENCIA DENTAL BÁSICA
 - 7.1.1 Niños/jóvenes que acuden regularmente a las revisiones
 - 7.1.2 Niños/jóvenes que no acuden regularmente a las revisiones
 - 7.2. ASISTENCIA DENTAL ESPECIAL
 - 7.2.1 Tratamiento de niños/jóvenes por malformaciones o traumatismos del grupo dental anterior permanente
 - 7.2.2 Tratamientos protésicos por caries de piezas permanentes en niños/jóvenes con enfermedades sistémicas que afecten gravemente al estado de salud bucodental.
 - 7.3. ASISTENCIA QUIRÚRGICA
 - 7.3.1 Asistencia dental de niños con hospitalización.
- 8. **ACTIVIDAD ASISTENCIAL**
 - 8.1. HOSPITALIZACIÓN
 - 8.2. URGENCIAS NO INGRESADAS
 - 8.3. CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
 - 8.4. CIRUGÍA MAYOR Y MENOR AMBULATORIA

1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

1.1 CIRUGÍA GENERAL Y OTROS

Grupo	Diagnósticos. CIE-9-MC		P.CIE 9	Procedimientos	Modalidades y Tarifas máximas			
	Código	Descripción	Código	Descripción	Hosp.	Lap.	CMA	cma
01OTR	OTORRINOLARINGOLOGÍA							
01OTR	387.9	Otosclerosis	19.1	Estapedectomía			680,82	
01OTR	384.2	Perforación timpánica	19.4	Miringoplastia			357,14	
			19.5	Otra Timpanoplastia			605,25	
01OTR	384.2 + 470	Perforación timpánica más desviación tabique nasal	21.8 + 19.4	Miringoplastia + septoplastia			672,01	
01OTR	382	Otitis media no especificada	20.01	Miringotomía con inserción de tubo			392,74	98,43
01OTR	471	Pólipo Nasal	21.31	Polipectomía nasal con estudio anatomopatológico.			428,41	138,28
			21.31	Cirugía endoscópica nasosinusal con estudio anatomopatológico			810,00	
01OTR	470	Tabique nasal desviado	21.8	Septoplastia			558,90	
			21.87	Rinoplastia			504,38	
			21.88	Rinoseptoplastia			860,60	
01OTR	470 + 786.09	Tabique nasal desviado	21.8 + 21.6	Septoplastia más turbinectomía			694,03	
01OTR	780.57	Apnea del sueño y roncopatía	27.69	Otra reparación plástica del paladar (uvuloplastia)			491,16	
01OTR	474	Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides	28.2	Amigdalectomía sin Adenoidectomía			357,13	
			28.3	Amigdalectomía con Adenoidectomía			370,44	
			28.6	Adenoidectomía sin Amigdalectomía			356,16	
			20.01	Miringotomía con inserción de tubo			392,74	
			30.0	Microcirugía laríngea tradicional			531,02	
01OTR	478.6	Edema de Reinke	30.09	Excisión de cuerda vocal	531,02			
01OTR	478.4	Pólipo cuerda vocal	30.09	Excisión de cuerda vocal	531,02			
01OTR	161.0 a 161.9 y 231.0 ó 235.6	Neoplasia de laringe	30.09	Otra excisión o destrucción de lesión o tejido de laringe	531,02			
			30.09	Otra excisión o destrucción de lesión o tejido de laringe con técnica láser y estudio anatomopatológico			2.500,00	
			30.3	Laringuectomía total	3.273,92			
			30.4	Laringuectomía radical	3.928,71			
02CG	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA							
02CG	214	Lipoma	86.3	Excisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico				107,12
02CG	706.2	Quiste sebáceo	86.3	Excisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico				107,12



Departamento de Salud y Consumo

02CG	216	Neoplasia benigna de piel/dermatofibroma	86.3	Excisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico				107,12
02CG	703	Enf. de la uña (incluye uña incarnata)	80.23	Extracción de uña, lecho de uña o pliegue				69,49
02CG	240a 242	Patología Tiroidea	06.2	Lobectomía tiroidea unilateral	1.415,35			
			06.3	Otra tiroidectomía parcial	1.415,35			
			06.4	Tiroidectomía total	1.768,66			
02CG	252	Patología de la glándula paratiroidea	06.81	Paratiroidectomía total	2.171,95			
			06.89	Otra paratiroidectomía	1.415,35			
02CG	553.3	Hernia diafragmática	44.66	Otros procedimientos para la creación de competencia esfinteriana esofagogástrica (funduplicatura y cardioplastia)	1.981,28			
			53.7	Reparación de hernia diafragmática, acceso abdominal	1.981,28			
			53.7	Reparación de hernia diafragmática, acceso abdominal (laparoscópica)		2.105,04		
02CG	530.9	Trastorno no especificado de esófago	43.19	Otra gastrostomía	324,95			
02CG	153 ó 154	Neoplasia de colon y recto	45.7	Excisión parcial de intestino grueso (Hemicolectomía dcha., izda., resección de colon transverso, sigmoidectomía, y otras)	3.010,40			
			48.5	Resección de recto abdominoperineal	3.306,39			
02CG	574	Colelitiasis	51.22	Colecistectomía vía laparotómica	1.544,34			
			51.23	Colecistectomía vía laparoscópica	1.945,00	1.637,49	1.564,50	
02CG	576	Otros trastornos del tracto biliar	51.99	Otra operación sobre vía biliar	2.941,77			
02CG	685	Quiste pilonidal	86.21	Excisión de quiste	616,09			586,38
02CG	455	Hemorroides	49.46	Hemorroidectomía	743,40			707,48
02CG	565.0	Fisura anal	49.3	Fisurectomía anal	570,77			543,02
02CG	565.1	Fístula anal	49.12	Fistulectomía anal	615,95			586,38
02CG	550.0	Hernia inguinal unilateral	53.0	Reparación unilateral hernia inguinal	843,74			802,46
02CG	550.2	Hernia inguinal bilateral	53.1	Reparación bilateral hernia inguinal	1.014,22			965,35
02CG	553.1	Hernia umbilical	53.4	Reparación hernia umbilical	843,74			802,46
02CG	553.2	Hernia ventral (incluida hernia incisional)	53.5	Reparación de otra hernia de pared abdominal sin injerto ni prótesis	1.199,65			1.126,66
			53.6	Reparación de otra hernia de pared abdominal con injerto o prótesis	1.322,89			1.249,90
02CG	553.01	Hernia crural unilateral	53.2	Reparación unilateral hernia crural (femoral)	843,74			802,46
02CG	553.02	Hernia crural bilateral	53.3	Reparación bilateral hernia crural	1.014,22			965,35
02 CG	454.9	Varices	38.5	Ligadura y extirpación de venas varicosas	853,46			812,78
		Varices bilaterales		Ligadura y extirpación de venas varicosas bilaterales	1.214,84			1.145,10
03CB	CIRUGÍA BARIÁTRICA							

03CB	278.01	Obesidad mórbida	44.31	Derivación gastroproximal	4.245,58			
			44.39	Gastroenterostomía	5.648,50	6.213,35		
			44.69	Otra reparación de estómago (gastroplastia)	2.560,82			
			51.39	Derivación biliopancreática (Scopinaro)	5.648,50	6.213,35		
			51.39	Cruce duodenal	5.648,50	6.213,35		
04CP	CIRUGÍA PLÁSTICA							
04CP	173.9	Epitelioma basocelular, sitio no especificado	86.3	Excisión local de piel y tejido celular subcutáneo con estudio anatomopatológico				107,12
04CP	173.9	Epitelioma basocelular	86.3+86.7	Excisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico + reconstrucción				250,30
			86.3+86.7	Excisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico + reconstrucción con anestesia general/sedación	740,06		650,00	
04CP	216	Neoplasia benigna piel	86.3+86.7	Excisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico + reconstrucción				250,30
04CP	709.2	Estados cicatriciales y fibrosis piel	86.84	Relajación de cicatriz o de contractura reticulada de piel				149,48
04CP	705.83	Hidradenitis unilateral	86	Incisión piel y tejido subcutáneo unilateral	490,31			400,25
04CP	705.83	Hidradenitis bilateral	86	Incisión piel y tejido subcutáneo bilateral	690,46			600,40
04CP	739.9	Lipodistrofia abdominal	86.83	Operación plástica de reducción de tamaño pared abdominal	2.323,27			
04CP	611.1	Hipertrofia mamaria	85.32	Mamectomía subcutánea bilateral	1.537,00			
04CP	611.9	Gigantomastia. Mamas tuberosas. Asimetría mamaria	85.32	Mamoplastia de reducción bilateral	2.429,94			
04CP	V51	Secuelas de mastectomía	85.7	Reconstrucción total mama 1 tiempo	1.501,88			
			85.7	Reconstrucción total mama 3 tiempos	2.188,28			
			85.7	Reconstrucción total mama con gran dorsal	3.900,00			
			85.89	Otra mamoplastia	1.501,88			
05CU	CIRUGÍA UROLÓGICA							
05CU	189.0,1,2	Neoplasia maligna de riñón y de uréter	55.51	Nefroureterectomía	4.087,38			
05CU	593.9	Trastorno renal y ureteral no especificado	55.51	Nefroureterectomía	4.087,38			
05CU	189.2	Neoplasia de uréter	56.40	Ureterectomía NEOM	1.856,46			
05CU	593.9	Trastorno renal y ureteral no especificado	56.40	Ureterectomía NEOM	1.856,46			
05CU	188 ó 233.7 ó 236.7 ó 239.4	Neoplasia de vejiga	57.4	Excisión o destrucción transuretral de tejido de vejiga (RTU)	874,26			823,55
			57.6	Cistectomía parcial	2.431,91			
			57.7	Cistectomía total (incluso radical)	5.558,79			



Departamento de Salud y Consumo

05CU	788.3	Incontinencia urinaria	59.5	Suspensión uretral retropúbica	1.055,10			
			59.4	Uretrocervicopexia	1.055,10			
			59.7	Otra reparación de incontinencia urinaria de esfuerzo	1.055,10			
05CU	598.9	Estenosis uretral no especificada	58.0	Uretrotomía	388,74		370,23	
			58.5	Liberación de estenosis uretral	388,74		370,23	
05CU	600	Hiperplasia próstata	60.2	Resección transuretral	1.173,91		1.100,41	
			60.3	Prostatectomía suprapúbica	1.880,79			
05CU	185	Neoplasia maligna próstata	60.5	Prostatectomía radical	1.995,03			
05CU	603	Hidrocele	61.2	Excisión de hidrocele	551,36		522,68	
05CU	752.5	Testículo no descendido	62.5	Orquidopexia	551,36		522,68	
05CU	456.4	Varicocele	63.1	Varicocelectomía	680,83		644,05	
05CU	V25.2	Esterilización	63.7	Vasectomía y ligadura conducto deferente			291,32	
05CU	605	Fimosis	64.0	Circuncisión con anestesia local				98,43
				Circuncisión con anestesia general o locorreginal			290,94	
06COG	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA							
06COG	629.9	Trastorno no especificado de los órganos genitales femeninos	68.16	Laparoscopia ginecológica exploratoria con biopsia		544,77		
06COG	620.2	Otros quistes ováricos y quistes ováricos no especificados	65.2	Excisión local o destrucción de lesión o tejido de ovario		779,45	735,80	
06COG	620.2	Quistes ováricos y no especificados	65.4	Salpingooforectomía unilateral		779,45	735,80	
06COG	620.2 + 183	Quistes ováricos y neoplasias malignas de ovario y anejos	65.61	Extirpación de ambos ovarios y trompas en mismo tiempo operatorio.	1.720,00			
06COG	V25.2	Esterilización	66.39	Otra destrucción u oclusión bilateral de las trompas de Falopio		359,66	359,66	
06COG	622.1	Displasia de cérvix uterino	67.2	Conización			544,77	
06COG	180 ó 233.1 ó 236.0	Neoplasia de cérvix uterino	67.2	Conización			544,77	
			67.4	Amputación de cuello uterino	1.578,25			
06COG	179 ó 182 ó 233.2 ó 236.0	Neoplasia de cuerpo uterino	68.4	Histerectomía total abdominal	1.720,00			
			68.6	Histerectomía abdominal radical	2.058,50			
06COG	218.9	Leiomioma uterino	68.29	Miomectomía uterina	1.045,52			
			68.4	Histerectomía abdominal total	1.720,00			
06COG	621.9	Alteración útero no especificada	68.4	Histerectomía abdominal total	1.720,00			
			69.0	Dilatación y legrado de útero			544,77	
			69.5	Legrado por aspiración de útero			544,77	
06COG	618	Prolapso genital	69.2	Reparación estructuras soporte útero	1.132,39			
			70.50	Reparación cistocele y rectocele	1.476,11			
			70.51	Reparación cistocele (colporrafia anterior)	1.055,10			
			70.52	Reparación rectocele (colporrafia posterior)	1.108,68			
06COG	618.3	Prolapso útero vaginal completo	68.5	Histerectomía vaginal	1.720,00			

06COG	616.2	Quiste de glándula de Bartholino	71.2	Operaciones sobre glándulas de Bartholino			405,14	
06COG	174 ó 233.0 ó 283.3 ó 239.3	Neoplasia de mama	85.20, 22, 25	Otros tipos de extirpación de tejido de mama (tumorectomía, incluida mastectomía subtotal)			1.055,85	
			85.4	Mastectomía	2.013,01			
			85.89	Otra mamoplastia	1.501,88			
06COG	610	Displasias mamarias benignas	85.21	Extirpación local de lesión de mama (fibroma)				117,39
			85.20, 22, 25	Otros tipos de extirpación de tejido de mama (tumorectomía)			739,75	
			85.41	Mastectomía simple	1.296,87			
			85.42	Mastectomía bilateral	2.013,01			
06COG	V22.2	Estado de embarazo NEOM	69.51	I.V.E. (interrupción voluntaria de embarazo). Menor de 12 semanas. Anestesia local			338,50	
				I.V.E. menor de 12 semanas. Anestesia general			476,01	
				I.V.E. de 13 a 15 semanas			518,33	
				I.V.E. de 16 semanas			613,53	
				I.V.E. de 17 semanas			645,26	
				I.V.E. de 18 semanas			803,94	
				I.V.E. de 19 semanas			930,87	
				I.V.E. de 20 semanas			1.375,15	
				I.V.E. de 21 a 22 semanas			1.533,82	
				I.V.E. de 13 a 15 semanas gemelar			666,42	
				I.V.E. de 16 semanas gemelar			825,09	
				I.V.E. de 17 semanas gemelar			952,03	
				I.V.E. de 18 semanas gemelar			1.380,44	
				I.V.E. de 19 semanas gemelar	1.549,69			
I.V.E. de 20 semanas gemelar	1.840,59							
I.V.E. de 21-22 semanas gemelar	2.052,15							
07COF	OFTALMOLOGÍA							
07COF	373.2	Chalazión	08.21	Excisión chalazión			285,61	
07COF	374	Ectropión/Entropión	08.4	Reparación ectropión/entropión			608,24	
07COF	374.3	Ptosis palpebral	08.3	Reparación de ptosis palpebral			244,62	
07COF	375	Trastornos del aparato lacrimal	09.81	Dacriocistorrinostomía			494,84	
07COF	372.4	Pterigión	11.3	Excisión de pterigión			295,63	
07COF	365	Glaucoma	12.64	Trabeculectomía desde el exterior	627,96		595,30	
			12.79	Otros procedimientos de glaucoma	691,81		654,45	
07COF	366	Cataratas	13.1- 13.6+13.71	Extracción de cristalino + LIO	817,98		772,16	
07COF	361	Desprendimientos y defectos de la retina	14.32	Reparación de desgarro retinal por crioterapia	954,14			
			14.34	Reparación de desgarro retinal por fotocoagulación por láser			318,40	
07COF	379.2	Trastornos del cuerpo vítreo	14.7	Operaciones sobre el cuerpo vítreo	1.815,20			
07COF	378	Estrabismo y otros trastornos de los movimientos binoculares de los ojos	15.29	Otras operaciones sobre músculos extraoculares	1.141,38		1.072,57	

08CMF	CIRUGÍA MAXILOFACIAL						
			23.0	Extracción de diente con fórceps			31,73
08CMF	520.6	Trastornos de la erupción dentaria	23.19	Extracción quirúrgica de diente(cordales y caninos incluidos)			101,70
				Extracción quirúrgica de dos dientes (cordales y caninos incluidos)			138,90
				Extracción quirúrgica de diente con anestesia general (cordales y caninos incluidos)		292,11	
				Extracción quirúrgica de dos dientes con anestesia general (cordales y caninos incluidos)		329,31	
08CMF	524.1	Anomalías inespecíficas mandíbula. Prognatismo.Retrognatismo	76.6	Reparación hueso facial y cirugía ortognática	2.464,23		
08CMF	525.3	Raiz dental no extraída	23.11	Extracción de restos radiculares			82,42
08CMF	523	Enfermedades gingivales y periodontales	24.3	Otras operaciones sobre encía			531,02
08CMF	526	Enfermedades de los maxilares	24.4	Excisión de lesión maxilar de origen dentario (quistectomía)			531,02
08CMF	527	Enfermedades de las glándulas salivares	26.3	Sialoadenectomía	1.053,58		990,37
09CRS	CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE SEXO						
09CRS	302.85	Trastorno de Identidad de Género. Cirugía de hombre a mujer.	70.79	Vaginoplastia por inversión peneana	16.000,00		
			70.79	Vaginoplastia con trasplante rectosigmoidal pediculado	23.000,00		
			85.50	Mamoplastia de aumento bilateral sin prótesis	1.550,00		
09CRS	302.85	Trastorno de Identidad de Género. Cirugía de mujer a hombre	68.40 + 65.6	Histerectomía y Anexectomía	6.000,00		
			85.36	Mamoplastia de reducción bilateral	2.429,94		
			71.9	Metaidoioplastia o faloplastia	18.000,00		

1.2 PROC4DIMIENTOS DE TRAUMATOLOGÍA

Grupo	Diagnósticos. CIE-9-MC		P.CIE 9	Procedimientos	Modalidades y Tarifas			
	Código	Descripción	Código		Descripción	Hosp.	Lap.	CMA
10COT	TRAUMATOLOGÍA							
10COT	354.0	Síndrome del túnel carpiano	04.43	Liberación de túnel carpiano			577,56	
				Lo anterior más rehabilitación (RHB)			628,40	
10COT	700	Callos y callosidades óseas	77.68	Excisión local de lesión o tejido óseo de tarsianos o metatarsianos			461,84	
10COT	726.73	Espolón calcáneo	77.28	Otra osteotomía parcial en tarsianos o metatarsianos			611,78	

10COT	735.0	Deformidades adquiridas del dedo gordo del pie (valgo, martillo y rígido)	77.5	Excisión y reparación de Hallux Valgus y otras deformaciones de los dedos del pie			698,08	
			77.5	Excisión y reparación de Hallux Valgus y otras deformaciones de los dedos del pie (bilateral)			792,34	
			77.59	Otra burnionectomía. Técnica de Scarf (Sin material de osteosíntesis)			679,73	
			77.5	Cirugía percutánea de antepie (incluyendo Hallus valgus, dedos en martillo y metatarsalgia en conjunto) unilateral			803,20	
10COT	735.3	Deformidades adquiridas dedos pie (Excepto dedo gordo)	77.56	Reparación de dedo de pie (Excepto dedo gordo)			350,28	
10COT	736.79	Antepie triangular	80.8	Incisión y excisión de estructuras de la articulación del pie y dedos del pie			920,50	
10COT	719.97	Trastorno no especificado de articulación de tobillo	80.27	Artroscopia de tobillo	1.025,10		970,20	
			80.28	Artroscopia de pie	1.025,10		970,20	
			81.11	Artrodesis de tobillo sin material	870,40			
			83.88	Otras operaciones plásticas sobre tendón / tenodesis			610,20	
10COT	V53.7	Extracción de dispositivo de fijación interna	78.6	Extracción de dispositivo fijación interna			575,59	
			78.6	Extracción dispositivo fijación interna (Enclavamiento medular de tipo UTN, GANMA, o similares)	1.340,15			
			78.6	Extracción múltiple (más de dos EMOS) en diferente fractura			987,24	
			78.62	Extracción de dispositivo interno de húmero	1.013,90		953,09	
			78.65	Extracción de dispositivo interno de fémur-cadera	1.013,90		953,09	
10COT	726.0, 1 y 2	Síndrome manguito rotadores hombro, trastornos conexos y otras afecciones del hombro	80.21	Artroscopia de hombro	1.453,69		1.380,71	
				Lo anterior más RHB	1.538,44		1.465,46	
			81.83	Acromioplastia y otras reparaciones de hombro excluido material de anclaje	1.605,41			
				Lo anterior más RHB	1.690,15			
			81.83	Artroplastia de hombro sin prótesis	2.872,00			
			81.83	Artroplastia de hombro con prótesis	6.000,00			



Departamento de Salud y Consumo

10COT	727.61 y 840.4	Rotura manguito de los rotadores	80.21	Artroscopia de hombro	1.453,69		1.380,71	
				Lo anterior más RHB	1.538,44		1.465,46	
			81.83	Acromioplastia y otras reparaciones de hombro excluido material de anclaje	1.605,41			
				Lo anterior más RHB	1.690,15			
10COT	717	Trastorno interno de rodilla	80.26	Artroscopia terapéutica (incluido material)	924,53		870,90	
				Lo anterior más RHB	966,90		913,27	
			80.6	Excisión de menisco de rodilla	2.103,40			
				Lo anterior más RHB	2.188,15			
			81.45	Reparación ligamentos cruzados	3.090,48			
				Lo anterior más RHB	3.175,23			
10COT	718.36	Luxación recidivante rótula	79.8	Reducción abierta de luxación	2.347,04			
10COT	717.8	Otros trastornos internos de rodilla	81.46	Reparación ligamentos colaterales	3.294,02			
				Lo anterior más RHB	3.378,77			
10COT	714.0	Artritis reumatoide rodilla	81.54	Sustitución total de rodilla (sin prótesis)	3.699,81			
				Lo anterior más RHB	3.784,56			
			81.54	Sustitución total de rodilla (con prótesis)	6.628,11			
				Lo anterior más RHB	6.712,86			
10COT	715.16 o 715.26	Gonartrosis primaria o secundaria	77.87	Osteotomía de rodilla	3.038,07			
				Lo anterior más RHB	3.122,82			
			81.54	Sustitución total de rodilla (sin prótesis)	3.699,81			
				Lo anterior más RHB	3.784,56			
			81.54	Sustitución total de rodilla (con prótesis)	6.628,11			
				Lo anterior más RHB	6.712,86			
10COT	996.40 o 996.66	Complicación mecánica o infecciosa de prótesis de articulación interna.	81.55	Revisión sustitución de rodilla (con prótesis)	6.983,66			
				Lo anterior más RHB	7.068,41			
10COT	996.40	Complicación mecánica de dispositivo/ implante ortopédico interno	81.55	Revisión de sustitución de rodilla (un tiempo), sin prótesis	4.682,80			
				Lo anterior más RHB	4.767,55			
10COT	996.66	Reacción infecciosa inflamatoria por prótesis de articulación interna	80.06 + 81.54	Artrotomía para extracción de prótesis y sustitución de rodilla (dos tiempos), sin prótesis	6.908,57			
				Lo anterior más RHB	6.993,32			
10COT	722	Trastorno del disco intervertebral con o sin mielopatía	80.51	Excisión de disco intervertebral a un nivel	2.899,46			
				Excisión de disco intervertebral a más de un nivel	3.300,00			
10COT	721.42 o 721.3	Patología degenerativa lumbar con o sin mielopatía (espondilosis lumbar)	81.00	Artrodesis vertebral	3.749,94			
10COT	715.15 o 715.25	Coxartrosis primaria o secundaria	81.51, 81.52	Sustitución total o parcial de cadera (sin prótesis)	3.575,01			
				Lo anterior más RHB	3.659,76			
			81.51	Sustitución total de cadera (con prótesis)	6.054,25			
				Lo anterior más RHB	6.139,00			



Departamento de Salud y Consumo

10COT	996.40 o 996.66	Complicación mecánica o infecciosa de prótesis de articulación interna	81.53	Revisión de sustitución de cadera (con prótesis)	7.038,54			
				Lo anterior más RHB	7.123,29			
10COT	996.40	Complicación mecánica de dispositivo/implante ortopédico interno	81.53	Revisión de sustitución de cadera (un tiempo). Sin prótesis	4.682,80			
				Lo anterior más RHB	4.767,55			
10COT	996.66	Reacción infecciosa inflamatoria por prótesis de articulación interna	80.05 + 81.51, 52	Artrotomía para extracción de prótesis y sustitución de cadera (dos tiempos). Sin prótesis	6.908,57			
				Lo anterior más RHB	6.993,32			
10COT	727.4	Ganglión	82.21	Excisión de lesión de vaina tendón de mano			360,15	
10COT	727.03	Dedo en resorte	82.21	Excisión de lesión de vaina tendón de mano			360,15	
10COT	727.04	Tendinitis de Quervain	82.21	Excisión de lesión de vaina tendón de mano			360,15	
10COT	728.6	Dupuytren	82.35	Otra fasciectomía de mano			571,93	
				Lo anterior más RHB			622,76	
10COT	736.1	Dedo de mano en martillo	82.84	Reparación dedo en martillo mano			426,30	
10COT	735.5	Dedo de la mano en garra	82.89	Reparación dedo en garra mano			426,30	
10COT	726.3	Epicondilitis	83	Operación de músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial, excepto mano			544,57	
10COT	727.51	Quiste de Baker	83.39	Excisión de lesión de otro tejido blando			523,77	
10COT	355.6	Neuroma de Morton	83.39	Excisión de lesión de otro tejido blando			478,92	

1.3 PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Grupo	Diagnósticos. CIE-9-MC		P.CIE 9	Procedimientos	Modalidades y Tarifas			
	Código	Descripción			Código	Descripción	Hosp.	Lap.
11 CV	CARDIOVASCULAR							
11CV	440.2	Aterosclerosis de arterias nativas de extremidades	38.13	Endarterectomía de extremidades superiores.	1.870,93			
			38.43	Resección de vasos de miembros superiores con sustitución	5.392,72			
			38.48	Resección de arterias de miembros inferiores con sustitución	4.244,99			
			38.18	Endarterectomía de extremidades inferiores	1.868,81			
11CV	433.1	Oclusión y estenosis de arteria carótida	38.12	Endarterectomía de otros vasos de cabeza y cuello	2.679,43			
			38.42	Resección de otros vasos de cabeza y cuello con sustitución	4.698,79			
11CV	V45.1	Presencia de derivación arterial venosa (para diálisis)	39.27	Arteriovenostomía para diálisis renal (creación)			709,85	
			39.42	Arteriovenostomía para diálisis renal (revisión)			1.238,11	



Departamento de Salud y Consumo

11CV	441.02 y 441.3, 4, 5 y 9	Aneurisma de aorta abdominal y disección	38.44	Resección de aorta abdominal con sustitución	5.540,81			
11CV	440.8	Aterosclerosis de otras arterias especificadas	39.25	Derivación aorto-iliaca-femoral	5.540,81			
11CV	442.2 y 442.3	Aneurisma de arteria iliaca y femoral	39.25	Derivación aorto-iliaca-femoral	5.540,81			
11CV	454.9	Varices	38.5	Ligadura y extirpación de venas varicosas	853,46		812,78	
		Varices bilaterales	38.5	Ligadura y extirpación de venas varicosas, ambas piernas	1.214,84		1.145,10	
12CC	CIRUGÍA CARDIACA							
12CC	394.0 a 397.9 y 424.0 a 424.99	Patología de válvulas cardiacas y de endocardio	35.10 a 35.14 +39.61	Valvulotomía y valvuloplastia cardiaca abierta sin sustitución	7.047,13			
				Valvulotomía aórtica o pulmonar o mitral	7.047,13			
				Valvuloplastia mitral	7.047,13			
				Valvuloplastia tricuspídea o valvuloplastia mitral y tricuspídea	7.047,13			
			35.20 a 35.28 + 39.6	Sustitución de válvula cardiaca no especificada	8.250,92			
				Sustitución de válvula mitral o aórtica	8.162,06			
				Sustitución de válvula mitral y aórtica	8.331,31			
				Sustitución de dos o más válvulas	8.454,02			
35.31 a 35.39 + 39.61	Excisión anillo subvalvular aórtico y otras operaciones sobre estructuras adyacentes a válvulas	7.383,51						
12CC	745	Anomalías cierre septal cardiaco	35.5, 35.6, 35.7 + 39.61	Reparación de tabiques cardiacos con prótesis o injerto de tejido	6.880,00			
12CC	996.02	Complicación tras sustitución valvular cardiaca	35.95	Revisión de procedimientos correctivos sobre el corazón	4.911,41			
			35.95 + 39.61	Revisión de procedimientos correctivos sobre el corazón + circulación extracorpórea	7.530,55			
12CC	441.1 + 395	Aneurisma de aorta ascendente más enfermedad de la válvula aórtica	35.22 + 38.45 + 39.61	Resección de aneurisma de aorta con sustitución valvular o reimplantación de vasos	7.858,47			
12CC	410.0 a 414.9	Cardiopatía isquémica	36.1 a 36.2 + 39.61	Anastomosis para revascularización miocárdica	8.078,96			
			35.22 + 36.1 a 36.2 + 39.61	Lo anterior más sustitución valvular aórtica	8.594,63			
12CC	423	Enfermedades del pericardio	37.31	Pericardiectomía	3.691,60			
12CC	426.9	Bloqueo cardiaco	37.74	Inserción o sustitución de electrodo epicárdico	1.006,80		946,40	
			37.8	Recambio de generador	503,40		478,23	
			37.80	Inserción, revisión, sustitución de marcapasos endocavitario permanente	1.578,17		1.504,21	

12CC	428	Insuficiencia cardiaca	37.61	Implante de balón de contrapulsación	2.684,79			
12CC	441.01, 441.1, 441.2	Disección y aneurisma de aorta torácica	38.45 + 39.61	Resección de aneurisma con sustitución	6.679,46			
12CC	747.0	Conducto arterioso permeable	38.85	Excisión, ligadura de ductus	3.356,00			
12CC	747.1	Coartación de la aorta	38.64	Reparación de coartación	4.362,80			

1.4 NEUROCIRUGÍA

Grupo	Diagnósticos. CIE-9-MC		P.CIE	Procedimientos	Modalidades y Tarifas máximas			
	Código	Descripción			Código	Descripción	Hosp.	Lap
13NCR	NEUROCIRUGÍA							
13NCR	741	Malformación Arnold Chiari	03.59	Reparación conducto espinal	6.023,89			
13NCR	225	Neoplasia benigna de cerebro y otras partes del sistema nervioso	01.5	Excisión o destrucción de lesión o tejido de cerebro y meninges	7.109,70			
13NCR	331.4	Hidrocefalia	03.4	Excisión o destrucción de lesión de médula espinal o meninges espinales	6.023,89			
			02.3	Derivación ventricular extracraneal (válvula no incluida)	5.238,74			
13NCR	738.1	Defecto craneal	02.05	Craneoplastia (prótesis no incluida)	5.500,00			
13NCR	353	Trastornos raíces y plexos nerviosos	03.1	Rizotomía abierta	6.023,89			
				Rizólisis con infiltración	1.390,06		1.300,00	
13NCR	722	Trastorno del disco intervertebral con o sin mielopatía	80.51	Excisión de disco intervertebral a un nivel	2.899,46			
				Excisión de disco intervertebral a más de un nivel	3.300,00			
13NCR	721.42 o 721.3	Patología degenerativa lumbar con o sin mielopatía (espondilosis lumbar)	81.00	Artrodesis vertebral	3.749,94			

1.5 SERVICIOS INCLUIDOS EN TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

1.5.1 Los procedimientos quirúrgicos que se relacionan en este Anexo, se abonarán conforme a las tarifas que se señalan en el mismo para cada una de las siguientes modalidades:

- Cirugía en régimen de hospitalización.
- Cirugía por vía laparoscópica.
- Cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- Cirugía menor ambulatoria (cma).

1.5.2 En el precio que se establece para cada uno de los procedimientos quirúrgicos se consideran incluidos:

- Para cirugía en régimen de hospitalización:
 - Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.



Departamento de Salud y Consumo

- Consulta de preanestesia.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias o específicas que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido incluido, en su caso, el estudio preoperatorio.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, tanto en la fase preoperatoria como en la intervención quirúrgica propiamente dicha y en el postoperatorio, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Periodos de garantía:
 - En los procedimientos de cirugía general y cardiovascular, las reintervenciones quirúrgicas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado, y que se lleven a cabo en un plazo de tiempo no superior a seis meses, a contar desde la fecha del alta definitiva.
 - En los procedimientos de traumatología dicho plazo será de seis meses, a contar desde la fecha del alta definitiva. En el caso de aflojamiento séptico o aséptico que se produzca como complicación en el proceso de sustitución total de cadera o rodilla, se ampliará dicho periodo de garantía hasta un año. En los seis últimos meses de garantía las reintervenciones quirúrgicas necesarias se facturarán hasta un máximo del 20% de la tarifa indicada y para los procedimientos que figuran en este Anexo con los siguientes códigos: 81.55 y 81.53, ambos sin prótesis, 80.06 + 81.54 y 80.05 + 81.51, 52.
 - En los procedimientos de neurocirugía existirá un periodo de garantía para las reintervenciones quirúrgicas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado, y que se lleven a cabo en un plazo de tiempo no superior a seis meses, a contar desde la fecha del alta definitiva.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso, así como la sangre y hemoderivados.
- Curas.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y gastos de anestesia.
- El material fungible necesario y los controles pre y postoperatorios, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- Material protésico:
 - En los procedimientos quirúrgicos generales y de traumatología la elección de la prótesis a implantar deberá contar con la aprobación previa del centro contratante, en este sentido, la entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación. Para los procedimientos de traumatología, códigos 80.51 (excisión de disco intervertebral) y 81.00 (artrodesis vertebral) no se encuentran incluidas las prótesis en la tarifa establecida, debiéndose facturar a precio de coste.
 - En los procedimientos quirúrgicos cardiovasculares no está incluido el material protésico. Se consideran como tales los materiales protésicos valvulares cardiacos y vasculares, así como los electrodos y generadores de electrodos de marcapasos permanentes. Estas prótesis se facturarán a precio de coste al centro de gasto que establezca el contrato correspondiente. La entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación.

- En los procedimientos quirúrgicos de Neurocirugía no están incluidas las válvulas y prótesis. Se facturarán a precio de coste al centro de gasto que establezca el contrato correspondiente. La entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis o válvula, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación
 - En los casos en que así lo especifique el Departamento de Salud y Consumo o el Servicio Aragonés de Salud, podrán concertarse procedimientos quirúrgicos con implante, diferenciando el valor de los mismos y sus mecanismos de liquidación económica. En el concepto de implante se incluye el material de osteosíntesis.
 - En el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se incluye la administración a la paciente de la Gammaglobulina Anti-Rh, en caso de ser necesaria.
 - La anatomía patológica de los procedimientos que la requieran siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento, y de la Comisión Nacional de Especialidades.
 - El coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
 - Estancias en Unidad de Cuidados Intensivos que pudiera precisar. Para procedimientos quirúrgicos de cirugía cardiovascular y de neurocirugía, en el precio del proceso se incluye la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos durante los cinco primeros días postintervención, las estancias generadas a partir del quinto día se facturarán a 419,09 euros / día
 - Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias, debiendo realizarse al menos, una consulta en cada uno de los procedimientos quirúrgicos generales, salvo en el de extracción de cataratas con inclusión de lente intraocular, cuyo número de consultas posthospitalarias serán de cuatro e incluirá la graduación visual. En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.
 - En los procedimientos de traumatología se realizarán como mínimo cuatro consultas postoperatorias (a la semana, al mes, a los tres y a los seis meses aproximadamente). En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.
 - Para los procesos de cirugía cardíaca y de neurocirugía quedan incluidas, al menos, dos consultas de control postquirúrgico y todas las que se consideren indicadas durante el primer año de la realización del tratamiento. En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.
 - El tratamiento rehabilitador comprenderá un mínimo de 15 y un máximo de 30 sesiones desde la fecha de alta hospitalaria en aquellos procedimientos traumatológicos que están especificados en este Anexo y para los pacientes que lo requieran, siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento y de la Comisión Nacional de Especialidades.
 - El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del hospital de procedencia, sea necesario su remisión al Hospital de Sector correspondiente.
 - En el caso de que en el mismo acto quirúrgico se realicen dos procedimientos quirúrgicos, se facturará la tarifa íntegra del procedimiento principal y el 70 % del procedimiento secundario, siempre que en el Anexo I de esta Orden no figure tipificada y tarifada esta asociación de procedimientos.
- b) Para cirugía vía laparoscópica:
- El precio para cada uno de los procedimientos de esta modalidad incluye los servicios especificados en los apartados a) punto 1.5.2 si precisa hospitalización o c) si se trata de CMA.
- c) Para cirugía mayor ambulatoria (CMA):



Departamento de Salud y Consumo

En la tarifa de cada uno de los procedimientos de esta modalidad será de aplicación lo establecido en el apartado a) del punto 1.5.2 siempre que lo requiera, a excepción de los costes derivados de la hospitalización y de las estancias en Unidad de Cuidados Intensivos.

En el caso de que un paciente requiera ingreso hospitalario una vez realizado el proceso asistencial, por razones clínicas, el procedimiento se tarificará como cirugía en régimen de hospitalización, en aquellos casos en que la hospitalización figure tarifada en este Anexo.

En el procedimiento de vasectomía, se incluye la realización de dos espermogramas posteriores a la intervención.

En los procedimientos quirúrgicos con código 23.0 y 23.19 (extracción de cordales y caninos) no se incluye la ortopantomografía.

d) Para cirugía menor ambulatoria (cma):

En esta modalidad se incluye:

- Consulta preoperatoria.
- Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso.
- El material fungible necesario en el acto quirúrgico.
- Anatomía patológica de los procedimientos quirúrgicos que se especifica expresamente en el Anexo I de esta Orden.
- En los procedimientos quirúrgicos con código 23.0 y 23.19 (extracción de cordales y caninos) no se incluye la ortopantomografía.

.....

2. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	MODALIDADES Y TARIFAS	
		INSTALACIONES MÓVILES	INSTALACIONES FIJAS
2.1 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN			
2.1.1. Radiología simple			
2.1.1.1 Procedimientos diagnósticos generales			
	Cráneo 1 RX		13,52
	Cráneo 2 RX		15,45
	Cráneo 3 RX		18,40
	Cráneo 4 RX		23,17
	Senos 1 RX		13,52
	Senos 2 RX		15,45
	Cervical Dorsal Lumbar 1 P		13,52
	Cervical Dorsal Lumbar 2 P		15,45
	Cervical Dorsal Lumbar 3 P		18,40
	Cervical Dorsal Lumbar 4 P		23,17
	Columna completa 1 RX		21,24
	Columna completa 2 RX		30,89
	Columna completa 3 RX		40,55
	Clavícula 1 RX		13,52
	Clavícula 2 RX		15,45
	Omóplato 1 RX		13,52
	Omóplato 2 RX		15,45
	Húmero 1 RX		13,52
	Húmero 2 RX		15,45
	Húmero 3 RX		18,40
	Codo 1 RX		13,52
	Codo 2 RX		15,45
	Codo 3 RX		18,40
	Antebrazo 1 RX		13,52
	Antebrazo 2 RX		15,45
	Mano 1 RX		13,52
	Mano 2 RX		15,45
	Mano 3 RX		18,40
	Mano 4 RX		23,17
	Fémur 1 RX		15,20
	Fémur 2 RX		17,38
	Rodilla 1 RX		13,52

	Rodilla 2 RX		15,45
	Rodilla 3 RX		21,24
	Rodilla 4 RX		25,10
	Tibia y Peroné 1 RX		15,20
	Tibia y Peroné 2 RX		17,38
	Tobillo 1 RX		13,52
	Tobillo 2 RX		15,45
	Tobillo 3 RX		19,31
	Pie 1 RX		13,52
	Pie 2 RX		15,45
	Pie 3 RX		19,31
	Pelvis 1 RX		17,38
	Pelvis 2 RX		25,10
	Esternón 1 RX		19,31
	Parrilla Costal 1 RX		15,45
	Parrilla Costal 2 RX		25,10
	Abdomen 1 RX		17,38
	Abdomen completo incluyendo decúbito o bipedestación		27,03
	Tórax 1 RX	21,24	15,45
	Tórax 2 RX		19,31
	Tórax: decúbitos, lordóticas	21,24	17,38
	Adenoides		15,45
	Mastoides		23,17
2.1.1.2. Mamografías			
	Para cribado	21,67	21,65
	Para diagnóstico	49,52	48,90
2.1.1.3 Densitometría			
	Densitometría ósea (estudio e informe)		59,79
2.1.1.4 Urografía			
	Urografía intravenosa		119,38
2.1.1.5 Maxilofacial			
	Ortopantomografía		24,00
	Sialografía		161,84
2.1.1.6 Oftalmología			
	Angiografía oftalmológica		157,56
2.1.2. Ultrasonidos			
2.1.2.1 Procedimientos diagnósticos generales			
	Piel y partes blandas		32,75
	Músculo o grupos musculares		32,75
	Articulaciones		32,75
	Cadera pediátrica		32,75
	Hueso		32,75
	Nervios periféricos		32,75

	Cuello: Tiroides		32,75
	Cuello: Paratiroides		32,75
	Mama		32,75
	Higado, vías biliares, páncreas, bazo		32,75
	Retroperitoneo		32,75
	Abdomen completo		32,75
2.1.2.2 Obstetricia y Ginecología			
	Ecografía ginecológica		32,75
	Ecografía obstétrica básica		32,75
	Ecografía para diagnóstico prenatal		32,75
	Amniocentesis con control ecográfico		110,92
2.1.2.3. Urología			
	Riñón, vías urinarias y próstata		32,75
	Testículo		32,75
2.1.2.4. Cardiovascular			
	Ecocardiograma		65,73
	Ecocardiograma transesofágico		92,58
	Ecocardiograma de stress		123,45
	Ecocardiograma de esfuerzo		123,45
	Cuello: troncos supraórticos		40,64
	Abdomen		70,07
	Sistema venoso de EESS		37,83
	Sistema venoso de EEII		37,83
	Sistema arterial EESS		71,47
	Sistema arterial EEII		71,47
2.1.3. T.A.C.			
	Por cada estudio simple con o sin contraste	86,66	85,27
	Por cada estudio doble con o sin contraste	123,80	123,49
	Por cada estudio vascular (angio TAC)	120,71	115,87
	Suplemento por anestesia	92,85	88,20
2.1.4. PET			
	Cuerpo completo		741,60
	Cerebro		587,10
	Anestesia		180,00
2.1.5. RNM			
	Por cada estudio simple	176,42	167,60
	Por cada estudio doble, de mama, cardíaco, vascular	246,99	234,63
	Por cada estudio funcional de perfusión		296,64
	Espectroscopia basada en RM (debe incluir estudio simple)		296,64
	Plus de anestesia	95,63	92,85
	Plus de contraste	53,98	53,98
	Plus de estudio de Estimulación		61,90

2.2 MEDICINA NUCLEAR: Gammagrafía			
2.2.1 - Inflamación			
	Con Galio 67 localizada		185,54
	Con Galio 67 rastreo general		191,58
	Con leucocitos localizada (Spect y/o planar)		222,48
	Con leucocitos rastreo general		228,66
2.2.2. Óseo			
	Gammagrafía ósea (rastreo)		92,70
	Gammagrafía ósea en tres fases		123,60
	Spect óseo		111,24
2.2.3. Respiratorio			
	Gammagrafía pulmonar de perfusión		92,70
	Gammagrafía pulmonar de ventilación		92,70
2.2.4. Endocrino			
	Captación tiroidea con radioyodo		37,08
	Test de perclorato		37,08
	Gammagrafía tiroidea		43,26
	Gammagrafía tiroidea con radioyodo		135,96
	Rastreo corporal total con I131		135,96
	Gammagrafía de paratiroides (MIBI/Tetrofosmin)		234,84
	Gammagrafía suprarrenal cortical		371,83
	Gammagrafía suprarrenal medular-I123 localizada		557,23
	Gammagrafía suprarrenal medular-I123 rastreo C.		557,23
	Gammagrafía suprarrenal medular-I131 localizada		371,83
	Gammagrafía suprarrenal medular-I131 rastreo C.		371,83
2.2.5. Digestivo			
	Gammagrafía para detección de mucosa gástrica ectópica		105,06
	Gammagrafía hepato - esplénica		92,70
	Estudio de glándulas salivares		80,34
	Detección y localización de la hemorragia intestinal		173,04
	Estudio del tránsito esofágico		111,24
	Estudio del reflujo gastro-esofágico		111,24
	Estudios de vaciamiento gástrico		154,50
2.2.6. Oncología			
	Gammagrafía con Galio 67		191,58
	Spect con Galio 67		191,58
	Gammagrafía con 201 Talio-rastreo corporal		191,58
	Gammagrafía con 111 In-Pentetreótida		742,63
	Spect con 111 In-Pentetreótida		742,63

2.2.7. Cardiovascular			
2.2.7.1. Miocardiografía			
	Gammagrafía miocárdica mediante pirofosfatos 99mTC		123,60
2.2.7.2. Ventriculografía			
	De primer paso. Reposo		123,60
	De primer paso. Post esfuerzo o intervención farmacológica		148,32
	De equilibrio. Reposo		123,60
	De equilibrio. Post esfuerzo o intervención farmacológica		148,32
2.2.7.3. Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con 201Tl			
	Reposo		154,50
	Post esfuerzo o intervención farmacológica		184,37
2.2.7.4. Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con MIBI/Tetrofosmina-99mTC			
	Reposo		216,30
	Post esfuerzo o intervención farmacológica		247,20
2.2.8. Neurología			
	Spect cerebral de perfusión con HMPAO-99m TC		216,30
	Gammamielografía		216,30
	Angioencefalografía		92,70
2.2.9. Hematología			
	Eritrocínética		203,94
	Ferrocínética		203,94
	Cálculo de masa eritrocitaria		135,96
	Gammagrafía de médula ósea		123,96
	Determinación del volumen plasmático		203,94
	Test de Schilling		166,86
2.2.10. Renal			
	Cistogammagrafía retrógrada		111,24
	Gammagrafía renal		67,98
	Renograma isotópico DTPA 99m Tc		92,70
	Renograma isotópico MAG3 99m Tc		98,88
	Renograma con Captopril DTPA 99m Tc		123,60
	Renograma con Captopril MAG3 99m Tc		135,96
2.2.11. Miscelánea			
	Linfogammagrafía		135,96
	Valoración de prótesis óseas		185,40
	Peritoneal		185,40
	Esplénica		154,50
	Testicular		92,70

2.3 NEUROFISIOLOGÍA		
2.3.1. EEG		
	Electroencefalograma básico	23,53
	Electroencefalograma con privación del sueño	79,34
	Estudio de patología del sueño	126,94
2.3.2. Electromiografía y electroneurografía		
	Electromiograma básico	35,25
	Electromiograma con ampliación	10,55
	Electroneurograma básico	35,25
	Electroneurograma con ampliación	10,55
	Estudio nervio mixto	56,65
	Estudio raíz nerviosa	87,55
	Estudio de plexo nervioso: plexo branquial	125,66
	Estudio de plexo nervioso: plexo lumbosacro	125,66
	Estudio de miopatía	125,66
	Estudio de polineuropatía	125,66
	Estudio de unión neuromuscular: Miastenia	177,16
	Estudio de síndrome de túnel carpiano	82,40
	Estudio de la motoneurona inferior	177,16
2.3.3. Potenciales evocados		
	Estudio de potenciales evocados visuales	55,95
	Estudio de potenciales evocados auditivos	55,95
	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales	55,95
2.3.4. Polisomnográficos		
	Estudio polisomnográfico	329,60
	Estudio polisomnográfico con titulación de CPAP	432,60
	Estudio polisomnográfico en noche partida	288,40
	Estudio de poligrafía respiratoria basal	87,45
	Estudio de poligrafía respiratoria completa (con CPAP)	113,30
2.4 PRUEBAS FUNCIONALES		
2.4.1. Cardiacos		
	Coronariografía	523,24
	Holter	58,64
	Ergometría	65,48
2.4.2. Respiratorias		
	Espirometría simple	25,21
	Plestimografía	44,12
	Estudio de Difusión Pulmonar	190,16
2.4.3. Urológicas		
	Exploración urodinámica	107,16

2.4.4. O.T.R.			
	Audiometría		21,30
	Pruebas vestibulares		176,50
2.5 ANATOMIA PATOLÓGICA			
	Biopsia de próstata, cérvix, piel, pólipos		38,69
	Estudio de nódulos uterinos, mama, quistes anexiales, legrados endometriales		49,24
	Estudio de mastectomía, histerectomía, de pieza operatoria		56,28
	Inmunofluorescencia-estudio		161,84
	PAAF + estudio citológico		84,62
	Citología cérvico vaginal		24,47
2.6 ESTUDIOS GENÉTICOS			
	Cariotipo sangre		110,05
	Cariotipos de líquido amniótico		291,32
	Cariotipos de biopsia		291,32
	Cariotipos en médula ósea		161,84
	Test despistaje Down		55,03
	Técnica PCR		129,47
	Técnica Southevn		258,95
2.7 PRUEBAS ALÉRGICAS			
	Pruebas alérgicas a medicamentos		94,55
	Pruebas epicutáneas		44,12
	Provocaciones		26,49
	Pruebas de función respiratoria		26,49
2.8 ENDOSCOPIA			
	Broncoscopia		82,51
	Laringoscopia		54,42
	Panendoscopia oral		67,25
	Colonoscopia sin biopsia		78,57
	Colonoscopia con biopsia		105,81
	Uretrocistoscopia		76,16
	Histeroscopia		43,85
	Colangiografía retrógrada endoscópica diagnóstica		265,43
	Cápsula endoscópica		964,00
2.9 PRUEBAS ANALÍTICAS			
	Pruebas hormonales endocrinología		26,45
	Pruebas hormonales ginecología		26,45
	Pruebas analíticas reumatología		7,40

2.10 SERVICIOS INCLUIDOS EN TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

2.10.1 Los procedimientos diagnósticos que figuran en este Anexo, se abonarán de acuerdo a las tarifas que se indican para cada uno de ellos en las siguientes modalidades:

- a) Instalaciones móviles
- b) Instalaciones fijas

En el precio de los procedimientos diagnósticos tanto en instalaciones móviles como en las fijas, se incluye el conjunto de prestaciones derivadas del estricto cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos para cada una de las técnicas de diagnóstico, comprendiendo el ingreso hospitalario en aquellas técnicas que se precise.

2.10.2 Se considera también incluido lo siguiente:

- a) El material o fármacos que se requieran para la preparación del órgano a explorar, que no quede expresamente especificado en la relación de tarifas máximas.
- b) En la práctica de la Ventriculografía, si en el mismo procedimiento se procede a la realización de exploración en reposo y exploración tras esfuerzo o intervención farmacológica, el precio máximo será el de la exploración tras esfuerzo o intervención farmacológica incrementado en un 20%.

.....

3. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

3.1 HEMODINÁMICA CARDIACA TERAPÉUTICA Y ANGIOPLASTIAS				
Diagnósticos CIE-9-MC		Procedimientos CIE-9-MC		Tarifa Máxima
Código	Descripción	Código	Descripción	
410.0 a 414.0, 414.8 y 9	Cardiopatía isquémica	36.0	Angioplastia coronaria transluminal percutánea simple (ACTP)	3.274,15
		36.0 + 88.5	Angioplastia transluminal coronaria incluyendo angiocardiografía	3.372,37
394.0 a 397.9 y 424.0 a 424.99	Patología de válvulas cardiacas	35.96	Valvuloplastia percutánea	3.274,15
		35.96 +88.5	Valvuloplastia percutánea incluyendo angiocardiografía	3.405,12
		37.25	Biopsia endomiocárdica	982,24
745	Anomalías de cierre septal cardíaco	35.52	Cierre percutáneo de Comunicación interauricular (CIA)	3.274,15
747.0	Conducto arterioso permeable	38.85	Cierre percutáneo de Ductus arterioso	3.274,15
440.9	Arteriosclerosis de arterias no especificadas	39.5+ 39.50	Angioplastia percutánea transluminal de vaso no coronario vascular periférica	3.274,15

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de hemodinámica cardiaca y angioplastias, se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias o específicas que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso, así como la sangre y hemoderivados
- Curas.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y anestesia si se precisa.
- El material fungible necesario durante la hospitalización y en los controles pre y postoperatorios, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- La anatomía patológica de los procedimientos que la requieran siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento, y de la Comisión Nacional de Especialidades.
- El coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Estancias en Unidad de Cuidados Intensivos que pudiera precisar.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las reintervenciones terapéuticas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado, y se realicen en plazo de tiempo no superior a tres meses, a contar desde el día siguiente a producirse el alta definitiva.
- Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias, debiendo realizarse al menos, dos y todas las que se consideren indicadas durante el primer año tras la realización del procedimiento. En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.



Departamento de Salud y Consumo

- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

No se incluirá el material protésico, considerándose como tal el "stent" vascular, las prótesis valvulares y las prótesis utilizadas en los procedimientos 35.52 y 38.85. No se considerarán como prótesis los catéteres, introductores, electrodos, generadores de marcapasos transitorios y otro material fungible de uso durante los procedimientos.

Las prótesis citadas se facturarán a precio de coste al Órgano de Contratación que establezca el contrato correspondiente. La entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica de implantación. La elección de las mismas deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.

3.2 RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA				
Diagnósticos CIE-9-MC		Procedimientos CIE-9-MC		Tarifas máximas
Código	Descripción	Código	Descripción	
239.6, 239.7	Neoplasia del Sistema Nervioso Central	92.3	Radiocirugía estereotáxica	7.946,96
747.81	Malformaciones vasculares cerebrales	92.3	Radiocirugía estereotáxica	9.536,34

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de radiocirugía estereotáxica, se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- Angiografía cerebral bajo condiciones estereotáxicas (solo en las malformaciones vasculares).
- T.A.C. cerebral en condiciones estereotáxicas, más RNM realizada en condiciones que permita la fusión de imágenes con las del TAC.
- Ingreso en clínica (en tratamientos en dosis única).
- Medicación durante el proceso.
- Dosimetría clínica con sistema de planificación que permita fusión de imágenes de TAC, RNM y/o angiografía.
- Control de calidad del tratamiento y del equipamiento utilizado según normativa vigente.
- El tratamiento con radiocirugía estereotáxica (única o fraccionada).
- El coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- La utilización de quirófano y anestesia si se precisa.
- El material fungible necesario durante la hospitalización y en los controles pre y posteriores al tratamiento, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- Asistencia médica por personal especializado: neurorradiólogo, neurocirujano, radioterapeuta, radiofísico, ATS y técnicos especialistas en radioterapia.
- Informe clínico al finalizar el tratamiento, por escrito.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las consultas posthospitalarias de seguimiento que se considere conveniente en los dos primeros años tras la realización del tratamiento. En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales, o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

3.3 RADIOTERAPIA
3.3.1. Radioterapia convencional y radioterapia externa conformada en 3 dimensiones (3D)

Procedimiento. CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
92.24	Radioterapia de complejidad tipo I	773,33
	Radioterapia de complejidad tipo II	2.300,48
	Radioterapia de complejidad tipo III	3.141,59
	Radioterapia de complejidad tipo IV o de Intensidad Modulada.	5.854,93

Las tarifas máximas por procedimiento completo de RT de complejidad I y II, incluirán lo siguiente:

- Primera consulta, con evaluación multidisciplinar del paciente.
- Imágenes de localización y planificación.
- Planificación del tratamiento.
- Dosimetría clínica individualizada.
- Simulación del tratamiento.
- Las sesiones correspondientes de radioterapia según protocolos establecidos.
- Medicación, así como todos los gastos de material sanitario que se requieran durante el procedimiento.
- Asistencia especializada por oncólogo-radioterapeuta, radiofísico, los médicos especialistas que procedan, ATS y técnicos especialistas en radioterapia.
- Material adicional utilizado en el tratamiento: inmovilizadores, bolus y otros fungibles.
- Control de calidad del tratamiento y del equipamiento necesario, según la normativa vigente.
- Evaluación final del tratamiento con informe clínico resumen, por escrito.
- Los costes derivados de posibles complicaciones que pudieran presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y /o del procedimiento realizado, correrán a cargo de la entidad adjudicataria.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

Las tarifas máximas por procedimiento completo de RT de complejidad III, incluirán además de lo especificado en el apartado anterior lo siguiente:

- TAC de localización y planificación, con apoyo de imágenes de RNM y/o PET, si fuera necesario.
- Sistemas de inmovilización adecuados.
- Dosimetría computarizada en 3D que permite simulación virtual, con conformación adecuada al PTV (volumen blanco de planificación).
- Las sesiones correspondientes de radioterapia con Acelerador Lineal de Electrones, según protocolos establecidos.

Las tarifas máximas por procedimiento completo de RT de complejidad IV o Radioterapia de Intensidad Modulada, incluyen, además de lo especificado para la RT de complejidad III, lo siguiente:

- Dosimetría mediante planificación inversa.
- Inmovilización apropiada y específica en todos los casos.



Departamento de Salud y Consumo

3.3.2. Braquiterapia

Procedimiento. CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento completo
Código	Descripción	
92.27	Braquiterapia de complejidad I	1.935,90
	Braquiterapia de complejidad II	3.073,81
	Braquiterapia de complejidad III	4.782,74
	Braquiterapia de complejidad IV	9.552,13

Las tarifas máximas por procedimiento completo de Braquiterapia de complejidad I incluirán lo siguiente:

- Consulta inicial con evaluación multidisciplinar del paciente.
- Planificación del tratamiento.
- Imágenes para localización y dosimetría (Rx, TAC, Ultrasonidos).
- Dosimetría clínica.
- Control de calidad del tratamiento y del equipamiento necesario, según la normativa vigente.
- Las sesiones correspondientes de radioterapia según protocolos establecidos.
- Medicación, así como todos los gastos de material sanitario que se requieran durante el procedimiento.
- Asistencia especializada por oncólogo-radioterapeuta, radiofísico, ATS y técnicos especialistas de radioterapia, y aquellos otros facultativos especialistas según la patología de que se trate, si procede.
- Ingreso hospitalario, si procede.
- Evaluación final del tratamiento con informe clínico resumen, por escrito.
- Los costes derivados de posibles complicaciones que pudieran presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y /o del procedimiento realizado, correrán a cargo de la entidad adjudicataria.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

Las tarifas máximas por procedimiento completo de Braquiterapia de complejidad II, III y IV, incluirán:

- Todos los conceptos enumerados para la Braquiterapia de complejidad I, y además cada uno de los procedimientos incluidos en los diferentes niveles de complejidad requiere una mayor dedicación en tiempo y medios materiales, así como una elaboración más exhaustiva.
- Para aquellos procedimientos de complejidad IV, en los que el tratamiento precisa el implante de "semillas", el precio de éstas se incluirá en el global.

3.4 MEDICINA NUCLEAR

Procedimientos CIE-9-MC			Tarifa máxima por procedimiento completo
Código		Descripción	
92.29	Oncología	Tto. del dolor metastásico óseo	1.513
		Tto. del Cáncer Tiroides con yodo 131	1.589
	Endocrinología	Tto. con yodo en régimen ambulatorio para el Hipertiroidismo: Unidosis	139
		Tto. con yodo en Hipertiroidismo: Dosis fraccionadas	216
	Hematología	Tto. de Policitemia Vera	173
	Osteoarticular	Sinoviortesis / Ttos. intraarticulares	215

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de Medicina Nuclear anteriores, se consideran incluidos:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- Preparación adecuada del paciente.
- Los radiofármacos que sean necesarios para el tratamiento adecuado.
- Controles de calidad requeridos por la normativa vigente.
- En el caso de utilizar un radiofármaco que así lo requiera el paciente, deberá permanecer en la instalación el tiempo estimado por la normativa vigente, en una estancia adecuada.
- Recomendaciones adicionales al paciente, por escrito, tras realizar el tratamiento.

3.5 LITOTRICIA RENAL EXTRACORPÓREA

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
98.51	Litotricia Renal extracorpórea	859,60

En la tarifa máxima establecida el procedimiento de Litotricia Renal Extracorpórea, se consideran incluidos:

- Consulta externa para evaluación del paciente y planificación del tratamiento.
- Aplicación de la terapia con ondas de choque.
- Control del resultado del tratamiento, mediante técnica ecográfica o radiológica.

3.6 TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS FARMACOLÓGICOS

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión/día	Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción		
99.25	Quimioterapia	11,54	
96.49	IVE con RU		449,57

La tarifa máxima para el procedimiento 99.25 (Quimioterapia), incluye:

- Aplicación del tratamiento en una sala adecuada dentro de un centro sanitario.
- Control médico y de ATS durante la aplicación del tratamiento.
- Tratamiento medicamentoso básico y material fungible que precise.
- No se incluye en la tarifa máxima los fármacos quimioterápicos. El Órgano de Contratación establecerá los mecanismos para su facturación.

La tarifa máxima para el procedimiento 96.49 (IVE con RU) incluirá:

- Consulta para la evaluación de la paciente y planificación del tratamiento.
- Analítica para la confirmación del diagnóstico.
- Administración de la RU486 y de Prostaglandinas.
- Realización de un legrado uterino si la paciente lo precisa para completar el tratamiento.

3.7 HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL

3.7.1. Hemodiálisis por sesión

La tarifa máxima por sesión de hemodiálisis, incluye el coste del concentrado de bicarbonato.

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
39.95	Hemodiálisis en Centros hospitalarios	145,00
	En centro satélite con personal sanitario del SALUD	106,25
	En centro satélite con personal sanitario de la empresa concertada	124,81
	En el domicilio del paciente con máquina	128,66

3.7.2. Diálisis peritoneal domiciliaria, por día

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
54.98	Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC)	42,11
	Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora alto volumen (mayor de 15 litros/día)	70,55
	Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora bajo volumen (menor de 15 litros/día)	56,93
	Diálisis peritoneal domiciliaria con último cambio automático	49,93

3.7.3. Suplementos de diálisis

- a) Suplemento de diálisis peritoneal Ambulatoria con solución de poliglucosa

Descripción	Tarifa máxima por sesión
En todas las modalidades de DPA: continua, con cicladora o con último cambio automático	6,09

- b) Suplemento de diálisis peritoneal Ambulatoria con soluciones basadas en el bicarbonato

Descripción	Tarifa máxima por sesión
En todas las modalidades de DPA: continua, con cicladora o con último cambio automático	12

3.7.4. Suplemento de material fungible y fijo

A los efectos de facturación y abono de los servicios de "hemodiálisis a domicilio", "diálisis peritoneal ambulatoria continua" y "diálisis peritoneal domiciliaria con último cambio automático", las tarifas establecidas en los apartados 3.7.1, y 3.7.2 para estas prestaciones se diferenciarán, dada su distinta fiscalidad, en los conceptos que se recogen en el siguiente cuadro:

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión	
Código	Descripción		
39.95	Hemodiálisis a domicilio con máquina	Material fungible	63,82
		Material fijo	64,84
54.98	Diálisis peritoneal ambulatoria continua	Material fungible	42,11
		Material fijo	14,58
	Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora alto volumen (mayor de 15 l/día)	Material fungible	55,97

	Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora bajo volumen (menor de 15 l/día)	Material fungible	45,54
		Material fijo	11,39
	Diálisis peritoneal domiciliaria con último cambio automático	Material fungible	42,63
		Material fijo	7,30

Con independencia de la tarifa por sesión fijada para los servicios de "hemodiálisis en domicilio del paciente con máquina", se abonarán a la firma comercial los gastos por la instalación de los aparatos, previa conformidad del órgano contratante, exclusivamente para aquellos pacientes que utilicen, por primera vez, el tratamiento de hemodiálisis en su domicilio.

En los servicios de diálisis peritoneal ambulatoria, prestados en el domicilio del paciente, la empresa prestataria del servicio, vendrá obligada a la formación, entrenamiento y adiestramiento del paciente en las operaciones previas a diálisis, una vez remitido el paciente tras la instalación del catéter por el centro de referencia.

La empresa adjudicataria abonará al paciente por cada sesión de hemodiálisis domiciliaria con máquina, la cantidad de 4,85 euros/sesión, como compensación económica por el consumo de agua y electricidad. En el supuesto de la diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora, la cantidad de 12,40 euros mensuales por gasto de electricidad. Mensualmente, la empresa adjudicataria emitirá una factura separada por estos conceptos, con cargo al hospital de referencia del que derive el paciente, justificando plenamente los importes abonados conforme a lo acordado por ambas partes.

3.8 TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y DEL SUEÑO

3.8.1. Tratamiento domiciliario del síndrome de apnea del sueño e insuficiencias respiratorias.

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
93.90	CPAP	1,77
93.91	BIPAP espontánea (doble presión)	2,56
	BIPAP controlada (doble presión)	4,51
96.70	Respirador volumétrico, 12 horas	7,12
	Respirador volumétrico, 24 horas	10,67
	Monitor de apnea.	5,35

Las tarifas máximas por sesión incluirán:

- Atención al paciente dentro de los 3 días naturales del aviso o dentro de las 24 horas en caso de urgencia justificada.
- Instalación de equipo completo en el domicilio del paciente. Dichos equipos estarán homologados por la autoridad competente y su elección deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.
- Accesorios: gafas o mascarilla adecuada a cada paciente y conjunto de sujeción de la mascarilla.
- Revisión en el domicilio del paciente con periodicidad trimestral, complementada con una revisión telefónica mensual respecto a la adecuación del servicio que se presta, para los tratamientos con CPAP y BIPAP espontánea.
- Revisión en el domicilio del paciente con periodicidad mensual, para el tratamiento con BIPAP controlada.
- Recepción y avisos durante las 24 horas del día. Reparación de averías o reposición del equipo dentro de las 24 horas hábiles del aviso.
- Retirada del equipo al finalizar el tratamiento.
- Realización de pulsioximetría nocturna domiciliaria en aquellos pacientes que bajo orden facultativa se crea necesaria para asegurar el correcto funcionamiento y corrección de las desaturaciones de la oxihemoglobina reflejadas en el estudio basal.

Las tarifas máximas por sesión, para los tratamientos con Respirador volumétrico, incluirán además de lo anterior:



Departamento de Salud y Consumo

- Aspirador de secreciones.
- Material fungible necesario si precisa aplicación de tratamiento por traqueostomía.
- Una primera visita a las 24 horas de la instalación en el domicilio para verificar el correcto funcionamiento del equipo por un Técnico, que se repetirá a los 7 días y luego una vez al mes.
- La empresa dispondrá de un equipo de enfermería especializado en estos tratamientos que realizarán:
 - Durante la primera semana una llamada telefónica cada 48 horas para detectar posibles problemas, realizando visita si fuera preciso.
 - Una visita a los 7 días.
 - Dos llamadas telefónicas por semana a partir de la segunda semana.
 - Posteriormente una visita mensual.
 - Informe clínico de cada visita de enfermería.

3.8.2. Oxigenoterapia a domicilio

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
93.96	Oxigenoterapia con concentradores	2,63
	Oxigenoterapia con cilindro o bala de oxígeno	2,80
	Oxígeno líquido	7,05

En las tarifas máximas se incluirá:

- Instalación de la bombona y equipo necesario para la administración de oxígeno en el domicilio del paciente, en cualquiera de las modalidades especificadas en la tabla anterior.
- Dichos equipos estarán homologados por la autoridad competente y su elección deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.
- Las gafas nasales o las mascarillas para la administración de oxígeno, serán nuevas en cada instalación y se cambiarán mensualmente.
- Recepción y avisos durante las 24 horas del día. Reparación de averías o reposición del equipo dentro de las 24 horas hábiles del aviso, mediante un servicio de Asistencia Técnica.
- Mensualmente y por muestreo, se hará una revisión telefónica a los pacientes respecto a la adecuación del servicio que se presta y a su grado de satisfacción.
- En el tratamiento mediante concentrador de oxígeno, se realizará una visita trimestral por el Técnico, debidamente habilitado, para el mantenimiento preventivo en el domicilio del paciente.
- Revisión exhaustiva del concentrador y de los equipos de oxígeno líquido como mínimo con carácter anual en talleres especializados.

La empresa adjudicataria abonará a los pacientes sometidos a tratamiento de oxigenoterapia domiciliar con concentradores, en concepto de compensación económica por los gastos de electricidad, el importe resultante del consumo en energía eléctrica del concentrador, en función de los kilovatios consumidos mensualmente y de la tarifa vigente en la compañía eléctrica suministradora. La facturación por este concepto se hará de forma separada y mediante justificación del pago al paciente, al hospital de referencia del que derive el paciente.

3.8.3. Aerosolterapia y ventiloterapia

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
93.94	Tratamiento individualizado de aerosolterapia con nebulizador ultrasónico	1,05
	Tratamiento individualizado de aerosolterapia con alto flujo.	1,52

La tarifa máxima incluye:

- Instalación del equipo necesario para la administración de aerosolterapia en el domicilio del paciente, en cualquiera de las modalidades especificadas en la tabla anterior.
- Dichos equipos estarán homologados por la autoridad competente y su elección deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.
- Material fungible necesario.
- Mensualmente y por muestreo, se hará una revisión telefónica a los pacientes respecto a la adecuación del servicio que se presta y a su grado de satisfacción.
- Recepción y avisos durante las 24 horas del día. Reparación de averías o reposición del equipo dentro de las 24 horas hábiles del aviso, mediante un servicio de Asistencia Técnica.

3.9 TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
93.95	Oxigenoterapia Hiperbárica	46,83

La tarifa máxima por sesión incluye la presencia del facultativo especialista durante la aplicación del tratamiento y revisión médica del paciente al final de la misma.

La consulta externa de valoración y planificación del tratamiento, se facturará como si fuera una sesión más. En ella se realizarán las exploraciones diagnósticas rutinarias o específicas que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al inicio del procedimiento terapéutico.

3.10 TRATAMIENTOS VÍA ENDOSCÓPICA

3.10.1. Técnicas endoscópicas de menor complejidad:

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
42.33	Esclerosis de varices esofagogástricas	201,83
44.43	Esclerosis de úlcus gastroduodenal	201,83
44.13	Extracción de cuerpo extraño por gastroscopia	162,33
42.92	Dilatación esofágica	236,42
45.42	Polipectomía de colon por endoscopia	161,86
57.49	Polipectomía vesical por endoscopia	161,86
43.11	Gastrostomía percutánea endoscópica	215,88



Departamento de Salud y Consumo

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de endoscopias de menor complejidad, se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento, y realización de las pruebas diagnósticas rutinarias o específicas que sea preciso practicar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido.
- El tratamiento medicamentoso y curas que se requiera durante la realización del procedimiento.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y sedación si se precisa
- El material fungible necesario durante la realización del procedimiento y en los controles pre y posteriores al tratamiento.
- La anatomía patológica de los procedimientos que la requieran siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento.
- Seguimiento posterior a la realización del tratamiento, si precisa.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las reintervenciones terapéuticas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado, en las 48 horas posteriores a la aplicación del tratamiento.

3.10.2. Técnicas endoscópicas de mayor complejidad:

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
51.10	Colangiografía retrógrada endoscópica terapéutica	575,94
51.84	Dilatación endoscópica de ampolla, esfínter de Oddi y conductos biliares	379,99
51.85	Esfínterotomía / papilotomía endoscópica	379,99
51.99	Colocación de endoprótesis biliar o pancreática	615,17

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de endoscopias de mayor complejidad, se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias o específicas que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso, así como la sangre y hemoderivados.
- Curas.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y anestesia si se precisa.
- El material fungible necesario durante la hospitalización y en los controles pre y postoperatorios, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- La anatomía patológica de los procedimientos que la requieran siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento.
- Material protésico. La entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica de implantación. La elección de las mismas deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.
- El coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Estancias en Unidad de Cuidados Intensivos que pudiera precisar.

- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las reintervenciones terapéuticas necesarias que haya que practicar al paciente, durante el mes siguiente tras la realización del procedimiento, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

3.11 TRATAMIENTOS CON LÁSER

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
86.3	Láser para nevus gigantes, nivel I	1.540,50
	Láser para nevus gigantes, nivel II	2.567,50
	Láser para nevus gigantes, nivel III	3.594,50
	Láser para malformaciones venosas congénitas, nivel I	2.054,00
	Láser para malformaciones venosas congénitas, nivel II	2.670,20
	Láser para malformaciones venosas congénitas, nivel III	3.902,60

En las tarifas máximas para cada uno de los niveles de complejidad de procedimientos con láser y siguiendo los protocolos que se establezcan para cada uno de ellos, teniendo en cuenta, la patología a tratar, su localización o extensión, el número de máquinas utilizadas y el tiempo de quirófano. No obstante como mínimo se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso.
- Curas.
- Alimentación.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y anestesia.
- Utilización de diferentes tipos de láser en función de la patología, localización y extensión de la misma.
- El material fungible necesario durante la hospitalización y en las revisiones tras la aplicación del tratamiento, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- El coste en hospitalización de día incluido acompañante.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.
- Informe médico al alta definitiva por escrito.

3.12 REHABILITACIÓN
3.12.1. Rehabilitación Ambulatoria

Descripción según Categoría Mayor Diagnóstica	Descripción del procedimiento	Tarifas máximas	Número mínimo de sesiones por procedimiento	
Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejía	AVC con hemiplejía con/sin alteración del lenguaje y/o del habla.	240	40	
Enfermedades del sistema nervioso central	Enfermedades del sistema nervioso central	150	25	
Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías	Síndromes caniculares y/o de atrapamiento	90	15	
	Afecciones traumáticas del sistema nervioso periférico	240	40	
	Otrasafecciones del sistema nervioso y neuromiopatías	240	40	
Traumatismo craneoencefálico (TCE)	Traumatismo cráneo-encefálico	300	50	
Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	Afecciones traumáticas osteoarticulares de las extremidades	Fracturas extremo proximal del húmero	150	25
		Fractura de muñeca (*)	90	15
		Resto de las patologías incluidas	180	30
	Afecciones traumáticas de las partes blandas de las extremidades	Esguince de tobillo (*)	54	9
		Resto de las patologías incluidas	90	15
	Politraumatismos con lesiones complejas de las extremidades.		240	40
Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	Afecciones no traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas del hombro.	Hombro doloroso (*)	78	13
		Resto de las patologías incluidas	120	20
	Afecciones no traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas de la rodilla.	Gonartrosis (*)	48	8
		Resto de las patologías incluidas	90	15
	Otras afecciones no traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto del hombro y rodilla).	Coxartrosis (*)	48	8
		Tendinopatía de muñeca (*)	48	8
		Artrosis de muñeca (*)	90	15
		Resto de las patologías incluidas	90	15
	Artritis		90	15
	Algoneurodistrofias		270	45
	Artroplastias		210	35
Linfedema		120	20	
Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular	Afecciones traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular.		78	13
	Síndromes álgicos vertebrales de características mecánicas y/o degenerativas	Cervicalgia (*)	78	13
		Dorsalgia (*)	78	13
		Lumbociática (*)	78	13
		Resto de las patologías incluidas	78	13
	Otras afecciones vertebrales		90	15
Amputaciones	Amputaciones	240	40	
Grupo específico de patología infantil	Deformidades vertebrales, acortamientos musculares y otras alteraciones del sistema músculo-esquelético	240	40	
Grupo específico de patología senil	Síndrome de inmovilidad	90	15	



Departamento de Salud y Consumo

La tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de Rehabilitación Ambulatoria descritos en la tabla anterior, se refiere a procesos completos, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos, y que comprenden, como mínimo:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación pertenecientes al Servicio Público de Salud o a la Entidad Concertada, (según los protocolos conveniados).
- Las consultas de revisión realizadas por un médico rehabilitador necesarias para cada proceso, hasta la finalización del tratamiento. Para aquellos procedimientos que requieran un número de sesiones igual o mayor de 20, será obligatoria una consulta de revisión como mínimo.
- El número de sesiones de fisioterapeuta o terapeuta ocupacional, que aparecen en la tabla anterior, se considerará mínimo para cada proceso, con las excepciones contempladas en los protocolos conveniados.
- Consulta al finalizar el tratamiento, realizada por el médico especialista y emisión de informe clínico, por escrito.

Para aquellos procedimientos en los que por su menor complejidad no sea preciso la asistencia por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, señalados en la Orden mediante (*), la tarifa máxima comprenderá, como mínimo:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un fisioterapeuta.
- El número de sesiones de fisioterapeuta o terapeuta ocupacional que aparecen en la tabla anterior, para cada proceso, se considerará mínimo.
- Emisión de informe clínico por el fisioterapeuta, por escrito, al alta definitiva.

3.12.2. Rehabilitación domiciliaria

Descripción según Categoría Mayor Diagnóstica	Descripción del proceso	Tarifas máximas sin médico Rehabilitador	Número mínimo de sesiones por procedimiento
Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejía	AVC con hemiplejía en fase aguda	680	40
	AVC con hemiplejía en fase crónica	510	30
Enfermedades del sistema nervioso central	Parkinson	425	25
	Esclerosis múltiple	425	25
	Otras enfermedades del sistema nervioso central	425	25
Lesiones de la médula espinal	Lesiones de la médula espinal	510	30
Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías	Síndromes caniculares y/o de atrapamiento	255	15
	Afecciones traumáticas del sistema nervioso periférico	680	40
	Otras afecciones del sistema nervioso y neuromiopatías	680	40
Traumatismos cráneo encefálicos	Traumatismos cráneo encefálicos	850	50
Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	Fracturas de la epífisis proximal del húmero	425	25
	Fracturas de la epífisis proximal del fémur	510	30
	Politraumatismos con lesiones complejas de las extremidades	680	40
	Otras afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	340	20
Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	Artroplastia de rodilla	595	35
	Artroplastia de cadera	595	35
	Otras afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto artroplastia de rodilla y de cadera)	340	20
Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular	Afecciones vertebrales sin lesión medular	255	15

Amputaciones	Amputación de la/s extremidad/es inferior/es	680	40
Enfermedades respiratorias	E.P.O.C.	340	20
Grupo específico de patología infantil	Miopatías	680	40
Grupo específico de patología senil	Síndrome de inmovilidad	255	15

La tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de Rehabilitación Domiciliaria descritos en la tabla anterior, se refiere a procesos completos, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos, y que comprenden como mínimo:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, pertenecientes al Servicio Público de Salud o a la Entidad Concertada, (según los protocolos conveniados).
- Las consultas de revisión realizadas por un médico rehabilitador necesarias para cada proceso, hasta la finalización del tratamiento. Para aquellos procedimientos que requieran un número de sesiones igual o mayor de 20, será obligatoria una consulta de revisión como mínimo.
- El número de sesiones de fisioterapeuta o terapeuta ocupacional, que aparecen en la tabla anterior, se considerará mínimo para cada proceso, con las excepciones contempladas en los protocolos conveniados.
- Consulta al finalizar el tratamiento, realizada por el médico especialista y emisión de informe clínico, por escrito.
- Desplazamiento hasta el domicilio del paciente.

3.12.3. Foniatría y logopedia.

Descripción según Categoría Mayor Diagnóstica	Descripción del procedimiento	Tarifa máxima por proceso	Duración mínima de tratamiento
Alteraciones del lenguaje, de la voz y del habla	Disfonía	387,18	6 meses
	Afasia	774,36	12 meses
	Disartria	515,55	8 meses
	Trastornos de la fluencia	387,18	6 meses
	Anomalías funcionales dentofaciales	387,18	6 meses
	Laringuectomía	387,18	4 meses
	Implante coclear- pacientes postlocutivos, en niños	4.709,82	24 meses
	Implante coclear- pacientes prelocutivos, en niños	7.705,58	36 meses
	Implante coclear- pacientes postlocutivos, en adultos	3.531,85	6 meses
	Implante coclear - pacientes prelocutivos, en adultos	5.778,93	12 meses

La tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos terapéuticos enumerados en la tabla anterior, (se refieren a proceso completo, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos). No obstante, como mínimo se considera incluido:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un médico especialista en Rehabilitación/ Foniatra.
- Las consultas de revisión realizadas por un médico Rehabilitador/Foniatra necesarias para cada proceso, hasta la finalización del tratamiento, siendo como mínimo una consulta mensual.
- La duración para cada procedimiento que aparece en la tabla anterior, se considerará mínima y de obligado cumplimiento.
- Las sesiones para cada modalidad terapéutica serán impartidas por un logopeda. El número y duración de las mismas vendrán determinadas en los protocolos establecidos al efecto.
- En el caso de laringuectomizados, en modalidad terapéutica de recuperación del habla esofágica las sesiones podrán ser realizadas por un monitor especializado.
- Consulta médica realizada por un médico especialista en rehabilitación/foniatra al final del proceso terapéutico.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta definitiva.

3.12.4. Rehabilitación para paralíticos cerebrales.

Descripción del procedimiento	Tarifas máximas
Por cada mes completo de tratamiento de rehabilitación integral, incluyendo fisioterapia, logopedia, foniatría, terapia ocupacional, ortopedia y neuropediatría.	223,06
Por cada sesión de tratamiento	9,55

La tarifa máxima anterior correspondiente a tratamiento de rehabilitación para paralíticos cerebrales por meses completos, incluye:

- Consulta inicial multidisciplinar de valoración y planificación del tratamiento.
- Consultas de revisión necesarias durante el tratamiento. Se realizará como mínimo una mensual.
- La rehabilitación integral mensual incluye 20 sesiones.

La tarifa máxima por sesión de tratamiento, será de aplicación cuando el tratamiento requerido exceda de uno o más meses completos.

.....

4. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

4.1. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA CON REHABILITACIÓN

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Internamiento con RHB	7.974

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado, se refiere a la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta hospitalaria, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Actividades y procedimientos de enfermería:
 - Actividades de enfermería: Actividades de prevención y promoción de la autonomía y del autocuidado.
 - Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- Consulta médica de especialista en RHB.
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas rehabilitador /fisioterapia/ terapia ocupacional.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable.

4.2. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA SIN REHABILITACIÓN

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Internamiento sin RHB	6.617,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado, se refiere a la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta hospitalaria, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.

- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable.

4.3. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA CUIDADOS PALIATIVOS

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Internamiento cuidados paliativos	2.579,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado, se refiere a la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta hospitalaria, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Tratamiento del dolor.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable.



Departamento de Salud y Consumo

4.4. HOSPITAL DE DÍA EN HOSPITAL CONVALECENCIA

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Hospital de Día	1.895,38

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado, se refiere a la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta hospitalaria, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas rehabilitador/fisioterapia/terapia ocupacional/terapia para déficit cognitivos.
- Atención personal básica.
- Manutención.
- Informe de alta por el médico responsable.

4.5. TRANSPORTE ADAPTADO EN HOSPITALES DE DÍA DE CONVALECENCIA

Tipo de asistencia	Tarifa máxima
Transporte adaptado	9,71

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por paciente estando incluido:

- Transporte ida y vuelta del domicilio del paciente al hospital de convalecencia, en vehículo adaptado.
- Atención básica al paciente.

4.6. EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMILIARIA

Distancia desde la base del ESAD hasta el domicilio del paciente	Tarifa
Hasta 45 Km.	602
Entre 45 y 80 Km.	1.041
Más de 80 Km.	1.354

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado y tramo de distancia kilométrica, estando incluido de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Asistencia médica y/o de enfermería en domicilio:
 - Valoración inicial conjunta del paciente y de la unidad familiar con los profesionales de Atención Primaria que hayan solicitado colaboración del ESAD. Elaboración de planes de cuidados y estrategia de seguimiento con el EAP
 - Asesoramiento telefónico y presencial a profesionales de EAP en base a la historia clínica del paciente.
 - Atención directa a pacientes inmovilizados y/o en situación terminal, cuyo curso clínico lo requiera, aplicando las técnicas y tratamientos que se precisen dentro del tipo de cuidado.
 - Tratamiento del dolor.
 - Administración de medicación por vía subcutánea: en bolus o en infusión continua.
 - Vigilancia de cualquier tipo de dispositivos que lleve el enfermo (PEG, Reservorios, Sondas etc.).
 - Apoyo y administración de medicación en la agonía.
 - Control y registro de mórficos.
 - Consulta telefónica a cuidadores y familiares.
 - Información, formación y apoyo a cuidadores y familiares.
 - Detección y prevención de procesos de duelo patológicos.
 - Ayudar en la gestión de los procesos de duelo.
 - Adiestramiento y asistencia a los cuidadores para la atención personal básica del paciente: alimentación, aseo y movilización.
- Actividades y procedimientos de enfermería:
 - Actividades de enfermería:
 - Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado.
 - Actividades preventivas que necesariamente incluirán:
 - Prevención de déficit nutricional,
 - Prevención de accidentes y caídas,
 - Prevención de la polifarmacia y la automedicación,
 - Prevención de incontinencia urinaria,
 - Prevención del síndrome del cuidador
 - Apoyo emocional y seguimiento de los cuidadores familiares
 - Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Apoyo en las paracentesis evacuadoras
 - Extracción manual de fecalomas
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.

5. SERVICIOS DE SALUD MENTAL

5.1. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL

CENTRO DE SALUD MENTAL	Tarifa
Capitativa	5,74

Se considera tarifa máxima por asegurado, comprendiendo toda la atención mental que demande la población asignada, dentro de la cartera de servicios de los Centros de Salud Mental. Se encuentran comprendidas como mínimo:

- Asistencia por equipo especializado de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, personal auxiliar sanitario y trabajador social.
- Atención integral de los pacientes, comprendiendo la atención psiquiátrica, psicofarmacológica y psicoterapéutica individual, grupal o familiar y la atención psicológica.
- Servicios básicos de enfermería y de enfermería psiquiátrica.
- Apoyo y asesoramiento al Equipo de Atención Primaria y participación en los programas de enlace: sesiones clínicas, organización de derivaciones y formación.
- Derivación de pacientes que necesitan ingreso a las unidades de hospitalización breve o al resto de dispositivos de la red de salud mental según los distintos protocolos de derivación. Informe por el facultativo responsable.
- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.

5.2. INTERNAMIENTO EN UNIDADES RESIDENCIALES-REHABILITADORAS DE LARGA ESTANCIA.

UNIDAD RES-RHB. LARGA ESTANCIA	Tarifa
Paciente	19.799,00

Se consideran tarifas máximas por paciente, comprendiendo la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de las Unidades de Larga estancia hasta el alta en la Unidad. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- **Internamiento en Unidad Residencial**, estando incluido el coste de los días de internamiento en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo especializado de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, personal auxiliar sanitario y trabajador social. Comprendiendo la atención psiquiátrica, psicofarmacológica y psicoterapéutica individual, grupal o social y atención psicológica que se requiera durante el ingreso.
- Guardias médicas y de enfermería presenciales y/o localizadas.
- Cuidados básicos de enfermería y de enfermería psiquiátrica.
- Plan Terapéutico Individualizado.
- Programas de rehabilitación psicosocial, comprendiendo:
 - Autocuidado. Actividades de la vida diaria y vivienda.
 - Educación para la salud y psicoeducación del paciente y su familia.
 - Rehabilitación de déficit cognitivos.
 - Psicomotricidad.
 - Afrontamiento del estrés y expresividad emocional.
- Programas de apoyo comunitario, comprendiendo:
 - Actividades de tiempo libre, ocio y convivencia.
 - Expresión artística.

- Habilidades sociales
- Programas ocupacionales y educativos, comprendiendo:
 - Orientación vocacional y recuperación de capacidades laborales.
 - Talleres ocupacionales.
 - Actividades de formación e inserción ocupacional / laboral.
- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- Programas de reinserción e integración en alternativas residenciales.
- Atención básica a pacientes ingresados: manutención, aseo, movilización, etc.
- Informe de alta por el facultativo responsable.

5.3. INTERNAMIENTO EN UNIDADES REHABILITADORAS DE MEDIA ESTANCIA.

UNIDAD RHB. MEDIA ESTANCIA	Tarifa
Paciente	38.195,21

Se consideran tarifas máximas por paciente, comprendiendo la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de las Unidades de Media estancia hasta el alta en la Unidad. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- **Internamiento en Unidad RHB de Media Estancia**, estando incluido el coste de los días de internamiento en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo especializado de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, personal auxiliar sanitario y trabajador social. Realizando una **intervención terapéutica integral e intensiva**. Comprendiendo la atención psiquiátrica, psicofarmacológica y psicoterapéutica individual, grupal o social y atención psicológica que se requiera durante el ingreso.
- Guardias médicas y de enfermería presenciales y/o localizadas.
- Cuidados básicos de enfermería y de enfermería psiquiátrica.
- Plan Terapéutico Individualizado.
- Programas de rehabilitación psicosocial, comprendiendo:
 - Autocuidado. Actividades de la vida diaria y vivienda.
 - Educación para la salud y psicoeducación del paciente y su familia.
 - Rehabilitación de déficit cognitivos.
 - Psicomotricidad.
 - Afrontamiento del estrés y expresividad emocional.
- Programas de apoyo comunitario, comprendiendo:
 - Actividades de tiempo libre, ocio y convivencia.
 - Expresión artística.
 - Habilidades sociales.
- Programas ocupacionales y educativos, comprendiendo:
 - Orientación vocacional y recuperación de capacidades laborales.
 - Talleres ocupacionales.
 - Actividades de formación e inserción ocupacional / laboral.



Departamento de Salud y Consumo

- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- Programas de reinserción e integración en alternativas residenciales.
- Atención básica a pacientes ingresados: manutención, aseo, movilización, etc.
- Informe de alta por el facultativo responsable.
- Docencia e investigación.

5.4. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA. (Centros de Día)

CENTRO DE DÍA	Tarifa
Programa intensivo	9.504,78
Programa apoyo	5.354,00
Programa intensivo más residencial	12.504,78
Programa apoyo más residencial	8.354,00

Se consideran tarifas máximas por paciente, comprendiendo la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de los Centros de Día hasta el alta.

Asistencia ambulatoria por equipo especializado, psiquiatría y/o psicología clínica, enfermería, personal auxiliar sanitario y trabajador social que garantice la continuidad y coordinación con los planes de rehabilitación intensivos y reinserción individualizados de los pacientes derivados, abarcando diversas áreas de entrenamiento y formación que configuran el tratamiento integral del paciente.

Los programas de Rehabilitación intensiva:

Se considerará como modalidad de tratamiento intensivo cuando tenga la función fundamental de rehabilitación activa y reinserción social con orientación comunitaria. La duración media estimada de este tratamiento rehabilitador será de 9 meses y comprenderá:

1.- La atención en el centro se prestará siguiendo el modelo básico de PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO que contemplará para la elaboración de dicho Plan:

- Entrevista de valoración
- Programa de acogida
- Evaluación multidisciplinar
- Elaboración del PIR (Proyecto Individualizado de Rehabilitación)
- Revisiones periódicas

2.- Atención psiquiátrica y psicológica, comprendiendo:

- Seguimiento psiquiátrico y psicológico (en coordinación con la Unidad de Salud Mental Comunitaria del paciente).
- Cuidados básicos de enfermería psiquiátrica.
- Psicoterapia.

3.- Programas Terapéuticos:

- Programas de rehabilitación psicosocial, comprendiendo:
 - Autocuidado. Actividades de la vida diaria y vivienda.
 - Educación para la salud y psicoeducación del paciente y su familia.
 - Rehabilitación de déficit cognitivos.

- Psicomotricidad.
 - Afrontamiento del estrés y expresividad emocional.
 - Programa de apoyo comunitario, comprendiendo:
 - Actividades de tiempo libre y ocio.
 - Expresión artística: barro, pintura, etc.
 - Habilidades sociales.
 - Coordinación con Albergue Municipal, Refugio y comedores sociales.
 - Tramitación de documentación y ayudas sociales.
 - Programa entrenamiento preocupacional y de actividades ocupacionales, comprendiendo:
 - Orientación vocacional y recuperación de capacidades laborales.
 - Formación prelaboral: fomento y entrenamiento de las capacidades relacionales e instrumentales así como las actitudes básicas hacia el trabajo.
 - Aula informática.
 - Actividades de lecto-escritura.
 - Actividades de terapia ocupacional.
 - Coordinación con recursos de empleo.
 - Programas de detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- 4.- Otros servicios: en aquellos casos en los que se valore necesario para su rehabilitación, el centro de Día podrá ofertar servicios de:
- Comedor: comprendiendo el desayuno, comida, y con servicio de cena si es necesario.
 - Lavandería.
 - Ducha.
 - Transporte.

Los programas de Rehabilitación de apoyo:

La modalidad de tratamiento crónico será de apoyo y mantenimiento y su duración será de 12 meses, con posibilidad de continuar el mismo, por indicación facultativa por otros periodos de la misma duración y comprenderá:

- 1.- La atención en el centro se prestará siguiendo el modelo básico de PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO que contemplará para la elaboración de dicho Plan:
 - Entrevista de valoración.
 - Programa de acogida.
 - Elaboración del PIR (Proyecto Individualizado de Rehabilitación).
 - Revisiones periódicas.
- 2.- Atención psicológica, comprendiendo:
 - Seguimiento psicológico.
 - Cuidados básicos de enfermería psiquiátrica.
- 3.- Programas Terapéuticos:
 - Programas de mantenimiento psicosocial, comprendiendo:
 - Autocuidado. Actividades de la vida diaria y vivienda.
 - Educación para la salud y psicoeducación del paciente y su familia.
 - Psicomotricidad.



Departamento de Salud y Consumo

- Programa de apoyo comunitario, comprendiendo:
 - Actividades de tiempo libre y ocio.
 - Expresión artística: barro, pintura, etc.
 - Habilidades sociales.
 - Coordinación con Albergue Municipal, Refugio y comedores sociales.
 - Tramitación de documentación y ayudas sociales.
- Programa de mantenimiento de actividades ocupacionales, comprendiendo:
 - Orientación vocacional y recuperación de capacidades laborales.
 - Fomento y entrenamiento de las capacidades relacionales e instrumentales así como las actitudes básicas hacia el trabajo.
 - Aula informática.
 - Actividades de lecto-escritura.
 - Actividades de terapia ocupacional.
 - Coordinación con recursos de empleo.
- Programas de detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.

4.- Otros servicios: en aquellos casos en los que se valore necesario para el tratamiento de apoyo, el centro de Día podrá ofertar servicios de:

- Comedor: comprendiendo el desayuno, comida, y con servicio de cena si es necesario.
- Lavandería.
- Ducha.
- Transporte.

Además de los servicios anteriormente indicados en este apartado, para los programas intensivo más residencial y apoyo más residencial, se consideran incluidos los siguientes:

- Supervisión por equipo especializado de psiquiatría y/o psicología y/o, enfermería, personal auxiliar y trabajador social.
- Supervisión presencial relacionada con:
 - Autocuidado. Alimentación.
 - Actividades instrumentales.
 - Seguimiento de la medicación.
 - Desarrollo de actividades y gestiones externas.
 - Seguimiento diario de las actividades de la vida cotidiana y condiciones de seguridad.
- Confección y seguimiento del Plan Terapéutico Individualizado para la externalización.
- Coordinación con los recursos para actividades ocupacionales y laborales.
- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- Atención y preparación de los pacientes seleccionados para su inclusión en Unidades Residenciales: Pisos Tutelados.
- Actividades de búsqueda de piso y acondicionamiento.
- Costes de mantenimiento básicos.
- Informe de alta.

5.5. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN UNIDADES RESIDENCIALES. (Pisos Tutelados)

PISO TUTELADO	Tarifa
Paciente con recursos residenciales propios.	6.783,31
Paciente sin recursos residenciales propios.	12.064,67

Se consideran tarifas máximas por paciente, comprendiendo la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de los Pisos Tutelados hasta el alta. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

5.5.1. Pacientes con recursos residenciales propios: (pisos propios o alquilados, pensiones, albergues etc.)

- Supervisión por equipo especializado de psiquiatría y/o psicología y/o, enfermería, personal auxiliar y trabajador social.
- Supervisión presencial relacionada con:
 - Autocuidado. Alimentación.
 - Actividades instrumentales.
 - Seguimiento de la medicación.
 - Desarrollo de actividades y gestiones externas.
 - Seguimiento diario de las actividades de la vida cotidiana y condiciones de seguridad.
- Confección y seguimiento del Plan Terapéutico Individualizado para la externalización.
- Coordinación con los recursos para actividades ocupacionales y laborales.
- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- Atención y preparación de los pacientes seleccionados para su inclusión en Unidades Residenciales: Pisos Tutelados.
- Actividades de búsqueda de piso y acondicionamiento.
- Costes de mantenimiento básicos.
- Informe de alta.

5.5.2. Pacientes sin recursos residenciales propios:

- Supervisión por equipo especializado de psiquiatría y/o psicología y/o enfermería, personal auxiliar y trabajador social.
- Supervisión presencial relacionada con:
 - Autocuidado. Alimentación.
 - Actividades instrumentales.
 - Seguimiento de la medicación.
 - Desarrollo de actividades y gestiones externas.
 - Seguimiento diario de las actividades de la vida cotidiana y condiciones de seguridad.
- Confección y seguimiento del Plan Terapéutico Individualizado para la externalización.
- Coordinación con los recursos para actividades ocupacionales y laborales.
- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- Atención y preparación de los pacientes seleccionados para su inclusión en Unidades Residenciales: Pisos Tutelados.



Departamento de Salud y Consumo

- Costes generales de mantenimiento (limpieza, seguros etc.), suministros (luz, agua, gas etc.), reposición de muebles y enseres, y costes de los alquileres.
- Comida principal.
- Informe de alta.

5.6. ATENCIÓN Y CUIDADOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL. (Centros de inserción laboral)
--

CENTRO DE INSERCIÓN LABORAL	Tarifa
Paciente	7.476,40

Se consideran tarifas máximas por paciente, comprendiendo la atención del proceso completo, estando incluidas de forma general todas las actividades que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de los Centros de Inserción Laboral hasta su finalización. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Plan Terapéutico Individualizado.
- Programas Terapéuticos sociolaborales:
 - Actividades grupales como aprendizaje o recuperación de actividades laborales dirigidas a facilitar la integración laboral.
 - Formación ocupacional específica.
 - Programas de empleo protegido.
 - Fomentar y entrenar las capacidades relacionales e instrumentales y las aptitudes básicas hacia el trabajo.
- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- Informe de alta.

.....

6. SERVICIOS DE ATENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

6.1. ATENCIÓN Y CUIDADOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO EN UNIDADES DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO DE ADICCIONES

ATENCIÓN Y CUIDADOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO	Tarifa
Paciente	817,88

Se consideran tarifas máximas por paciente, comprendiendo la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de las Unidades Asistenciales y Seguimiento de Adicciones hasta el alta.

Son Unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que generen repercusiones en la esfera biológica, psicológica, familiar y/o social. La duración media estimada de este tratamiento será de 6 meses y comprenderá:

- Asistencia ambulatoria por equipo especializado, médico y/o psicología clínica, enfermería, personal auxiliar y trabajador social que garantice la continuidad y coordinación con los planes de rehabilitación intensivos y reinserción individualizados de los pacientes derivados, abarcando diversas áreas de entrenamiento y formación que configuran el tratamiento integral del paciente. Atención individual y/o grupal a pacientes y familias.
- Atención médica y psicológica, comprendiendo:
 - Evaluación inicial.
 - Elaboración del Plan Terapéutico Individualizado.
 - Seguimiento médico y psicológico.
 - Dispensación directamente observada de fármacos.
 - Tratamiento farmacológico.
 - Cuidados básicos de enfermería psiquiátrica.
 - Acompañamiento terapéutico.
 - Psicoterapia.
- Atención por trabajador social y/o educador.
- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- Derivación de pacientes que necesitan ingreso en Comunidad Terapéutica o al resto de dispositivos de la red sanitaria según los distintos protocolos de derivación. Informe por el facultativo responsable.

6.2. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE DERIVADOS OPIÁCEOS: METADONA

6.2.1 ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE METADONA	Tarifa
Paciente/año	629,40

Se consideran tarifas máximas por paciente/año comprendiendo la atención sanitaria del proceso, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de estas Unidades Asistenciales hasta el alta. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Elaboración y conservación de la fórmula magistral.
- Dispensación y administración de metadona.
- Educación sanitaria.
- Gestión de la información de órdenes médicas y hojas de control de dispensación de metadona.



Departamento de Salud y Consumo

6.2.2 DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE METADONA	Tarifa
Paciente/año	340,78

Se consideran tarifas máximas por paciente/año comprendiendo la atención sanitaria del proceso, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de estas Unidades Asistenciales hasta el alta. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Elaboración del Plan Terapéutico Individualizado.
- Dispensación de metadona.
- Realización de controles analíticos.
- Orientación familiar y laboral.
- Servicios de trabajador social. Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias y atención de las mismas en colaboración con los Servicios Sociales de base.
- Informe médico.

6.3. INTERNAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPEÚTICA

INTERNAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPEÚTICA	Tarifa
Paciente	5.720,00

Las Comunidades Terapéuticas son centros de rehabilitación de carácter residencial que proporcionan una atención orientada hacia la deshabitación, la rehabilitación y reinserción mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, con objeto de facilitar la incorporación social del usuario. La duración media estimada de este tratamiento será de 7 meses.

Se consideran tarifas máximas por paciente, comprendiendo la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de las Comunidades Terapéuticas hasta el alta. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Internamiento, estando incluido el coste de los días de internamiento en habitación compartida o individual.
- Asistencia por equipo especializado, médico y/o psicología clínica, enfermería, personal auxiliar y trabajador social que garantice la continuidad y coordinación con los planes de rehabilitación intensivos y reinserción individualizados de los pacientes derivados, abarcando diversas áreas de entrenamiento y formación que configuran el tratamiento integral del paciente.
- Atención médica y psicológica, comprendiendo:
 - Evaluación inicial.
 - Elaboración del Plan Terapéutico Individualizado.
 - Seguimiento médico y psicológico.
 - Dispensación directamente observada de fármacos.
 - Tratamiento farmacológico.
 - Cuidados básicos de enfermería.
 - Acompañamiento terapéutico.
 - Psicoterapia.
- Atención por trabajador social y/o educador.

7. ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL

7.1. ASISTENCIA DENTAL BÁSICA

7.1.1. NIÑOS/ JÓVENES QUE ACUDEN REGULARMENTE A LAS REVISIONES	Tarifa Máxima
Precio caputivo: niño / año	50,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por la asistencia dental básica por niño/joven y año, y se refiere a la atención de los niños entre 6 y 16 años ambos inclusive que acuden regularmente a las revisiones, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de los servicios incluidos, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

Servicios generales:

- Asistencia por equipo especializado, dentista, enfermería y/o personal auxiliar sanitario.
- Utilización de consulta autorizada
- Material fungible necesario.
- Informes clínicos de asistencia.

Prestaciones:

- Revisión diagnóstica del estado de salud bucodental.
- Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta.
- Sellado de fisuras de molares y premolares permanentes.
- Aplicación de flúor tópico.
- Tratamiento preventivo periodontal en dentición permanente: Tartrectomía.
- Extracciones de piezas temporales y permanentes.
- Obturaciones de piezas permanentes.
- Recubrimiento pulpar directo.
- Pulpotomía.
- Endodoncia.
- Apicoformación.
- Reconstrucción.
- Radiografía simple diagnóstica.
- Tratamiento de urgencias bucodentales.

Todas las radiografías simples que sea necesario hacer como consecuencia del acto terapéutico que se realice se entenderán incluidas en el mismo.

7.1.2. NIÑOS/JÓVENES QUE NO ACUDEN REGULARMENTE A LAS REVISIONES	Tarifa Máxima
Precio caputivo: niño/año	50,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por la asistencia dental básica por niño/joven y año, y se refiere a la atención de los niños entre 6 y 16 años ambos inclusive que no acuden regularmente a las revisiones, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de los servicios incluidos, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:



Departamento de Salud y Consumo

Servicios generales:

- Asistencia por equipo especializado, dentista, enfermería y/o personal auxiliar sanitario.
- Utilización de consulta autorizada.
- Material fungible necesario.
- Informes clínicos de asistencia.

Prestaciones:

- Revisión diagnóstica del estado de salud bucodental.
- Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta.
- Sellado de fisuras de molares y premolares permanentes.
- Aplicación de flúor tópico.
- Tratamiento preventivo periodontal en dentición permanente: Tartrectomía.
- Extracciones de piezas temporales y permanentes.
- Tratamiento de urgencias bucodentales.

Precio por acto	Tarifas Máximas
Obturación	35,00
Recubrimiento pulpar directo	21,00
Pulpotomía	45,00
Endodoncia	64,00
Endodoncia Molar	120,00
Apicoformación, sesión	43,00
Reconstrucción	50,00
Radiografía simple diagnóstica	14,00

Todas las radiografías simples que sea necesario hacer como consecuencia del acto terapéutico que se realice se entenderán incluidas en el mismo.

7.2. ASISTENCIA DENTAL ESPECIAL

7.2.1. TRATAMIENTOS DE NIÑOS/JÓVENES POR MALFORMACIONES O TRAUMATISMOS DEL GRUPO DENTAL ANTERIOR PERMANENTE	Tarifas Máximas
Precio por acto	
Obturación anterior	35,00
Reconstrucción anterior	50,00
Recubrimiento pulpar directo	21,00
Pulpotomía	45,00
Apicoformación	43,00
Endodoncia	64,00
Ferulización grupo anterior	73,00
Reimplante dentario	60,00
Extracción de supernumerario erupcionado	31,00
Extracción de restos radiculares	80,00
Prótesis parcial removible de 1 a 2 piezas	160,00
Prótesis parcial removible de 3 a 4 piezas	167,00

Reparación de prótesis	50,00
Perno colado	82,00
Corona provisional resina dentista	35,00
Corona metal resina	166,00
Corona metal porcelana	180,00
Sutura tejidos blandos	33,00
Radiografía simple diagnóstica	14,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por acto de asistencia dental especial por malformaciones o traumatismos del grupo dental anterior permanente en niño/joven, y se refiere a la atención de los niños entre 6 y 16 años ambos inclusive, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de los servicios incluidos, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

Servicios generales:

- Asistencia por equipo especializado, dentista, enfermería y/o personal auxiliar sanitario.
- Utilización de consulta autorizada.
- Material fungible necesario.
- Informes clínicos de asistencia.

Todas las radiografías simples que sea necesario hacer como consecuencia del acto terapéutico que se realice se entenderán incluidas en el mismo.

7.2.2. TRATAMIENTOS PROTÉSICOS POR CARIES DE PIEZAS PERMANENTES EN NIÑOS/JÓVENES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE AFECTEN GRAVEMENTE AL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL	Tarifas Máximas
Precio por acto	
Ferulización grupo anterior	73,00
Prótesis parcial removible de 1 a 2 piezas	160,00
Prótesis parcial removible de 3 a 4 piezas	167,00
Reparación de prótesis	50,00
Perno colado	82,00
Corona provisional resina dentista	35,00
Corona metal resina	166,00
Corona metal porcelana	180,00
Radiografía simple diagnóstica	14,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por acto de asistencia dental especial por niño/joven, y se refiere a la atención de los niños entre 6 y 16 años ambos inclusive que presentan enfermedades sistémicas que afectan gravemente al estado de salud bucodental, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de los servicios incluidos, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

Servicios generales:

- Asistencia por equipo especializado, dentista, enfermería y/o personal auxiliar sanitario.
- Utilización de consulta autorizada.



Departamento de Salud y Consumo

- Material fungible necesario.
- Informes clínicos de asistencia.

Todas las radiografías simples que sea necesario hacer como consecuencia del acto terapéutico que se realice se entenderán incluidas en el mismo.

7.3. ASISTENCIA QUIRÚRGICA

7.3.1. ASISTENCIA DENTAL DE NIÑOS CON HOSPITALIZACIÓN	Tarifa Máxima
Por proceso quirúrgico	500,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifa máxima de la asistencia dental a niño/joven, y se refiere a la atención de los que presenten características que hacen imprescindible el diagnóstico y tratamiento bucodental con anestesia general o sedación vigilada en medio hospitalario, estando incluidos de forma general todos los servicios que precise el paciente, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Una valoración preoperatoria, que incluye:
 - Consulta con el especialista.
 - Analítica general.
 - Electrocardiograma.
 - Radiografía de tórax.
 - Ortopantografía.
- Utilización de quirófano completamente equipado, así como del utillaje y material necesario para la cobertura de las prestaciones bucodentales básicas o especiales.
- Estancia hospitalaria con asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar de enfermería.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- El coste de la estancia de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante la asistencia, así como la sangre y hemoderivados. El material fungible preciso durante la estancia, incluidas las curas.
- Facultativo especialista en Odontología, Anestesia y Reanimación e Instrumentista
- Atención en Unidad de Despertar.
- Disponibilidad del resto de zonas del bloque quirúrgico.

.....

8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

8.1. HOSPITALIZACIÓN

Concepto	Tarifas máximas	Tramos
Estancia / Día (médica o quirúrgica)	120	Único
Estancia / Día (médica o quirúrgica) con personal del Servicio Aragonés de Salud	90	Único
Estancia / Día en U.C.I.	529,76	Del 1º al 4º día
	419,09	A partir del 5º día

Servicios incluidos:

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los conceptos anteriores, se consideran incluidos:

- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar de enfermería.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias para cada especialidad.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante la estancia, así como la sangre y hemoderivados.
- Curas.
- El material fungible necesario.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- El coste de la estancia de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta.
- En el caso de hospitalización con personal propio del Servicio Aragonés de Salud, éste aportará como mínimo el personal médico, de enfermería y auxiliar de enfermería.
- En la hospitalización en U.C.I., además de los servicios anteriormente mencionados, se considerarán incluidas todas las atenciones más complejas y específicas de este tipo de unidades, que garanticen una adecuada asistencia al paciente.

Definiciones:

La hospitalización requerirá el ingreso del paciente en el hospital y la asignación de una cama de hospitalización, generando estancias entre la fecha de ingreso y la fecha de alta, de acuerdo con las siguientes definiciones:

- a) Camas de hospitalización: Son las destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados incluyendo:
 - Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales (intensivos médicos y quirúrgicos).
- b) Estancias: Se entiende por estancia el conjunto de pernocta y tiempo que corresponde al suministro de una comida principal (almuerzo o cena). Si el centro utiliza el criterio de hora censal (24 horas), se podrá utilizar igualmente.

No se consideran estancias:

- Las sesiones de diálisis a pacientes ambulatorios.
- La cirugía mayor ambulatoria.
- El tiempo de permanencia en unidades de reanimación, unidades de transición, observación y urgencias.



Departamento de Salud y Consumo

8.2. NO INGRESADAS

Concepto	Tarifas máximas
Urgencia no ingresada	42,69

Servicios incluidos:

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los conceptos anteriores, se consideran incluidos:

- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar de enfermería.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante la permanencia en el servicio de Urgencias, así como la sangre y hemoderivados
- Curas.
- Material fungible necesario.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias para cada especialidad.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta.

Definiciones:

Son las asistencias sanitarias que se realizan por el servicio de Urgencias y que no generan ingreso hospitalario.

No se considerarán como tales las atenciones urgentes en consultas externas o en otras dependencias del hospital.

8.3. CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Concepto	Tarifas máximas
Primera Consulta	42,69
Consulta sucesiva	21,33

Servicios incluidos:

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los conceptos anteriores, se consideran incluidos:

- La asistencia por médico especializado, enfermería y personal auxiliar de enfermería.
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas rutinarias de la especialidad que se consideren indicadas.
- Curas.
- En su caso material fungible y medicamentoso.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta y/o a solicitud del facultativo remitente.

Quedan excluidas de estas tarifas, las consultas de atención especializada incluidas en los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos recogidos en esta Orden.

Definiciones:

Son los actos médicos realizados de forma ambulatoria, en un local de consultas externas especializadas, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y la exploración física.

No se considerarán como consultas facturables:

- Las realizadas por el personal de enfermería.
- Las realizadas a pacientes ingresados por peticiones interservicios.
- La realización ni el informe de pruebas diagnósticas complementarias.



Departamento de Salud y Consumo

Consultas primeras: Son las que se realizan a pacientes vistos por primera vez en una unidad de especialización concreta y por un proceso concreto.

Consultas sucesivas: Son todas aquellas que derivan de una primera consulta.

8.4. CIRUGÍA MAYOR Y MENOR AMBULATORIA

Concepto	Tarifas máximas
Acto quirúrgico Cirugía Menor Ambulatoria	42,69
Sesión quirúrgica de Cirugía Menor con personal del Servicio Aragonés de Salud	423,12
Sesión quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria con personal del Servicio Aragonés de Salud	549,45
Sesión quirúrgica de Cirugía Mayor con hospitalización, con personal del Servicio Aragonés de Salud	718,90

Servicios incluidos:

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los conceptos anteriores, se consideran incluidos:

- Acto quirúrgico.
- Valoración preoperatoria.
- La utilización de quirófano o sala de curas.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el procedimiento.
- El material fungible necesario en el acto quirúrgico.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta definitiva.

Quedan excluidos de estas tarifas, los procedimientos quirúrgicos singularizados, recogidos en el Anexo I de esta Orden.

La sesión quirúrgica con personal del Servicio Aragonés de Salud, comprenderá como mínimo:

- Utilización de Quirófano completamente equipado, así como del utillaje básico, durante un turno completo de mañana o de tarde.
- Disponibilidad del resto de zonas del bloque quirúrgico.
- El tratamiento medicamentoso, con las excepciones establecidas en los protocolos, y el material fungible que se requiera durante el procedimiento.

.....

II. Autoridades y personal

a) Nombramientos, situaciones e incidencias

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO

1384 *RESOLUCION de 20 de abril de 2007, de la Dirección General de Consumo, por la que se nombran Presidentes de los Colegios Arbitrales que se constituyan en la Junta Arbitral de Consumo de Aragón.*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11.1.a) del Real Decreto 636/1993, de 3 de mayo, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo y en uso de las facultades que le confiere el Decreto 212/1994, de 25 de octubre, por el que se adscribe la Junta Arbitral de Consumo de Aragón al hoy Departamento de Salud y Consumo, esta Dirección General ha resuelto el nombramiento como Presidentes de los Colegios Arbitrales que se constituyan en la Junta Arbitral de Consumo de Aragón, de los siguientes funcionarios al servicio de las Administraciones Públicas y Licenciados en Derecho:

D. Luis Eugenio Caballer Sanz.

D. José Julio Gil Pardo.

D. José Luis Larraz Herrera.

D. Santiago Royo García.

Zaragoza, 20 de abril de 2007.

El Director General de Consumo,
ANGEL LUIS MONGE GIL

1385 *RESOLUCION de 20 de abril de 2007, de la Dirección General de Consumo, por la que se nombran Secretarios de los Colegios Arbitrales que se constituyan en la Junta Arbitral de Consumo de Aragón.*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11.4 del Real Decreto 636/1993, de 3 de mayo, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo y en uso de las facultades que le confiere el Decreto 212/1994, de 25 de octubre, por el que se adscribe la Junta Arbitral de Consumo de Aragón al hoy Departamento de Salud y Consumo, esta Dirección General ha resuelto el nombramiento como Secretarios de los Colegios Arbitrales que se constituyan en la Junta Arbitral de Consumo de Aragón, de los siguientes funcionarios al servicio de las Administraciones Públicas y Licenciados en Derecho:

D. José Julio Gil Pardo

D. José Luis Larraz Herrera

D. Santiago Royo García

D. Joaquín Eugenio Ubeda Carrascoso

Zaragoza, 20 de abril de 2007.

El Director General de Consumo,
ANGEL LUIS MONGE GIL

b) Oposiciones y concursos

DEPARTAMENTO DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE

1386 *RESOLUCION de 27 de abril de 2007, de la Dirección General de Gestión de Personal, por la que se inicia, en el ámbito de gestión del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, procedimiento de nueva baremación de las listas de espera de aspirantes a puestos de trabajo en régimen de interinidad.*

El artículo 13.1 del Decreto 55/2005, de 29 de marzo, del

Gobierno de Aragón, por el que se establece el régimen de provisión de puestos de trabajo de funcionarios docentes no universitarios por personal interino en la Comunidad Autónoma de Aragón, regula que todos los integrantes de las listas de espera serán objeto de nueva baremación cada cuatro cursos a partir de la formación inicial de las mismas.

Existiendo en la actualidad listas de espera para el desempeño de puestos de trabajo docentes en régimen de interinidad que reunirán, el próximo 30 de junio de 2007, los requisitos establecidos en el Decreto 55/2005, para una nueva baremación, se hace necesario iniciar procedimiento para proceder a la reordenación de los integrantes de las mismas como consecuencia de la nueva baremación.

El artículo 7 del Decreto 55/2005, de 29 de marzo, del Gobierno de Aragón, atribuye a la Dirección General de Gestión de Personal la competencia tanto para la convocatoria de nueva baremación de listas de espera, como para la resolución de la misma.

En su virtud, esta Dirección General de Gestión de Personal, conforme a lo dispuesto en el Decreto 29/2004, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Educación, Cultura y Deporte y se atribuyen las competencias en materia de personal docente no universitario, ha resuelto:

Primero.— Objeto

La presente convocatoria tiene por objeto iniciar el procedimiento de nueva baremación de listas de espera de aspirantes a puestos de trabajo en régimen de interinidad de los Cuerpos y especialidades que se enumeran en el anexo I.

Segundo.— Régimen Jurídico

Al presente procedimiento le será de aplicación el Decreto 55/2005, de 29 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se establece el régimen de provisión de puestos de trabajo de funcionarios docentes no universitarios por personal interino en la Comunidad Autónoma de Aragón, Orden de 10 de julio de 2006, por la que se desarrollan los procedimientos de ordenación, publicación, adjudicación de vacantes, permanencia y decaimiento, de las listas de espera para el desempeño de puestos de trabajo en régimen de interinidad para el personal docente no universitario, Orden de 29 de julio de 2005, por la que se establecen los criterios de puntuación a efectos de baremación de méritos, de los aspirantes a puestos de trabajo reservados a funcionarios docentes no universitarios en régimen de interinidad, con el fin de determinar la prelación de los integrantes de las listas de espera y Orden de 19 de febrero de 2007, por la que se modifica la Orden de 29 de julio de 2005.

Tercero.— Participantes en el procedimiento de nueva baremación.

Serán sujetos de nueva baremación todos los aspirantes de las listas de espera de los Cuerpos y Especialidades recogidas en el Anexo I, que se encuentren relacionados nominativamente en el anexo II, aun cuando no presenten solicitud de participación.

Su inclusión en el Anexo II y en las listas que se publiquen al efecto durante la tramitación del procedimiento, estará supeditada al cumplimiento de los requisitos de permanencia a que hace referencia el Decreto 55/2005 y sus normas de desarrollo.

En el supuesto de que algún interesado considerara que debiendo figurar en alguna de las listas no se encuentra incluido o no está conforme con alguno de los datos señalados, consignará en la propia solicitud los datos que a su juicio deben ser corregidos o señalará las causas por las que considera debe ser incluido. La tramitación de estas solicitudes quedará supeditada a la comprobación de los extremos alegados que serán admitidos o inadmitidos en la resolución por la que se hagan públicos los listados provisionales de baremación a que hace referencia la Base séptima.

Cuarto.— Documentación a presentar.

Los aspirantes que deseen se valoren los méritos que po-