PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA ASISTENCIA ESPECIALIZADA DE PROCESOS SUBAGUDOS Y CRONICOS PARA PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD DE GIPUZKOA

Antso Jakitunaren hiribidea / Avda. de Sancho El Sabio, 35 – 20010 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN
Tel.: 943 02 30 00 – Faxa: 943 02 30 93

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA ASISTENCIA ESPECIALIZADA DE PROCESOS SUBAGUDOS Y CRONICOS PARA PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD DE GIPUZKOA

1.-OBJETO DEL CONTRATO

1.1.- La empresa contratada, proporcionará la atención con carácter monográfico de patología médica de procesos subagudos y crónicos en régimen de ingreso hospitalario y seguimiento ambulatorio. Así mismo la empresa prestará tratamiento rehabilitador y de logopedia ambulatorios para una mejor atención de los usuarios del Sistema Sanitario de Euskadi.

1.2.- Los servicios referenciados anteriormente, se detallan en el punto 3.1. del presente documento, y serán prestados a la población protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi con la extensión y en las condiciones que más adelante se especifican, de acuerdo con la normativa vigente y respetando en todo caso las condiciones de homologación de equipos, de seguridad en las instalaciones y otras establecidas en la normativa europea, estatal o de la propia Comunidad Autónoma del País Vasco al respecto, sin otras limitaciones que las derivadas de la capacidad y posibilidades asistenciales.

1.3.- Mediante el presente Contrato, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco habilita a la empresa para prestar los Servicios Contratados a cuantos pacientes usuarios del Sistema Sanitario de Euskadi y previa prescripción clínica, les resulten asignados por la Delegación Territorial correspondiente.

2.- ÁMBITO GEOGRÁFICO

La empresa contratada tendrá adscrita preferentemente la población protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi del territorio donde se encuentra ubicada pudiendo serle derivados usuarios de todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

No obstante, y en la medida que su capacidad asistencial lo permita, podrá prestar asistencia mediante este contrato, a usuarios provenientes de otros sistemas públicos de salud.

3.- CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS

3.1.- PRESTACIONES CONTRATADAS

La empresa contratada atenderá con sus recursos humanos y técnicos a los usuarios bajo la cobertura del Sistema Sanitario de Euskadi, proporcionando, según el grado de complejidad de su soporte asistencial, los servicios siguientes:

- Hospitalización en las siguientes modalidades:
    - Convalecencia
    - Cuidados paliativos de enfermos terminales
        - Oncológicos
        - No oncológicos
    - Psicogeriatría
    - Rehabilitación
        - General
        - Ortogeriatría
    - Larga estancia médica.
- Consultas externas
- Rehabilitación ambulatoria
- Logopedia ambulatoria

3.2.- CONDICIONES TÉCNICAS Y EQUIPAMIENTO

3.2.1.- Las prestaciones contratadas serán realizadas por la empresa con medios humanos y materiales especializados, a fin de lograr el cumplimiento de los objetivos de calidad y condiciones técnico-asistenciales determinadas en el presente contrato.

3.2.2.- El equipamiento, aparataje e instrumental disponible en la empresa, deberán estar en perfecto estado funcional, en número suficiente y adecuado, siendo con carácter mínimo el que posibilite la realización de todas y cada una de las técnicas objeto del contrato. Así mismo mantendrán un nivel de innovación de acuerdo a los avances tecnológicos que hayan acreditado evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas.

3.2.3.- La empresa contratada es responsable de la seguridad de los pacientes y de las consecuencias administrativas o jurídicas que pudieran sobrevenir por la atención de los mismos en cualquiera de las modalidades asistenciales contempladas en este contrato. A tal efecto tendrá suscrito un seguro de responsabilidad civil que cubra los riesgos posibles

de la actividad del servicio prestado a pacientes asegurados por el Sistema Sanitario de Euskadi, informando al Departamento de Salud de su cobertura, importe y número de póliza suscrita con empresa aseguradora.

3.2.4.- *HOSPITALIZACIÓN*

3.2.4.1.- La empresa habilitará un **mínimo de 90 camas** e instalaciones apropiadas y con calidad suficiente para garantizar una atención personalizada pudiéndose, si fuera aconsejable, establecer unidades asistenciales específicas con espacio físico diferenciado para aquellas modalidades de hospitalización que así lo requiriesen.

Así mismo dispondrá de número de habitaciones individuales adecuado que garantice el aislamiento de aquellos pacientes que por sus especiales características así lo requieran.

3.2.4.2.- La **facturación por hospitalización de larga estancia médica** se realizará por **día de estancia**, entendiéndose como tal cuando el usuario ingresado para la atención del proceso patológico, pernocte en el establecimiento sanitario y haga efectiva, como mínimo, una de las comidas principales y estando incluido en dicho concepto todos los costes y cuidados que cada ingreso comporte hasta el alta del paciente.

3.2.4.3.- La **facturación por hospitalización de Convalecencia, Cuidados Paliativos, Psicogeriatría y Rehabilitación** se realizará por **proceso-alta.**

El precio establecido para cada proceso-alta incluirá todos los tratamientos que comporte hasta el alta de hospitalización del paciente, así como las consultas diagnósticas previas al ingreso y las consultas sucesivas que sean necesarias en los seis meses posteriores a dicha alta.

Los reingresos formarán parte del proceso mientras no hayan transcurrido 30 días desde la última fecha de alta.

Las complicaciones que alarguen la duración habitual del tratamiento de un proceso, estén o no relacionadas con éste, quedan con carácter general incluidas dentro del precio unitario del proceso.
Sin embargo, en los casos en los que un paciente sobrepasara 30 días de hospitalización, las estancias que se generen a partir de dicho momento se facturarán mediante tarifa por estancia. Se precisará del correspondiente informe justificativo.

Los procesos serán facturados únicamente cuando se haya producido el alta en el tratamiento, incluyéndose en la facturación el informe de alta correspondiente.

3.2.4.4.- Respecto a la asistencia de pacientes de cuidados paliativos, ésta comprenderá, además de la atención médica y de enfermería especializada según el nivel de dependencia y progresión de la enfermedad, el apoyo psicosocial a enfermos y familiares.

Serán susceptibles de ingreso para esta modalidad asistencial:

a) Pacientes ya diagnosticados de enfermedad en situación terminal y no susceptibles de tratamiento curativo específico.
b) Pacientes con diagnóstico histológico y terapéutica estándar agotada con determinados cuidados en la consecución de una idónea calidad de vida.
c) Enfermedad en evolución rápida, intensa, progresiva, con presencia de síntomas multifactoriales, orgánicos, psíquicos y sociales.
d) Enfermos con necesidades de valoración y replanteamiento clínico frecuente.
e) Enfermos con una carga emocional importante de su proceso susceptible de apoyo psicológico especializado.
f) Enfermos con pronóstico de vida igual o inferior a 6 meses en los que concurren alguno de los perfiles arriba consignados.

Al objeto de lograr la reducción del sufrimiento terminal mediante la aplicación de terapias de control del dolor, la empresa deberá contar con protocolos específicos tanto desde el aspecto farmacológico como del resto de técnicas posibles que estén a su alcance.

SERVICIOS AMBULATORIOS

3.2.5.- *CONSULTAS EXTERNAS*

3.2.5.1.- Serán consideradas como primeras consultas, aquéllas efectuadas a un paciente que acuda por primera vez al centro en régimen ambulatorio, para ser valorado por el equipo médico del mismo. También tendrán esta consideración las visitas sucesivas realizadas para valoración de procesos patológicos diferentes a los que motivaron anteriores contactos asistenciales con la empresa por parte del paciente.

Serán consideradas como consultas sucesivas aquéllas que se deriven de un contacto anterior con la empresa, (hospitalización o primera consulta) por un mismo proceso patológico para su control y seguimiento.

Serán consideradas consultas no presenciales aquellas que se realicen, por vía telefónica, telemática o cualquier otra vía que no requiera la presencia del paciente, para prestar atención asistencial, control y seguimiento, apoyando al mismo y a su familia en el domicilio, evitándoles el desplazamiento al centro y permitiendo una vida más normalizada.

3.2.5.2.- Se incluyen en la tarifa por consulta, todas las actuaciones y estudios que de ellas deriven y se realicen con carácter ambulatorio en la propia empresa.

3.2.5.3.- No podrán ser facturadas respecto al mismo paciente y proceso más de 1 consulta en el periodo natural de 15 días.

Una ausencia de contacto asistencial con la empresa por un proceso concreto de seis meses o más será considerada alta médica.

3.2.6.- *REHABILITACIÓN*

3.2.6.1.- Condiciones generales

a) Bajo el presente Contrato de Rehabilitación, la empresa atenderá en régimen ambulatorio a los pacientes, con cobertura del Sistema Sanitario de Euskadi, derivados por las unidades del Departamento de Salud o de la red de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

b) La prestación de los servicios de rehabilitación incluye:

- La citación de los pacientes.
- La realización del Estudio Clínico Rehabilitador y de las consultas de valoración evolutiva y evaluación al alta.
- La prestación del tratamiento rehabilitador necesario.
- La gestión administrativa y documentación clínica que de la actividad realizada se desprenda.

3.2.6.2.- Condiciones técnicas y equipamiento

a) Los pacientes deberán, en primera instancia, ser asistidos por un facultativo rehabilitador de la empresa quien les estudiará, abrirá Historia Clínica si es

nuevo, y pautará de forma provisional los objetivos rehabilitadores a cumplir y el nº de sesiones inicialmente previstas.

b) La asistencia se efectuará de forma ambulatoria mediante asignación de días y horas en sesiones de tratamiento rehabilitador, teniendo en cuenta cuantas apreciaciones sean realizadas por el facultativo rehabilitador.

c) La empresa en sus centros, como requisitos mínimos, deberá disponer en su estructura de:

- Un acceso fácil sin barreras arquitectónicas y una salida de emergencia bien señalizada y ubicada a los efectos.

- Un área de recepción o sala de espera.

- Se establecerán de forma separada para el personal de la empresa y pacientes zonas de vestuarios y aseos en cuantía suficiente.

- Zona administrativa, de archivo y documentación clínica.

- Distribución funcional de áreas asistenciales diferenciadas con:

  * Despacho médico con zona de exploración.
  * Área de Hidroterapia.
  * Área de Electroterapia para Trat. Individualizados.
  * Gimnasio con espacios para Trat. Individualizados.

d) El aparataje disponible será con carácter mínimo el que posibilite:

- La electroterapia mediante corrientes de alta y baja frecuencia para diferentes tratamientos. Este aparataje posibilitará la producción de corrientes galvánicas, farádicas, de impulsos exponenciales y crecientes, ultraestimulantes, frecuencia modulada, ultraestimulantes de Trabert y diadinámicas de Bernard. Posibilitándose la diatermia y electropirexia.

- La terapia de analgesia, modificación de la vascularización tisular y ejercitación-relajación del componente estructural muscular con corrientes interferenciales de media frecuencia.

- La terapia de secuelas dolorosas mediante aplicación de calor superficial y profundo con microondas e infrarrojos.

- La terapia por ondas ultrasónicas.

- La hidroterapia para movilización de articulaciones y reeducación muscular con tinas para tratamiento de miembros superiores e inferiores.

- Tratamientos de mecanoterapia y masoterapia con todos aquellos elementos, artilugios y aparatos (entre ellos los de tipo gimnástico) que permitan realizar los procedimientos habituales y ejercicios de cada una de las diferentes articulaciones.

3.2.6.3.- Personal asistencial

a) La empresa estará obligada a contar, como responsable de esta actividad asistencial, con un médico titulado especialista en rehabilitación.

b) La empresa, en un número suficiente proporcional a su demanda asistencial, dispondrá de fisioterapeutas, ATS-DUE y personal auxiliar sanitario a fin de cumplimentar los tratamientos indicados.

c) Se establecerán sesiones clínicas con la periodicidad que la empresa estime oportuna, y siempre y cuando se cumplimente una bimensualmente, en donde se reunirá el equipo asistencial con el médico rehabilitador responsable y se comentarán los temas de interés sobre cada uno de los pacientes. Al objeto de su acreditación documental deberá existir en la empresa un registro de sesiones clínicas.

3.2.6.4.- Sesión/día de tratamiento rehabilitador según intensidad terapéutica

a) Se entenderá por SESIÓN/DÍA DE TRATAMIENTO REHABILITADOR la terapia rehabilitadora (ejecutada en un día, de duración determinada y que suele comportar un carácter repetitivo en el tiempo) aplicada sobre un paciente en base a lo establecido por el médico rehabilitador.

b) La sesión/día de tratamiento rehabilitador incluye cuantas acciones terapéuticas se establezcan en una jornada laboral, no pudiendo ser consideradas a efectos de su facturación varias en un mismo día.

c) Se establecen tres tramos para aplicar a la facturación como consecuencia del nº de sesiones/día de tratamiento rehabilitador según la intensidad de la terapia realizada por paciente.

- Se denominará Tramo A al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso cuando éstas no superen las 25 sesiones de tratamiento rehabilitador realizado por la empresa, correspondientes al mismo ingreso o reingreso.

- Se denominará Tramo B al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso cuando éstas superasen las 25 sesiones de tratamiento rehabilitador realizado por la empresa, correspondientes al mismo ingreso o reingreso y no sobrepasaran las 50 sesiones.

- Se denominará Tramo C al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso hasta el alta, cuando éstas superasen las 50 sesiones de tratamiento rehabilitador por la empresa, correspondientes al mismo ingreso o reingreso.

A este respecto, tendrá la consideración de reingreso, aquel ingreso en el que no hayan transcurrido 90 días desde la última fecha de alta por un mismo motivo o patología.

3.2.6.5.- Procesos rehabilitadores singularizados

a) La facturación por proceso que se establece para los procedimientos de rehabilitación incluidos en el contrato, excluirá la facturación por cualquier otro procedimiento y será incompatible con la facturación por sesiones.

b) En el precio que se establece para cada uno de los procedimientos se consideran incluidos todos los tratamientos que el proceso comporte hasta el alta del paciente, así como las consultas diagnósticas y las consultas sucesivas de valoración evolutiva y evaluación al alta. Los reinicios, según lo establecido,

formarán parte del proceso, mientras no hayan transcurrido 90 días desde la última fecha de alta por un mismo motivo o patología.

c) Las complicaciones que alarguen la duración habitual del tratamiento de un proceso, estén o no relacionadas con éste, quedan incluidas dentro del precio unitario del proceso, salvo que se supere amplia y justificadamente, mediante informe, los estándares razonables, en cuyo caso se facturará todo el tratamiento por sesiones.

d) En caso de que una complicación o cualquier otra circunstancia impida la realización del número mínimo de sesiones estipulado para tratamiento de un proceso, dicho proceso se facturará por sesiones, con el correspondiente informe justificativo.

e) Cuando, una vez realizado el estudio diagnóstico rehabilitador, los hallazgos exploratorios no se correspondan con el diagnostico de remisión de los pacientes, y previo informe correspondiente, serán abonados conforme al proceso real o por sesiones, de no estar incluido dicho diagnóstico entre los procesos contratados.

f) Si se realizan dos o más procesos dentro de un mismo tratamiento, la empresa optará por facturar solo uno de ellos, o bien acogerse a facturar por sesiones, sin que quepa facturación adicional por alguno de los procesos.

g) En el caso de que se realice un procedimiento incluido en la modalidad coste por proceso y simultáneamente otro no incluido en dicha modalidad, la empresa optará por facturar únicamente el proceso o bien a facturar todo el tratamiento por sesiones, como en el caso anterior.

h) Los procedimientos recogidos en la modalidad coste por proceso, serán facturados únicamente cuando se haya producido el alta en el tratamiento, incluyéndose en la facturación el informe de alta correspondiente.

i) En el Anexo I se recogen la estandarización y protocolización de los procesos contratados.

3.2.6.6.- <u>Documentación asistencial</u>

a) HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica individual recogerá la documentación derivada del Estudio Clínico Rehabilitador y de las consultas de seguimiento y monitorización que se realicen.

b) HOJAS DE TRATAMIENTO

Existirán así mismo hojas de tratamiento para la anotación diaria de las características, evolución y progreso rehabilitador de cada uno de los pacientes y que será cumplimentado por el personal sanitario.

c) INFORME DE ALTA

Siempre que sea necesario, y en todo caso a la finalización del tratamiento, se ha de emitir un informe por el médico rehabilitador con el diagnóstico, tratamiento realizado, estado actual del paciente y recomendaciones.

d) CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

La empresa estará obligada a la codificación diagnóstica de las patologías tratadas, realizándose mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades, C.I.E.-10-ES, siguiendo en todo caso las recomendaciones de codificación que desde la Administración se realicen.

3.2.6.7.- Consultas diagnósticas y de valoración evolutiva y evaluación al alta

a) Se entenderá por **consulta diagnóstica / primera consulta**, la realizada únicamente por médico especializado en el tratamiento de esta patología y que tiene por objeto el diagnóstico de la situación actual del paciente, la indicación de tratamiento y la programación de las sesiones.

   En los procesos no es imputable, ya que se considera incluido en la tarifa determinada.

   En el caso de pacientes derivados para su estudio y tratamiento que, a juicio del facultativo de la empresa, no se viesen favorecidos por ninguno de los tratamientos de la oferta asistencial de la misma, tras informe al respecto, podrá

procederse a la facturación de la consulta diagnóstica / primera consulta sin que se programen sesiones de tratamiento.

b) Se entenderá por **consulta de valoración evolutiva y evaluación al alta / consulta sucesiva** a la realizada únicamente por el médico especializado en el tratamiento de esta patología con el objeto de monitorizar los progresos del tratamiento, valorar el alta e informar dicha alta cuando se produzca.
Al igual que en el caso anterior, en los procesos no es imputable, ya que se consideran incluidas en la tarifa determinada.

3.2.6.8.- Ausencias injustificadas

a) Se entenderá por ausencia injustificada del paciente aquella situación en la que teniendo citación para ser rehabilitado en el centro no se presentase a las sesiones, sin que mediase por parte de éste información de su ausencia.

b) De producirse en un paciente en tratamiento una ausencia injustificada a las sesiones de rehabilitación programadas de más de 10 días naturales consecutivos, se procederá por parte de la empresa al alta del mismo, haciéndose constar tal circunstancia en el Informe de Alta.

c) De producirse tres ausencias injustificadas durante el tratamiento rehabilitador de una patología concreta y aunque no mediasen los diez días naturales mencionados en el punto anterior se procedería a dar de alta igualmente al paciente.

d) La justificación fidedigna y documentada de enfermedad familiar grave, ingreso en Centro Hospitalario, accidente de trabajo o enfermedad común postrante anularán el procedimiento que de oficio hará altable al paciente por parte de la empresa.

3.2.7.- LOGOPEDIA

3.2.7.1.- Condiciones generales

a) Bajo el presente contrato en lo que respecta a la Logopedia la empresa atenderá en régimen ambulatorio a los pacientes, mayores de 4 años, usuarios del Sistema Sanitario de Euskadi que, previa prescripción clínica, le resulten

asignados por el Departamento de Salud para la realización de tratamientos de las alteraciones del lenguaje, la voz o el habla.

Quedan expresamente **excluidos** del ámbito de aplicación de este contrato los trastornos siguientes:

Autismo
Dislexia
Desordenes del desarrollo del lenguaje y/o del habla
Disfasia
Tartamudeo y balbuceo
Retraso mental discreto
Otro retraso mental no especificado
Sordera que implique alteración del lenguaje, de la voz y/o del habla
Laringectomía total

Se excluyen todas aquellas alteraciones en la adquisición del lenguaje y de la lectoescritura producidas durante el proceso de desarrollo de la persona, además de las alteraciones de la audición y las vinculadas a las deficiencias mentales. No obstante, estas exclusiones quedarán sujetas al juicio clínico de excepcionalidad.

Así mismo no podrán ser tratados en logopedia los pacientes que padezcan trastornos de las funciones superiores o psiquiátricas que comporten alteraciones graves de la conducta o si se detecta la no aceptación y colaboración del paciente o la familia en su tratamiento.

b) La prestación de los servicios de Logopedia incluye:

- La citación de los pacientes.
- La realización del estudio diagnóstico y de las consultas de valoración evolutiva y evaluación al alta, cuando proceda.
- La prestación del tratamiento necesario.
- La gestión administrativa y documentación clínica que de la actividad realizada se desprenda.

3.2.7.2.- Condiciones técnicas y equipamiento

a) Los pacientes deberán, en primera instancia, ser asistidos por personal asistencial especializado en el tratamiento logopédico, quien les estudiará, abrirá Historia Clínica si es nuevo, y pautará de forma provisional los objetivos rehabilitadores a cumplir y el nº de sesiones inicialmente previstas.

b) La asistencia se efectuará de forma ambulatoria mediante asignación de días y horas en sesiones de tratamiento, teniendo en cuenta cuantas apreciaciones sean realizadas por el facultativo remitente cuando proceda.

c) La empresa, como requisitos mínimos, deberá disponer en la estructura de sus instalaciones de:

- Un acceso fácil sin barreras arquitectónicas.
- Un área de recepción o sala de espera.
- Zona administrativa, de archivo y documentación clínica.
- Distribución funcional de áreas asistenciales diferenciadas

3.2.7.3.- Personal asistencial

a) La empresa estará obligada a contar con un responsable de esta actividad asistencial. Dicho responsable será médico especializado en Rehabilitación.

b) La empresa, en un número suficiente proporcional a su demanda asistencial, dispondrá de los terapeutas necesarios a fin de cumplimentar los tratamientos indicados.

c) Se establecerán sesiones clínicas con la periodicidad que la empresa estime oportuna, siempre y cuando se cumplimente, al menos, una bimensualmente, en donde se reunirá el equipo asistencial y se comentarán los temas de interés sobre cada uno de los pacientes. Al objeto de su acreditación documental deberá existir en la empresa un registro de sesiones clínicas.

3.2.7.4.- Sesión/día de tratamiento según intensidad terapéutica

a) Se entenderá por SESIÓN/DÍA DE TRATAMIENTO la terapia rehabilitadora ejecutada en un día, (de duración determinada y que suele comportar un carácter repetitivo en el tiempo), aplicada sobre un paciente.

b) La sesión/día de tratamiento incluye cuantas acciones terapéuticas se establezcan en una jornada laboral, no pudiendo ser consideradas a efectos de su facturación varias en un mismo día.

c) En las técnicas y patologías que permitan el agrupamiento de pacientes, éste se podrá realizar siempre que su número no supere en ningún caso al de 6 personas.

d) Se establecen tres tramos para aplicar a la facturación como consecuencia del nº de sesiones/día de tratamiento según la intensidad de la terapia realizada por paciente.

- Se denominará Tramo A al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso cuando éstas no superen las 35 sesiones de tratamiento en la empresa, correspondientes al mismo tratamiento o reinicio.
- Se denominará Tramo B al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso cuando éstas superasen las 35 sesiones de tratamiento en la empresa, correspondientes al mismo tratamiento o reinicio y no sobrepasaran las 70 sesiones.
- Se denominará Tramo C al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso hasta el alta, cuando éstas superasen las 70 sesiones de tratamiento en la empresa, correspondientes al mismo tratamiento o reinicio.

A este respecto, tendrá la consideración de reinicio, aquel tratamiento en el que no hayan transcurrido 90 días desde la última fecha de alta por un mismo motivo o patología.

3.2.7.5.- <u>Procesos singularizados</u>

a) La facturación por proceso que se establece para los procedimientos incluidos en el contratado, excluirá la facturación por cualquier otro procedimiento y será incompatible con la facturación por sesiones.

Estos procesos, desde el punto de vista de gestión general de lista de espera, tendrán carácter de prioritarios para su atención por parte de la empresa respecto los tratamientos genéricos facturados por sesiones, salvo supuestos de juicio clínico de excepcionalidad.

b) En el precio que se establece para cada uno de los procedimientos se consideran incluidos todos los tratamientos que el proceso comporte hasta el alta del paciente, así como las consultas diagnósticas y las consultas de valoración evolutiva y evaluación al alta.

   Los reinicios, según lo establecido, formarán parte del proceso, mientras no hayan transcurrido 90 días desde la última fecha de alta por un mismo motivo o patología.

c) Las complicaciones que alarguen la duración habitual del tratamiento de un proceso, estén o no relacionadas con éste, quedan incluidas dentro del precio unitario del proceso, salvo que se supere amplia y justificadamente, mediante informe, los estándares razonables, en cuyo caso se facturará todo el tratamiento por sesiones.

d) En caso de que una complicación o cualquier otra circunstancia impida la realización del número mínimo de sesiones estipulado para tratamiento de un proceso, dicho proceso se facturará por sesiones, con el correspondiente informe justificativo. A este respecto, el número mínimo de sesiones de cada proceso será:

   - Disfonías (Mínimo sesiones: 5 individuales +30 en grupo).
   - Afasias (Mínimo sesiones: 80 individuales).

e) Cuando, una vez realizada la primera valoración del paciente en la empresa, los hallazgos exploratorios no se correspondan con el diagnóstico de remisión, y previo informe correspondiente, serán abonados conforme al proceso real o por sesiones, de no estar incluido dicho diagnóstico entre los procesos contratados.

f) Si se realizan dos o más procesos dentro de un mismo tratamiento, la empresa optará por facturar solo uno de ellos, o bien acogerse a facturar por sesiones, sin que quepa facturación adicional por alguno de los procesos.

g) En el caso de que se realice un procedimiento incluido en la modalidad coste por proceso y simultáneamente otro no incluido en dicha modalidad, la empresa optará por facturar únicamente el proceso o bien a facturar todo el tratamiento por sesiones, como en el caso anterior.

h) Los procedimientos recogidos en la modalidad coste por proceso, serán facturados únicamente cuando se haya producido el alta en el tratamiento, incluyéndose en la facturación el informe de alta correspondiente.

i) En las técnicas y patologías contratadas por proceso que permitan el agrupamiento de pacientes (disfonías), éste se podrá realizar siempre que su número no supere en ningún caso al de 6 personas.

3.2.7.6.- Documentación asistencial

A. HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica individual recogerá la documentación derivada de la valoración inicial y del seguimiento y monitorización que se realice al paciente.

B. HOJAS DE TRATAMIENTO

Existirán así mismo hojas de tratamiento para la anotación diaria de las características, evolución y progreso de cada uno de los pacientes y que será cumplimentado por el personal asistencial.

C. INFORME DE ALTA

Siempre que sea necesario, y en todo caso a la finalización del tratamiento, se ha de emitir un informe con el diagnóstico, tratamiento realizado, estado actual del paciente y recomendaciones.

D. CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

La empresa estará obligada a la codificación diagnóstica de las patologías tratadas, realizándose mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades, C.I.E.-10-ES, siguiendo en todo caso las recomendaciones de codificación que desde la Administración se realicen.

3.2.7.7.- Ausencias injustificadas

a) A los efectos del contrato se entenderá por ausencia injustificada del paciente aquella situación en la que teniendo citación para ser tratado en el centro no se

presentase a las sesiones, sin que mediase por parte de éste información de su ausencia.

b) De producirse en un paciente en tratamiento una ausencia injustificada a las sesiones de rehabilitación programadas de más de 15 días naturales consecutivos, se procederá por parte de la empresa al alta del mismo, haciéndose constar tal circunstancia en el Informe de Alta.

c) De producirse tres ausencias injustificadas durante el tratamiento de una patología concreta y aunque no mediasen los 15 días naturales mencionados en el punto anterior, se procedería a dar de alta igualmente al paciente.

La justificación fidedigna y documentada de enfermedad familiar grave, ingreso en Centro Hospitalario, accidente de trabajo o enfermedad común postrante anularán el procedimiento que de oficio hará altable al paciente por parte de la empresa.

3.2.8.- Existirá en el centro un área de admisión centralizada donde los pacientes derivados podrán acudir o solicitar, mediante llamada telefónica, citación al objeto de ser atendidos por el equipo asistencial en el plazo más breve posible. Dicha unidad de admisión será la que reclamará a los pacientes, o en su caso familiares, el documento clínico o de derivación que recoja la conveniencia de ser visto y tratado por la empresa.

3.2.9.- Cualquier modificación que suponga una variación sensible en las dotaciones de camas, equipos y aparataje, así como de la estructura física de los centros de la empresa, será comunicada previamente al Departamento de Salud. Si estas modificaciones suponen reducción o pérdida tanto de la calidad como de la cuantía del Servicio, se iniciará, previa advertencia a la empresa para su subsanación si es posible, el oportuno expediente de rescisión.

3.2.10.- En materia de creación y modificación de nuevos servicios, el centro deberá tramitar el expediente de autorización administrativa preceptuado en el Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, y en la Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regulan las autorizaciones de creación, de realización de modificaciones y de funcionamiento de los hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, modificada por las Órdenes de 27 de noviembre de 1996 y de 15 de mayo de 2001.

3.2.11.- Respecto a la atención a pacientes y personas usuarias y gestión de quejas y reclamaciones referidas al funcionamiento del servicio contratado, se cumplirá lo dispuesto en el Capítulo IV del Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la declaración sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Así mismo deberán existir en la empresa a disposición de todos los y las pacientes, hojas de reclamaciones según modelo establecido por el Departamento de Salud (Decreto 142/2014 de 15 de julio).

Con independencia de que el usuario prosiga en su queja o reclamación por los cauces previstos en la normativa, la dirección de la empresa deberá proceder a dar respuesta por escrito al mismo, a mantener archivo de dicha respuesta, de la queja o reclamación que la originó y de cuanta documentación obre o se genere en relación con ésta. De igual modo, la empresa enviará copia de todo el expediente (reclamación, respuesta y documentación) a la Delegación Territorial de Salud correspondiente.

3.2.12.- Los sistemas informáticos de la empresa estarán adaptados para su compatibilidad con los sistemas de Osakidetza y el Departamento de Salud, de tal forma que garanticen la conexión que asegure la transmisión de la información clínica, la gestión de las prestaciones contratadas y la evaluación de las mismas, todo ello con las debidas garantías previstas en la ley.

En tal sentido se considera un requisito adicional e imprescindible, incluido dentro de los servicios a prestar por la empresa, la elaboración y entrega de la bases de datos previstas en este pliego que recogen información para:

- Análisis epidemiológico.
- Facturación
- Evaluación de la calidad del servicio prestado.

3.3.- CUALIFICACIÓN DEL PERSONAL

3.3.1.- La empresa estará obligada a contar, como responsables de la actividad asistencial, con médicos en posesión del título de especialista necesario para la realización de las técnicas objeto de este Contrato.

3.3.2.- Así mismo y en un número proporcional a la demanda asistencial, la empresa dispondrá de personal de enfermería y auxiliar sanitario con la cualificación, experiencia y cantidad suficiente para cumplimentar los tratamientos y el correcto control y seguimiento de los pacientes, y de personal administrativo y auxiliar no sanitario suficiente para soporte y apoyo de la actividad contratada.

3.3.3.- Las modificaciones de especialidades médicas, dentro del cuadro asistencial de la empresa, serán puestas en conocimiento, con carácter previo, del Departamento de Salud. Cuando estas modificaciones afecten sustancialmente al contenido de los servicios contratados por reducción o pérdida de especialización, se instará a la empresa a la adecuada cobertura, o en su caso, se iniciará el oportuno expediente de rescisión del contrato.

3.4.- DOCUMENTACIÓN ASISTENCIAL

3.4.1.- La Historia Clínica individual, recogerá la documentación derivada de la asistencia prestada al paciente, tal y como se establece en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, así como el Real decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

3.4.2.- El Informe de Alta, cumplirá los requisitos establecidos en la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984, y su entrega se realizará directamente al paciente, familiar o tutor legal, inmediatamente después de producirse el alta. De no ser posible la entrega del Informe de Alta definitivo se entregará un informe provisional, tal y como se contempla en el artículo 4 de la citada Orden.

3.4.3.- La empresa estará obligada a la codificación diagnóstica de las patologías tratadas, en cumplimiento del Decreto 303/1992 por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos (C.M.B.D.) del Alta Hospitalaria, y se crea el Registro de Altas Hospitalarias de Euskadi, así como de la Orden de 3 de septiembre de 2010 mediante la que se incorporan nuevas variables al citado CMBD.

3.4.4.– En el Territorio de Gipuzkoa, todos los ingresos serán evaluados previamente y tramitados por el Servicio de Admisión Centralizada, ubicado en el Hospital Universitario Donostia. No se admitirán derivaciones por ningún otro agente salvo indicación expresa de la Delegación Territorial.

En cada ingreso y alta de un paciente, el centro estará obligado a cumplimentar la información establecida en la aplicación "Traslado de pacientes" de la Delegación Territorial de Gipuzkoa.

3.5.- MANTENIMIENTO Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

A los efectos de garantizar la seguridad y el menor riesgo derivado del equipamiento existente, la empresa dispondrá de un servicio de asistencia técnica propio o contratado, que realice las tareas de mantenimiento preventivo-rutinario y que atienda a las situaciones de avería.

3.6.- GARANTÍA ASISTENCIAL

Además de las garantías de los derechos de los usuarios contempladas en este Contrato, la empresa garantizará a los usuarios del Sistema Sanitario de Euskadi:

a) Condiciones dignas de habitación y hostelería respecto a su intimidad y requerimientos dietéticos.

b) Servicio permanente de atención de enfermería.

c) El tratamiento farmacológico necesario.

d) La adecuada dedicación del personal facultativo. En tal sentido, habrá de aportarse listado con el cuadro médico de la empresa, con detalle de dedicación horaria normal y de urgencia.

e) La continuidad de cuidados de enfermería, identificando a los pacientes que al alta los precisen y elaborando un plan para que sean realizados en su entorno asistencial inmediato.

3.7.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES CONTRATADAS

3.7.1.- Por parte del Departamento de Salud se realizará evaluación de los parámetros recogidos en el Anexo II del presente pliego.

Estos indicadores serán elaborados y aportados por la empresa y estarán disponibles para su análisis y evaluación en el periodo que se determine por la Delegación Territorial.

3.7.2.- El 1% de la financiación total del contrato queda vinculada a la consecución anual de los objetivos contemplados en los indicadores relacionados en el citado Anexo II. Así,

la financiación total se reducirá en proporción a los objetivos no alcanzados, de acuerdo con los indicadores y puntuaciones recogidas. Dichos objetivos, así como los indicadores, podrán ser objeto de revisión anual. Esta reducción se contempla como penalidad en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.
Realizada la evaluación del cumplimiento de los objetivos, la aplicación del posible descuento, si procede, por la no consecución de los mismos, se formalizará al finalizar el ejercicio, conocida la financiación total correspondiente al mismo. Dicha regularización se efectuará sobre la totalidad del ejercicio o el periodo correspondiente al nuevo contrato en el año de inicio del mismo.

3.7.3.- Con el objeto de monitorizar y evaluar la prestación objeto del contrato, la empresa presentará anualmente las **bases de datos** CMBD, correspondientes al ejercicio completo, para hospitalización, y otras, para el resto de prestaciones, que recojan las indicaciones técnicas y las variables (de aseguramiento, sociodemográficas, clínicas y de facturación) que en cada momento se indiquen desde la Delegación Territorial.

3.7.4.- El Departamento de Salud podrá, mediante el procedimiento que en cada caso se determine, conocer el grado de cumplimentación y calidad de la Historia Clínica y del Informe de Alta de los pacientes que sean atendidos en el centro.
Los datos solicitados para la realización de estos estudios estarán amparados por el Deber de Secreto Estadístico de la Ley 4/1986 de Estadística de la Comunidad Autónoma de Euskadi y por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

4.- ACCESO A LOS SERVICIOS

4.1.- El Servicio de Admisión de la empresa, reclamará a los pacientes o en su caso familiares, la documentación que acredite el derecho a recibir asistencia sanitaria con cargo al Sistema Sanitario de Euskadi, y el documento de asistencia y remisión extendido por el facultativo de la red pública que proceda, visado en su caso por el órgano competente de la Delegación Territorial correspondiente.

En todo caso, la empresa contratada seguirá los circuitos y protocolos que tenga definidos, o defina en el futuro la Delegación Territorial, en relación con las prestaciones recogidas en este contrato.

4.2.- Si se diera la circunstancia de que el paciente sea asistido por motivos de urgencia sin haber presentado la documentación pertinente, el Servicio de Admisión de la empresa

gestionará su obtención, sin la cual, dicha asistencia no podrá ser facturada con cargo a este contrato.

Con este fin, dicho servicio, cuando así se le requiera, facilitará a la Delegación Territorial y/o al paciente la información clínica y/o administrativa que, en relación con el caso, tenga disponible la empresa.

4.3.- En caso de producirse alguna incidencia o efecto secundario relevante como consecuencia de la prestación contratada realizada al paciente (prueba diagnostica, pauta terapéutica, etc.), deberá comunicarse con la máxima urgencia posible a la Delegación Territorial correspondiente.

5.- GARANTÍA DE LOS DERECHOS DEL USUARIO

5.1.- Será obligación del centro contratado, garantizar los derechos del usuario contemplados en la Ley 8/97 de Ordenación Sanitaria de Euskadi e informar a los ciudadanos de sus derechos, que así mismo garantizará, y deberes, en los términos recogidos en los artículos 9 y 10 de la Ley 14/1986 General de Sanidad y del Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la declaración sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, así como informar a los pacientes y usuarios que atienda en virtud de este contrato, de los extremos del mismo que puedan afectarles y de las normas e instrucciones a ellos dirigidas por el Departamento de Salud.

Se deberán cuidar con especial atención los aspectos de intimidad, trato y atención personalizada.

5.2.- La empresa contratada realizará anualmente una encuesta estandarizada, con el objeto de conocer el grado de satisfacción que manifiestan los usuarios con relación a los servicios que preste mediante el contrato vigente. Los datos obtenidos estarán amparados por el Deber de Secreto Estadístico de la Ley 4/1986 de Estadística de la Comunidad Autónoma de Euskadi y por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales de Carácter Personal. La metodología y resultados de la misma deberán ser enviados a la DTSG antes de finalizar el año.

5.3.- En ningún caso existirán diferencias en la asistencia sanitaria prestada a los pacientes, sea cual sea su procedencia, etnia, género, orientación sexual, cultura u origen, y en todas las modalidades asistenciales. Se tendrá especial atención en proporcionar igualdad de trato y accesibilidad a las prestaciones incluidas en el contrato al colectivo de

pacientes con discapacidad, realizándose, a tal efecto, las adaptaciones técnicas oportunas en el centro contratado.
El Servicio de Admisión será único.

5.4.- Los usuarios de la empresa contratada protegidos por el Sistema Sanitario de Euskadi, podrán conocer los gastos por ellos originados, con independencia de que no sean abonados directamente por los mismos.

5.5.- En cumplimiento de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica la empresa se compromete a informar a los pacientes y/o acompañantes, en términos adecuados, comprensibles y suficientes, de los diferentes aspectos del procedimiento diagnóstico o terapéutico al que van a ser sometidos, haciendo uso de forma preferente del consentimiento informado.

5.6.- La empresa garantizará a los pacientes la gestión, si fuera necesario, del transporte sanitario a domicilio o de la derivación a una empresa residencial, hospitalaria o a cualquier otro servicio sanitario de la red pública o contratada con ésta.

6.- SOBRE EL PERSONAL

6.1.- La empresa observará en su aplicación, lo dispuesto en materia de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

6.2.- Son de exclusiva responsabilidad de la propiedad o gestores de la empresa que contrata sus servicios sanitarios, la titularidad de las relaciones laborales.

Así mismo, la empresa deberá contratar con tal fin, el personal que resulte necesario, quedando obligada a cumplir respecto del mismo los derechos y obligaciones inherentes a su calidad de empresario, aplicando las disposiciones vigentes, tanto en materia laboral como las referidas a la prevención y salud en el trabajo.

6.3.- En caso de producirse una situación de conflicto colectivo-huelga en la empresa contratada, el Departamento de Salud deberá conocer, con antelación suficiente, el acuerdo sobre servicios mínimos que se apruebe.

6.4 - En lo que a capacitación lingüística de su personal se refiere, el centro observará fielmente lo recogido al respecto en el pliego de cláusulas administrativas particulares referente a las "Condiciones Lingüísticas de Ejecución".

7.- CONDICIONES ECONÓMICAS

7.1.- En las tarifas de adjudicación del servicio, se consideran incluidos todos los impuestos, tasas y cargas legales establecidas o que pudieran establecerse durante la vigencia del presente contrato.

7.2.- Durante la vigencia del presente contrato, se podrán establecer compromisos de volumen de actividad o gasto que sobre las derivaciones a centros y servicios contratados genere la empresa en el desarrollo de sus procesos asistenciales.

8.- FACTURACIÓN

8.1.- La empresa contratada remitirá antes del día veinte de cada mes, al Servicio de facturación electrónica de la Comunidad Autónoma de Euskadi, la factura electrónica por los servicios sanitarios prestados durante el mes anterior y a la Delegación Territorial del Departamento de Salud la documentación que proceda, de acuerdo con la estipulación 4.1 de las prescripciones técnicas del presente contrato.

8.2.- La relación de la actividad realizada deberá ser presentada por la empresa en el soporte informático que determine en cada momento el Departamento de Salud siguiendo las especificaciones que se le indiquen, de tal manera que facilite la verificación automatizada de los datos obrantes en la factura.

8.3.- No podrá ser facturado bajo este contrato, cualquier otro servicio o complemento que no sean las prestaciones que expresamente vienen recogidas.

8.4.- Recibida la factura y realizadas las comprobaciones oportunas, para lo cual podrá recabar de la empresa cuanta información complementaria estime necesaria, la Delegación Territorial procederá a ordenar el pago conforme a los servicios prestados por la empresa.

8.5.- En el supuesto de que se manifieste por la Delegación Territorial disconformidad con la facturación, se procederá a rechazar la misma, comunicando al mismo tiempo las incidencias detectadas para su corrección. Los conceptos que fueran objeto de descuento

y sean subsanados con posterioridad al pago de la factura del mes correspondiente, se abonarán una vez presentadas las facturas complementarias que procedan.

8.6.- El Departamento de Salud, no será responsable de la facturación de aquellos pacientes no incluidos dentro del ámbito de protección del aseguramiento público así como para los que exista una Compañía Aseguradora, Empresa o Tercero, responsable del pago de la prestación a que se refiere el presente contrato.

8.7.- En el supuesto de que por parte del Departamento de Salud proceda el reintegro a los usuarios de los gastos por ellos soportados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por la empresa contratada, el Departamento de Salud, previa comunicación a la misma, y a través de la factura mensual, aplicará las tarifas del presente contrato y procederá a realizar las regularizaciones que pudieran resultar.

9.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y MONITORIZACIÓN DEL CONTRATO

9.1.- El Departamento de Salud, evaluará con carácter periódico la calidad del servicio contratado de los pacientes asistidos, atendiendo al grado de cumplimentación de indicadores y parámetros que se consignan en el presente contrato, a través de las bases de datos relacionadas en el mismo.

9.2.- La empresa contratada, estará sometida 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 contrato se realicen desde el Departamento de Salud, para lo cual aportará los datos que se le pudieran solicitar.

10.- DIRECTRICES SANITARIAS E INSPECCIÓN

10.1.- Dentro del ámbito del contrato, la empresa se compromete a colaborar en las directrices y normas de las autoridades sanitarias en orden a la más eficaz coordinación de los recursos sanitarios puestos a disposición de los ciudadanos vascos. Así mismo actuará y cooperará en los programas de promoción y de protección de la salud que se determinen en el ámbito de la comunidad.

10.2.- La empresa ha de cumplir los preceptos que sobre acreditación, aportación de información económica y estadística sanitaria se dicten durante el periodo de vigencia del contrato.

10.3.- El Departamento de Salud, tendrá acceso a cualquier documento de carácter clínico, legal o contractual, que pueda afectar a la buena marcha de este contrato sin menoscabo de la titularidad de la empresa y de la confidencialidad de la documentación asistencial y contable.

ANEXO I

PROTOCOLOS DE PROCESOS DE REHABILITACION SINGULARIZADA

1.- PROCESOS DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA

Se incorporan al contrato los protocolos de actuación terapéutica correspondientes a los siguientes procesos de rehabilitación ambulatoria:

. Columna dorso-lumbar: Síndromes dolorosos sin lesión ósea traumática.

. Columna cervical: Procesos de tipo mecánico-degenerativo y/o inflamatorio. Algias.

. Hombro doloroso: Procesos no traumáticos dolorosos.

2.- PROCESOS SINGULARIZADOS: DEFINICIÓN Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

2.1.- PATOLOGÍA DE LA COLUMNA DORSO-LUMBAR

SÍNDROMES DOLOROSOS SIN LESIÓN ÓSEA TRAUMÁTICA

En este apartado básicamente se incluyen las enfermedades cuyo origen es de tipo crónico-degenerativo. También se incluyen síndromes inespecíficos cuyo síntoma predominante es el dolor. Los códigos de la CIE-10-ES comprendidos en este apartado son :

1. DOLOR NO IRRADIADO	
M47.814	ARTROSIS DORSAL SIN MIELOPATÍA.

M47.817	ARTROSIS LUMBOSACRA SIN MIELOPATÍA.
M48.15	HIPEROSTOSIS VERTEBRAL ANQUILOSANTE.
M51.24-27	DESPLAZAMIENTO DEL DISCO INTERVERTEBRAL TORÁCICO O LUMBAR (HERNIA DISCAL) SIN MIELOPATÍA.
M48.04	ESTENOSIS ESPINAL EN REGIÓN DORSAL.
M48.06	ESTENOSIS ESPINAL EN REGIÓN LUMBAR.
M54.6	DORSALGIA.
M54.5	LUMBALGIA.
M54.14-17	NEURITIS O RADICULITIS DORSAL O LUMBOSACRA NO
M53.3	ESPECIFICADA.
M54.9	COCCIGODINIA.
M81.0	DOLOR DE ESPALDA NO ESPECIFICADO.
S30.0XXA	OSTEOPOROSIS.
	CONTUSIÓN DE ESPALDA.
2. DOLOR IRRADIADO:	
ORB*OSB*	LAMINECTOMÍA. FORAMINECTOMÍA (SIN EXCISIÓN DISCO).
OR59*OR5B*	EXCISIÓN Y DESTRUCCIÓN DEL DISCO INTERVERTEBRAL.
M51.24-25	HERNIAS Y PROTRUSIONES DISCALES DORSALES SIN MIELOPATÍA
M.54.30	CIÁTICA.
*	A desarrollar

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
1. DOLOR NO IRRADIADO
Tratamiento de Rehabilitación :
Electroterapia Termoterapia. Cinesiterapia manual media (30´) Manipulación vertebral (técnicas manuales) e infiltraciones. Mecanoterapia – tracciones. Se establece como terapia básica electroterapia-termoterapia y cinesiterapia manual media. Otras técnicas como manipulación vertebral y mecanoterapia serían de aplicación en aproximadamente el 15% de los pacientes.
Modalidad de Fisioterapia
Individual, mixto y en grupo.
Número de sesiones
5 sesiones individuales y 15 sesiones mixtas y 10 en grupo.
Consultas

Consulta inicial, de revisión, de alta.
2. DOLOR IRRADIADO
Tratamiento de Rehabilitación :
Electroterapia – Termoterapia. Cinesiterapia manual media (30´). Ortesis. Prescripción y chequeo ortésico. Manipulación vertebral (técnicas manuales) e infiltraciones se produce en aproximadamente un 15%. Se establece como terapia básica electroterapia-termoterapia y cinesiterapia manual media. Otras técnicas como manipulación vertebral y mecanoterapia serían de aplicación en aproximadamente el 15% de los pacientes.
Modalidad de Fisioterapia
Individual, mixto y en grupo.
Número de sesiones
10 sesiones individuales, 10 sesiones mixtas y 10 en grupo.
Consultas
Consulta inicial, de revisión, de alta.

2.2.- PATOLOGÍA DE LA COLUMNA CERVICAL

PROCESOS DE TIPO MECÁNICO-DEGENERATIVO Y/O INFLAMATORIO. ALGI	
En este apartado básicamente se incluyen las enfermedades cuyo origen es de tipo traumático. Se excluyen aquellos procesos con afectación neurológica. Los códigos de la CIE-10 comprendidos en este apartado son :	
M43.22	ANQUILOSIS ARTICULAR.
M47.812	ARTROSIS CERVICAL SIN MIELOPATÍA.
M50.20	HERNIAS Y PROTRUSIONES DISCALES CERVICALES SIN MIELOPATÍ
M48.02	ESTENOSIS ESPINAL CERVICAL.
M54.2	CERVICALGIA.
M43.6	TORTÍCOLIS SIN ESPECIFICAR.
M48.8X2	OSIFICACIÓN DEL LIGAMENTO LONGITUDINAL POST-CERVICAL.
M53.9	OTROS TRASTORNOS INESPECÍFICOS RAQUIS. ANQUILOSIS.
M61.59	CALCIFICACIÓN Y OSIFICACIÓN MUSCULAR.
M42.12	OSTEOCONDROPATÍAS.
M99.01	OTRAS LESIONES NO ALOPÁTICAS.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
Tratamiento de Fisioterapia
Termoterapia - Electroterapia. Cinesiterapia corta. Cinesiterapia activa. Mecanoterapia - Tracciones Masoterapia. Ultrasonidos. Se establece como terapia básica la termoterapia – electroterapia y cinesiterapia activa de aplicación en el 100% de los pacientes. En un 50% de los pacientes sería necesario emplear mecanoterapia-tracciones, masoterapia y cinesiterapia manual corta, de manera individual o combinada. Los ultrasonidos serían de aplicación en aproximadamente un 50% de los pacientes.
Modalidad de Fisioterapia
Individual y en grupo.
Número de sesiones
15 sesiones individuales y 5 en grupo.
Consultas
Consulta inicial, de revisión y alta.

2.3.- HOMBRO DOLOROSO

PROCESOS NO TRAUMÁTICOS DOLOROSOS.	
En este apartado básicamente se incluyen las enfermedades cuyo origen es de tipo crónico y/o degenerativo. Los códigos de la CIE-10 comprendidos en este apartado son :	
1. PROCESOS SIN LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD – ALGIAS :	
M11.819	ARTROPATÍA POR CRISTALES
M14.819	ARTROPATÍA METABÓLICA Y ENDOCRINA.
M19.019	ARTROSIS HOMBRO.
M25.419	DERRAME ARTICULAR DEL HOMBRO
M25.019	HEMARTROSIS DE HOMBRO.
M12.219	SINOVITIS VELLONODULAR DEL HOMBRO.
M25.519	ARTRALGIA HOMBRO.
M75.100	PATOLOGÍA TENO-SINOVIAL DEL HOMBRO. T. SUPRAESPINOSO.
M75.30	TENDINITIS CALCIFICANTE HOMBRO.
M75.20	TENOSINOVITIS BICIPITAL.

M75.00	OTRAS AFECCIONES. PERIARTRITIS.
M75.50	OTRAS BURSITIS.
M79.7	FIBROMIALGIA.
M79.89	POLIMIALGIA. OTROS TRASTORNOS PARTES BLANDAS.
2. PROCESOS CON LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD – ALGIAS :	
M24.619	ANQUILOSIS HOMBRO.
M25.619	RIGIDEZ DE HOMBRO.
M75.00	CAPSULITIS RETRÁCTIL HOMBRO.
M62.419	CONTRACTURA Y ACORTAMIENTO –ADQUIRIDO- DE TENDONES

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
1. PROCESOS SIN LIMITACIÓN DE MOVILIDAD :
Tratamiento de Rehabilitación :
Termoterapia Electroterapia analgésica (interferenciales). Cinesiterapia activa. Ultrasonidos. Se establece como terapia básica la electroterapia analgésica (interferenciales) y la cinesiterapia activa de aplicación en el 100% de los pacientes. La termoterapia y ultrasonidos tendrían carácter secundario pudiéndose utilizar cada una de ellas de manera aislada o en combinación.
Modalidad de Fisioterapia
Individual.
Número de sesiones
25 sesiones individuales.
Consultas
Consulta inicial, de revisión y de alta.

2. PROCESOS CON LIMITACIÓN DE MOVILIDAD - ALGIAS :
Tratamiento de Rehabilitación:

Termoterapia. Electroterapia analgésica (interferenciales). Cinesiterapia manual. Cinesiterapia activa. Se establece como terapia básica la electroterapia analgésica (interferenciales), la cinesiterapia activa y la cinesiterapia manual de aplicación en el 100% de los pacientes. La termoterapia tendría carácter secundario pudiéndose utilizar cada una de ellas de manera aislada o en combinación.
Modalidad de Fisioterapia
Individual.
Número de sesiones
35 a 45 sesiones individuales.
Consultas
Consulta inicial, 2 de revisión y de alta.

2.4.- PATOLOGÍA NEUROLOGICA AMBULATORIA

El objetivo es dar respuesta global y específica a pacientes con patología neurológica central en el ámbito ambulatorio, intentando conseguir una situación de la mayor funcionalidad posible para su readaptación en las Actividades de la Vida Diaria, Familiar y Social.

El campo de aplicación es de pacientes con patología neurológica dentro de las patologías identificadas en el C.I.E 10 que acuden al Servicio de Rehabilitación Ambulatoria.

1. G80 Parálisis Cerebral Infantil	
2. G81 Hemiplejia	
G81.0	HEMIPLEJIA FLACIDA
G81.1	HEMIPLEJIA ESPÁSTICA
G81.2	HEMIPLEJIA NO ESPECÍFICA
3. I Enfermedades de la circulación cerebral	
I61	ICTUS HEMORRÁGICO

I63	ICTUS ISQUÉMICO
I64	ICTUS NO ESPECIFICADO
I69	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
4. G82 Paraplejía y Tetraplejia	
G82.0	PARAPLEJIA FLÁCIDA
G82.1	PARAPLEJIA ESPÁSTICA
G82.2	PARAPLEJIA NO ESPECÍFICA
G82.3	TETRAPLEJIA FLÁCIDA
G82.4	TETRAPLEJIA ESPÁSTICA
G82.5	TETRAPLEJIA NO ESPECÍFICA

5. G83 Otros síndromes paralíticos	
G83.4	SINDROME DE COLA DE CABALLO
G83.9	SINDROME PARALÍTICO NO ESPECIFICADO
6. Enfermedades progresivas	
G35.X	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
G12.2	ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA
G12.9	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL SIN ESPECIFICAR
G71.0	DISTROFIA MUSCULAR
G71.2	MIOPATIAS
7. Síndromes extrapiramidales	
G20.X	ENFERMEDAD DE PARKINSON
G21	PARKINSONISMO SECUNDARIO
G24	DISTONÍAS
G25	OTROS TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES Y DEL MOVIMIENTO
8. Tumores del SNC	
G70	NEOPLASIA MENINGEA
G71	NEOPLASIA ENCEFÁLICA
G72	NEOPLASIA ESPINAL
D33	TUMOR BENINGNO DEL ENCÉFALO Y OTRAS PARTES DEL SNC
9. R26 Trastornos de la marcha	
R26.0	MARCHA ATAXICA
R26.1	MARCHA ESPÁSTICA
R26.2	DIFICULTAD PARA CAMINAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
10. S06.8 Traumatismo cráneo encefálico	
G20.X	ENFERMEDAD DE PARKINSON
G21	PARKINSONISMO SECUNDARIO

G24	DISTONÍAS
G25	OTROS TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES Y DEL MOVIMIENTO
11. Polineuropatía	
G62.0	POLINEUROPATIA INDUCIDA POR DROGAS
G62.1	POLINEUROPATIA ALCOHOLICA
G62.9	POLINEUROPATIA NO ESPECÍFICA
G61.0	SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ
G63.2	POLINEUROPATIA DIABÉTICA

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
Tratamiento de Rehabilitación :
Cinesiterapia manual Equilibrio y marcha Propiocepción Ejercicios Estiramientos Infiltraciones
Modalidad de Fisioterapia
Individual
Número de sesiones
Entre 30 y 60 sesiones
Contenido del proceso

Se inicia con la consulta del/de la Médico/a Rehabilitador/a por prescripción de otros especialistas.

Se realizarán reuniones interdisciplinares semanales para valorar evolución de los diferentes pacientes y marcar los objetivos individualizados

El alta en rehabilitación se produce con la estabilización funcional en el tratamiento aplicado, excepto en el caso de las enfermedades progresivas que conllevan un deterioro continuo. Al alta el/a Médico/a Rehabilitador/a realizará una valoración del alcance de los objetivos y entregará al/ a la paciente el correspondiente informe médico. El/la fisioterapeuta entregará un dosier con pautas a seguir en el domicilio.

A los tres meses se realizará una encuesta telefónica para la valoración final de su situación funcional

Criterios de inclusión

Pacientes con patología neurológica central:

- Tras fase hospitalaria y en situación de realizar el tratamiento de forma ambulatoria
- En una agudización de los síntomas con el fin de estabilizarlos para volver a la situación funcional previa
- Tras episodio de deterioro funcional por caídas, brote, espasticidad,…
-

Criterios de exclusión

- Deterioro cognitivo que impida la colaboración con el proceso
- Mal estado general por patología concomitante
- Pacientes que no tengan suficiente capacidad funcional para asistir a tratamiento en régimen ambulatorio.

Anexo II

Calidad, Actuaciones y objetivos priorizados

COMPROMISOS CONTRATADOS

A los efectos de lo recogido en el concierto vigente en lo que a **evaluación de la calidad de las prestaciones concertadas** se refiere, se establecen los siguientes compromisos que se desglosan de la siguiente manera:

PROCESOS SINGULARIZADOS

En la misma se recogen los indicadores diseñados por la Delegación de Salud de Gipuzkoa de los procesos:

1. Ortogeriatría
2. Psicogeriatría: ingresos y consultas
3. Convalecencia
4. Rehabilitación: hospitalaria, extrahospitalaria y logopedia
5. Otros indicadores de pacientes ingresados en media-larga estancia

Ortogeriatría

Indicador	Estándar	Valoración
1. Estancia media de pacientes ingresados en ortogeriatría (corta estancia)	≤ 20 días	0.5

2. Estancia media de pacientes ingresados en ortogeriatría (media estancia)	≤ 30 días	0,5
3. Índice de eficiencia en ortogeriatría corta estancia	≥ 1	0,5
4. Índice de eficiencia en ortogeriatría media estancia	≥ 1	1
TOTAL		**2,5**

Psicogeriatría

Indicador	**Estándar**	**Valoración**
1. Envío de base de datos semestral de pacientes de psicogeriatría (consulta) debidamente cumplimentada	Envío	1
2. % de pacientes enviados a su médico de familia para continuidad asistencial de los pacientes atendidos en la consulta de psicogeriatría	≥ 75 %	0,5
3. Días trascurridos entre la solicitud de consulta y la realización de la misma: < 5 días	≥ 95%	0,5
4. % de pacientes dados de alta en servicio de psicogeriatría con destino domicilio habitual	Medición	1
TOTAL		**3**

Convalecencia

Indicador	**Estándar**	**Valoración**
1. Estancia media de pacientes ingresados en convalecencia	≤ 30 días	0,5
2. % de pacientes que alcanzan estabilidad clínica	≥ 85%	1
TOTAL		**1,5**

Rehabilitación

Indicador	**Estándar**	**Valoración**
1. Envío de base de datos semestral de pacientes de rehabilitación extrahospitalaria debidamente cumplimentada	Envío	0,5
2. Envío de base de datos semestral de logopedia debidamente cumplimentada	Envío	0,5
3. En urgentes y preferentes: Días transcurridos entre la citación con el médico rehabilitador y el comienzo de la rehabilitación extrahospitalaria: ≤ 15 días	> 80%	1
4. En demorables: Días transcurridos entre la citación con el médico rehabilitador y el comienzo de la rehabilitación extrahospitalaria	Medición	0,5

5. Nº total de sesiones de rehabilitación canceladas / Nº total de sesiones programadas	< 2%	0,5
6. Días transcurridos entre la solicitud de logopedia y el comienzo de la logopedia: ≤ 30 días	≥ 80%	1
7. Nº total de sesiones de logopedia canceladas / Nº total de sesiones programadas	< 2%	0,5
TOTAL		**4,5**

Otros indicadores de pacientes ingresados en media-larga estancia

Indicador	**Estándar**	**Valoración**
1. Envío semestral de base de datos de CMBD debidamente cumplimentada	Envío	0,5
2. Estancia media de pacientes ingresados en cuidados paliativos:	≤ 30 días	0,5
3. % de pacientes trasladados al hospital de agudos	≤ 5%	0,5
4. Nº de altas voluntarias/nº de altas totales en hospitalización	≤ 5%	0,5
5. Nº de reclamaciones escritas por proceso singularizado (hospitalización, consulta de psicogeriatría, rehabilitación extrahospitalaria y logopedia) / Nº de pacientes	≤0,2%	0,5
6. Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días por proceso singularizado (hospitalización, consulta de psicogeriatría, rehabilitación extrahospitalaria y logopedia)	100%	0,5
TOTAL		**3**

Estos indicadores serán elaborados y aportados por la institución y estarán disponibles en la Delegación Territorial de Gipuzkoa antes del 1 de febrero del año siguiente a cada ejercicio.