

CONVENIO ESPECIAL ENTRE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD Y LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS, POR EL QUE SE ARTICULA EL CONTRATO PROGRAMA PARA LA FINANCIACIÓN DE LA VINCULACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEÓN A LA RED ASISTENCIAL SANITARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN.

Valladolid, a 30 de diciembre de 2025

REUNIDOS

De una parte, el Excmo. Sr. D. Alejandro Vázquez Ramos, Consejero de Sanidad, nombrado mediante Acuerdo 21/2021, de 20 de diciembre, del Presidente de la Junta de Castilla y León (BOCYL nº 244, de 21 de diciembre) y Presidente de la Gerencia Regional de Salud, actuando en nombre y representación de la Gerencia Regional de Salud en virtud de las atribuciones conferidas por el artículo 31.2.d de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

De otra, D. Juan José Afonso Rodríguez, Director General de Centros de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, provincia San Juan de Dios en España, con poder general amplio y bastante en derecho, conforme poder notarial nº 2.210 otorgado en Madrid ante el notario José Periel Martín.

Las partes se reconocen recíprocamente capacidad para la firma de este convenio especial.

MANIFIESTAN

Primero.- Que en la Ley 8/2010, de 30 de agosto, Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, en sus artículos 24 y 25, se prevé que la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública podrá estar constituida, además de por los centros sanitarios de la Gerencia Regional de Salud, por centros y/o servicios sanitarios de titularidad de entidades privadas sin ánimo de lucro que se vinculen por el Servicio Público de Salud de Castilla y León para satisfacer las necesidades sanitarias de los

usuarios del mismo, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en los citados artículos.

Segundo.- Que el Hospital San Juan de Dios de León es un centro hospitalario, catalogado como Hospital General, debidamente autorizado y registrado en el Registro autonómico de centros, servicios y establecimientos sanitarios, de titularidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, entidad sin ánimo de lucro, radicado en la localidad de León, que ha venido colaborando desde 1989 con el Servicio Público de Salud de Castilla y León para garantizar una correcta y adecuada prestación de la cartera de servicios a todos los usuarios del sistema público de salud de Castilla y León en el área de salud de León.

Tercero.- Que atendiendo, por una parte, a las necesidades asistenciales actuales del área de salud de León y los recursos públicos de los que dispone la Gerencia Regional de Salud en dicha área de salud en atención especializada, y, por otra, la cartera de servicios y los recursos de los que dispone el Hospital San Juan de Dios de León así como su especialización para la asistencia sanitaria en régimen ambulatorio y hospitalario, es causa suficiente para vincular determinados servicios sanitarios del citado Hospital a la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública de Castilla y León, en aras de garantizar la optimización de los recursos sanitarios existentes en el área de salud de León.

Cuarto.- Que, de conformidad con lo previsto en el artículo 25.1 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, la vinculación de centros y/o servicios sanitarios a la Red Asistencial se realizará a través de la financiación, mediante el otorgamiento de una aportación económica global, necesaria para cubrir los costes fijos y variables ocasionados en la ejecución de la actividad asistencial realizada por los centros y/o servicios sanitarios vinculados como integrantes de la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública, a los efectos de garantizar la indemnidad patrimonial de la entidad titular de los servicios vinculados sin superar, en su cuantía global, la que resulta de aplicar a la actividad asistencial

programada los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud.

Que, además, dicha aportación económica global se efectúa como compensación máxima por la prestación de un servicio de interés económico general, amparada por lo establecido en la Decisión 2012/21/UE, de la Comisión Europea, de 20 de diciembre de 2011, relativa a la aplicación de las disposiciones del artículo 106, apartado 2, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea a las ayudas estatales en forma de compensación por servicio público concedidas a algunas empresas encargadas de la gestión de servicios de interés económico general.

Quinto. - Que, finalmente, y tal como se establece en el artículo 25.2 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, dicha financiación ha de articularse a través de la suscripción de un convenio especial que contenga un contrato programa.

En consecuencia y al amparo de lo previsto en los artículos 24 y 25 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León y demás normativa de aplicación, las partes:

ACUERDAN

Primero. Objeto del convenio especial.

El presente convenio especial tiene por objeto articular el contrato programa para la financiación de la vinculación de los servicios sanitarios del Hospital San Juan de Dios de León (en adelante HSJDL) de titularidad de la orden hospitalaria de San Juan de Dios, a la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública del Servicio Público de Salud de Castilla y León, de conformidad con lo establecido en los artículos 24 y 25 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto de ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

Segundo. Servicios Vinculados. Medios personales y materiales.

Teniendo en cuenta la oferta asistencial del HSJDL, de conformidad con la autorización sanitaria de funcionamiento de este, quedan vinculados a la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública, con los correspondientes medios personales y materiales del HSJDL necesarios para la prestación de la actividad asistencial prevista en el presente convenio especial, los siguientes servicios sanitarios:

Enfermería (U.1/U.2/U.3)	Cirugía General y Digestivo (U.43)	Psicología Clínica (U.70)
Aparato Digestivo (U.9)	Oftalmología (U.50)	Análisis Clínicos (U.73)
Nutrición y Dietética (U.11)	Cirugía Ortopédica y Traumatología (U.55)	Bioquímica Clínica (U.74)
Geriatría (U.132)	Rehabilitación (U.57)	Anatomía patológica (U.77)
Medicina Interna (U.13)	Fisioterapia (U.59)	Hematología Clínica (U.79)
Neumología (U.16)	Cirugía Mayor Ambulatoria (U.63)	Laboratorio de Hematología (U.80)
Anestesia y Reanimación (U.35)	Cirugía Menor Ambulatoria (U.64)	Servicio de Transfusión (U.82)
Angiología y Cirugía Vascular (U.39)	Radiodiagnóstico (U.88)	Farmacia (U.83)
Cardiología (U.7)		

El HSJDL prestará los servicios objeto del convenio especial con respeto a su autonomía en su gestión, organización y sistema de funcionamiento, conforme a los criterios de su modelo asistencial y bajo los principios, valores y criterios éticos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

El personal del HSJDL que preste sus servicios en las unidades asistenciales vinculadas por el presente convenio especial en ningún caso adquirirá vínculos de carácter laboral con la Gerencia Regional de Salud.

La totalidad de los gastos u obligaciones relativas a las infraestructuras de las unidades asistenciales vinculadas, corresponderán en todo caso al HSJDL como titular de éstas.

Tercero. Objetivos. Actividad asistencial máxima programada para los servicios vinculados.

1. El HSJDL actuará, en lo que se refiere a los servicios vinculados, como centro de apoyo de atención sanitaria para los pacientes que le sean remitidos por el Servicio Público de Salud de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud (en adelante, GRS) procedentes del área de salud de León, a partir del 1 de enero de 2026.

2. Atendiendo a las necesidades detectadas y a la capacidad asistencial del HSJDL, se fija la siguiente actividad asistencial máxima anual:

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEÓN			
HOSPITALIZACIÓN			
UNIDADES	CAMAS	ESTANCIAS	
Unidad de cuidados agudos			
Unidad de subagudos y rehabilitación	80	29.200	
Unidad de Larga estancia			
Neurorrehabilitación Barthel inferior a 60 o situaciones especiales	1	365	
Pacientes ELA	1	365	
TOTAL HOSPITALIZACIÓN	82	29.930	
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS			
Cataratas	OFT	810	
Cirugía maxilofacial cordales	CMF	200	
Varices unilateral	ACV	250	
Hernia inguinal		125	
Colecistectomía	CGD	60	
Hemorroidectomía		15	
Hernia Umbilical		25	
Artroscopia Rodilla		60	
Túnel Carpiano		15	
Dupuytren		20	
Prótesis Total Cadera	COT	220	
Prótesis Total Rodilla		220	
Prótesis Parcial Cadera		250	
Hallux Valgus		20	
Artroscopia Hombro		60	
Amigdalectomía	ORL	69	
Septoplastia		110	
CIRUGÍA NASOSINUSAL CENS		70	
TOTAL QUIRÚRGICOS		2.599	
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
RNM simple		3.300	
RNM compleja		200	
TC simple		1.600	
TC complejo		400	
TOTAL DIAGNÓSTICOS		5.500	

La actividad asistencial programada se llevará a cabo en los términos detallados en los anexos y demás clausulado del presente convenio.

Cuarto. Aportación económica.

1. La aportación económica global, a conceder al Hospital San Juan de Dios de León de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, para la financiación de los servicios vinculados del HSJDL a la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2029, asciende a la cantidad de sesenta y tres millones seiscientos veintisiete mil seiscientos treinta y tres euros y setenta y seis céntimos (63.627.633,76 €). Dicha aportación económica se efectuará con cargo a la aplicación presupuestaria 05.22.312A02.4804O.3 de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Castilla y León, de acuerdo con la siguiente distribución por anualidades:

ANUALIDAD	IMPORTE €
2026	7.953.454,22 €
2027	15.906.908,44 €
2028	15.906.908,44 €
2029	15.906.908,44 €
2030	7.953.454,22 €

2. La aportación económica global se efectúa como compensación máxima por la prestación de un servicio de interés económico general, necesaria para cubrir los costes fijos y variables ocasionados en la ejecución de la actividad asistencial realizada como integrante de la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública, lo que garantiza la indemnidad patrimonial de la entidad titular de los servicios vinculados, durante el tiempo de ejecución del convenio, sin superar, en su cuantía global, la que resulta de aplicar a la actividad asistencial programada los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud, en

los términos previstos en el Decreto 78/2008, de 13 de noviembre, todo ello de acuerdo con el artículo 25 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

3. En tanto en cuanto la entidad beneficiaria preste actividad asistencial fuera de la actividad asistencial ligada a los servicios vinculados a la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública, dicha entidad está obligada a llevar una contabilidad interna que permita extraer, por separado, los costes e ingresos asociados a la actividad asistencial de la Red, como servicio de interés económico general, y los costes e ingresos obtenidos por el beneficiario por el resto de los servicios prestados.

4. El régimen económico financiero de la aportación económica será el previsto en el Anexo I del presente convenio.

5. El HSDJ se someterá a un régimen de control financiero por parte de la Gerencia Regional de Salud en los mismos términos que los que se realizan en los Centros e Instituciones Sanitarias pertenecientes a la Red Asistencial de Utilización Pública de Castilla y León.

Quinto. Obligaciones generales.

El HSJDL deberá cumplir con las obligaciones generales previstas en el artículo 24.4 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, así como con las condiciones y obligaciones específicas establecidas en el presente instrumento de vinculación.

Sexto. Condiciones específicas en materia de seguridad y calidad de los servicios.

EL HSJDL deberá adoptar las medidas precisas para garantizar la seguridad de la población atendida, la del personal que preste servicios en el HSJDL, así como la calidad de los servicios que realice. En este sentido, le es exigible:

1. La garantía de igualdad de trato a todas las personas atendidas, cualquiera que sea su régimen de aseguramiento o la entidad obligada al pago de los servicios recibidos.

2. El cumplimiento de las normas de salud laboral y protección radiológica, seguridad contra incendios, tratamiento y evacuación de residuos y, en general, la adopción de todas aquellas medidas que sobre estas materias vengan establecidas por las normas de carácter estatal o autonómico que sean de aplicación.
3. El cumplimiento de las normas sobre requisitos y utilización de la Historia Clínica Individual, así como de protección de datos de usuarios y pacientes.

En concreto, el HSJDL respecto al tratamiento de los datos y la información que se genere con motivo de la atención a los usuarios comprendida en el presente convenio, deberá respetar lo estipulado 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, en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y demás normas de aplicación.

4. El cumplimiento de los postulados éticos sobre buena práctica clínica, investigación, uso racional del medicamento, y cualesquiera otras materias relacionadas con la actividad del centro.
5. El cumplimiento de los derechos de los pacientes, recogidos en la normativa vigente al respecto, implementando los mecanismos necesarios para garantizar su aplicación.
6. La codificación de las altas hospitalarias según el sistema de códigos vigente en cada momento.
7. El establecimiento de políticas de indicadores de calidad, sistemas de información, de derivación de pacientes y ordenación de servicios, de acuerdo con las directrices de la GRS.
8. El establecimiento de indicadores sobre objetivos asistenciales, delimitando los tiempos máximos de demora para cada tipo de prestación y patología, que deberán ser los mismos que los definidos por la GRS para sus centros.
9. El mantenimiento de la estructura física, de los recursos y de los dispositivos técnico-sanitarios y hosteleros de que disponía el HSJDL en el momento de la

celebración de este convenio especial, sin perjuicio de la incorporación de nuevos recursos por parte del HSJDL en los términos establecidos en el Anexo I de este Convenio.

Séptimo. *Condiciones específicas en materia de régimen de admisión.*

Sin perjuicio de las normas propias del HSJDL, el régimen de admisión de los usuarios del Servicio Público de Salud de Castilla y León se ajustará a las siguientes condiciones específicas:

1. El régimen de acceso será determinado por la GRS sobre la base de los mismos criterios y procedimientos que rigen para el conjunto de la red hospitalaria pública atendiendo a las peculiaridades derivadas de la aplicación del presente convenio.
2. En todas las modalidades asistenciales, el Servicio de Admisión del HSJDL será único, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 16.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y garantizará la asistencia en condiciones de equidad y gratuidad para los usuarios con derecho a asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.
3. Durante el período de hospitalización el HSJDL garantizará todas las prestaciones implicadas en el proceso e incluidas en el presente convenio singular, en los términos que prevea la normativa y siguiendo las instrucciones que al efecto dicte la GRS.
4. Para cualquier modalidad asistencial incluida en el presente convenio, el Servicio de Admisión del HSJDL comprobará la documentación que acredite el derecho de cada paciente a recibir asistencia sanitaria, teniendo en cuenta, asimismo, las condiciones específicas de grupos o colectivos sociales especialmente vulnerables.
5. El HSJDL seguirá los procedimientos que regulan el acceso de los usuarios a las prestaciones generales o inducidas por la actividad asistencial (órtesis, transporte, derivación a otros centros, prestaciones domiciliarias, etc.).
6. El HSJDL estará obligado a prestar asistencia sanitaria en los términos establecidos en el presente documento a todos los pacientes derivados por la Gerencia Regional de Salud salvo que se haya satisfecho la totalidad de actividad asistencial acordada.

7. Las partes se comprometen a cumplir la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, y concretamente el Reglamento UE 2016/679, de 27 de abril del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/EC (Reglamento general de protección de datos), así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ver Adenda de Protección de datos de carácter personal y Adenda de Seguridad de la información.

Octavo. Condiciones específicas en materia de coordinación con el Servicio Público de Salud de Castilla y León.

A los efectos derivados de la ejecución del presente convenio, el régimen y la naturaleza de las relaciones de coordinación administrativa y funcional con la GRS se ajustarán a las siguientes condiciones específicas:

1. EL HSJDL adecuará su funcionamiento a los planes, programas, directrices y criterios de actuación que dicte la GRS y las autoridades sanitarias en orden a la efectiva coordinación de los recursos y servicios derivados en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.
2. La GRS y la Consejería de Sanidad podrán efectuar cuantas inspecciones, controles, verificaciones y auditorías de carácter técnico sanitario-asistencial, estructural o económico estime necesarias, debiendo el HSJDL prestar su plena colaboración y los medios auxiliares precisos.
3. La relación asistencial entre HSJDL y la GRS se basará en los criterios y normas establecidas para el conjunto de la Red Hospitalaria Pública y, en particular, en los procedimientos y objetivos de coordinación interniveles en el marco de gestión de los órganos periféricos de la GRS en el área de salud de León.
4. EL HSJDL, en virtud del presente convenio, procurará y facilitará el establecimiento de protocolos de colaboración asistencial recíproca con los centros y servicios clínicos de la GRS, promoviendo y facilitando, ambas partes, el flujo y la cooperación operativa entre profesionales y servicios

dentro del área de salud de León. En este sentido, previo al inicio de cada período anual, la Comisión Técnica de Seguimiento establecida en la Cláusula Undécima entre el CAULE y el HSJDL, acordarán las directrices organizativas y de coordinación básicas para planificar anualmente la actividad incluida en el presente convenio especial.

5. El HSJDL realizará la actividad asistencial máxima programada prevista en el presente convenio.

6. En el marco de las normas reguladoras de protección de datos individuales, así como de los protocolos que la GRS establezca al efecto, el HSJDL adoptará las medidas técnicas y organizativas tendentes a facilitar el acceso y el flujo de información clínica entre profesionales y niveles de atención.

7. El documento básico imprescindible para la relación es la Hoja de Interconsulta, en soporte de papel o informático. Las referidas hojas serán cumplimentadas en todos sus extremos tanto por el personal autorizado por la GRS como por los facultativos especialistas del HSJDL.

8. El HSJDL utilizará la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual, propiedad de la GRS, el cual garantizará, la actualización sistemática del registro. El Hospital solamente podrá hacer uso de los registros de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) a los efectos exclusivos derivados de la prestación de la atención sanitaria contemplada en el presente Convenio. El Código de Identificación del Paciente (Número CIPA) se utilizará como base de identificación de personas atendidas.

Noveno. Condiciones específicas en materia de información y documentación.

Sin perjuicio de las normas propias del HSJDL, en materia de información y documentación, el hospital deberá ajustarse a las siguientes condiciones específicas:

1. El HSJDL facilitará, con la periodicidad que se determine, la información de naturaleza asistencial, epidemiológica, estadística y de cualquier otra índole, que precise la GRS y la Consejería de Sanidad.
2. El HSJDL vendrá obligado a facilitar a la GRS, al inicio de cada ejercicio, la relación de facultativos que, estando vinculados al Servicio Público de Salud de

Castilla y León, presten servicios privadamente en el centro, así como cuantas variaciones se produzcan durante la vigencia del convenio.

3. El HSJDL estará obligado a comunicar a pacientes y familiares los extremos del convenio que puedan afectarles, así como a facilitar las normas e informaciones que, dirigidas a usuarios de los servicios, pueda emitir la GRS.

4. De igual modo, el HSJDL se compromete a aportar una Declaración Responsable en que se recoja que el personal que presta servicios en él sea cual sea su categoría profesional y vinculación jurídica, y siempre que su actividad implique contacto habitual con menores, cumple el requisito previsto en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, introducido por la Ley 26/2015, de 28 de julio.

La documentación acreditativa de tal requisito (certificado del Registro Central de delincuentes sexuales) será custodiada por el hospital y podrá ser exigida por la autoridad sanitaria cuando así lo estime necesario.

5. El HSJDL dispondrá de hojas de reclamación, queja o sugerencias a disposición del público. El HSJDL enviará a la GRS copia de las reclamaciones y quejas recibidas en las veinticuatro horas siguientes, o de inmediato si la naturaleza de la reclamación o queja lo aconseja.

6. La gestión de las reclamaciones o quejas presentadas por pacientes o familiares de pacientes derivados en virtud de este convenio singular al HSJDL, se tramitará conforme a lo establecido en el Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las Guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario.

Décimo. - *Condiciones específicas en materia de responsabilidad civil.*

El HSJDL, deberá ajustarse a las siguientes condiciones específicas en materia de responsabilidad civil:

1. El HSJDL deberá acreditar la constitución de un seguro de responsabilidad civil con tercero, que cubra las acciones u omisiones de naturaleza sanitaria o extra-sanitaria del centro y los servicios sanitarios vinculados y de las empresas y los

profesionales que presten servicio en el mismo, cualquiera que sea el régimen de vinculación.

El HSJDL exigirá de las empresas y profesionales que desarrollen actividad en el centro bajo contrato mercantil, la suscripción de un seguro de responsabilidad civil por tercero, con el alcance y cobertura que para el propio centro se establece en el párrafo anterior. A estos efectos el HSJDL se constituirá en garante de la mencionada exigencia.

La existencia de franquicia de cualquier cuantía en la póliza convertirá al HSJDL en auto asegurador de dicho importe.

2. En el supuesto que la Gerencia Regional de Salud se vea obligada a abonar indemnizaciones como consecuencia de acciones u omisiones de naturaleza sanitaria o extra-sanitaria realizadas por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, o por empresas o profesionales que presten sus servicios en el mismo, siempre que medie responsabilidad o negligencia imputable al HSJDL o a dichas empresas o profesionales, serán repercutidas por la Gerencia Regional de Salud a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

A tal fin, toda reclamación tanto en vía administrativa como en contencioso-administrativa, derivada de actuaciones realizadas en el HSJDL, habrá de ser puesta en conocimiento de éste, con el objeto de que pueda personarse en el procedimiento judicial o administrativo que corresponda y presentar las alegaciones y actuaciones de defensa que estimen oportunas.

Undécimo. Comisiones de Seguimiento.

A efectos de control y seguimiento del convenio dentro del mes siguiente a la formalización del presente convenio se creará una Comisión de Seguimiento que estará integrada por un máximo de cuatro miembros de cada una de las dos partes en él intervenientes.

La Presidencia de la Comisión la ostentará la persona titular de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización. Además, será la encargada de nombrar a los cuatro miembros restantes de la Gerencia Regional de Salud.

Actuará como secretario un funcionario adscrito a la Gerencia Regional de Salud, con voz, pero sin voto y designado por la Presidencia.

Por parte del Hospital San Juan de Dios, el nombramiento de los cuatro miembros de la comisión designados por su parte será realizado por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

2. La Comisión se reunirá semestralmente y cuando lo soliciten cualquiera de las partes firmantes

3. Las funciones de la Comisión de Seguimiento serán:

a) Decidir sobre las cuestiones que surjan en relación con la interpretación, cumplimiento y modificación del presente convenio.

b) Precisar las normas de funcionamiento que resulten necesarias para la ejecución del acuerdo y concretar los procedimientos administrativos para su desarrollo, en caso necesario.

c) Proponer el inicio del procedimiento de modificación del convenio, con la oportuna justificación de su necesidad.

Para resolver aquellas cuestiones de carácter clínico, podrán constituirse Comisiones Técnicas de Seguimiento entre los profesionales del HSJDL y los profesionales de los centros sanitarios del Área de Salud de León de la Gerencia Regional de Salud. Serán presididas por la persona titular de la Gerencia de Salud del Área de León, que nombrará a los miembros de la GRS. Por su parte, el responsable del HSJDL, será quien nombre a sus miembros.

Duodécimo. Vigencia.

El presente convenio tiene vigencia desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2029, sin perjuicio del plazo de justificación de la aportación económica global previsto en el Anexo I.

Decimotercero. Causas de resolución.

Este convenio especial podrá resolverse por las siguientes causas:

- a) Por el transcurso del plazo de vigencia del convenio.
- b) Por mutuo acuerdo de las partes firmantes.
- c) Por incumplimiento por parte del beneficiario de las condiciones a que está sujeta la aportación económica global, en los términos previstos en el Anexo I del presente convenio y de conformidad con lo establecido en la Ley de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León y demás normativa de aplicación en materia de subvenciones.

En caso de extinción del convenio, la liquidación de las obligaciones contraídas hasta el momento se efectuará conforme las estipulaciones contenidas en el Anexo I y las previsiones contempladas en la Ley General de Subvenciones, en la Ley de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León y demás normativa de aplicación en materia de subvenciones.

Decimocuarto. - Modificación del convenio especial.

El presente convenio, podrá modificarse si durante su vigencia se produjeran variaciones en las necesidades asistenciales del Área de Salud de León.

La tramitación de las modificaciones deberá en todo caso llevarse a cabo mediante el procedimiento previsto en el artículo 25 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León y de acuerdo con el resto de normativa aplicable para la suscripción de convenios de vinculación.

Decimoquinto. Naturaleza jurídica.

El presente convenio tiene naturaleza administrativa, de conformidad con lo previsto en los artículos 47 y 48.7 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, el artículo 25.1 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León y el artículo 30.1 y la disposición adicional tercera de la Ley 5/2008, de 25 de septiembre, de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León, y las cuestiones litigiosas que puedan surgir en la interpretación y cumplimiento del mismo serán competencia del Orden Jurisdiccional Contencioso-Administrativo.



Y en prueba de conformidad, se firma el presente convenio por triplicado en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento,

POR LA GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

POR LA ORDEN HOSPITALARIA SAN
JUAN DE DIOS

Fdo.: Alejandro Vázquez Ramos

Fdo.: Juan José Afonso Rodríguez

ADENDA. CLAÚSULAS DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De conformidad con el art. 28 RGPD y art. 28 LOPDGDD

1. Objeto del encargo del tratamiento.

Mediante las presentes cláusulas se habilita a la entidad Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, encargada del tratamiento, para tratar por cuenta de la Gerencia Regional de Salud, responsable del tratamiento, los datos personales necesarios para prestar los servicios asistenciales establecidos en el presente Convenio de vinculación.

El tratamiento consistirá en la prestación de la actividad asistencial prevista en el presente convenio:

<input checked="" type="checkbox"/> Recogida (captura de datos)	<input checked="" type="checkbox"/> Registro (grabación)	<input checked="" type="checkbox"/> Estructuración	<input checked="" type="checkbox"/> Modificación
<input checked="" type="checkbox"/> Conservación (almacenamiento)	<input checked="" type="checkbox"/> Extracción	<input checked="" type="checkbox"/> Consulta	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicación por transmisión
<input type="checkbox"/> Difusión	<input checked="" type="checkbox"/> Interconexión	<input type="checkbox"/> Cotejo	<input type="checkbox"/> Limitación
<input checked="" type="checkbox"/> Supresión	<input checked="" type="checkbox"/> Destrucción (incluidas copias temporales)	<input checked="" type="checkbox"/> Conservación (en sus sistemas de información)	<input checked="" type="checkbox"/> Recuperación
<input type="checkbox"/> Duplicado	<input type="checkbox"/> Copia (copias temporales)	<input checked="" type="checkbox"/> Copia de Seguridad	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicación
<input type="checkbox"/> Seudonimización	<input type="checkbox"/> Anonimización	<input type="checkbox"/> Sincronización de resultados con la nube	<input type="checkbox"/> Otros: _____

2. Identificación de la información afectada.

Para la ejecución de las prestaciones derivadas del cumplimiento del objeto de este encargo, la Gerencia Regional de Salud, responsable del tratamiento, pone a disposición de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, encargada del tratamiento, la información que se describe a continuación:

Colectivos de personas interesadas:

✓ EMPLEADOS	<input type="checkbox"/> COLABORADORES EXTERNOS	✓ PACIENTES	✓ PADRES, TUTORES Y/O REPRESENTANTES LEGALES
<input type="checkbox"/> ASOCIADOS O MIEMBROS	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTES	<input type="checkbox"/> INVESTIGADORES	✓ PERSONAS DE CONTACTO
<input type="checkbox"/> VOLUNTARIOS	<input type="checkbox"/> SOLICITANTES	<input type="checkbox"/> DONANTES	<input type="checkbox"/> RECEPTORES
<input type="checkbox"/> BENEFICIARIOS	<input type="checkbox"/> PARTICIPANTES	<input type="checkbox"/> PROVEEDORES	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Tipología de datos por colectivo identificado:

- **Identificativos de empleados:** nombre y apellidos; DNI / documento identificativo; categoría; número de colegiado; centro de trabajo; servicio; correo electrónico; teléfono; Nº de registro de personal; firma.
- **Identificativos de pacientes:** nombre y apellidos; dirección; teléfono; CIPA; Nº de Seguridad Social / Mutualidad; Firma; Imagen.
 - ✓ **Características personales:** sexo; nacionalidad; edad; fecha y lugar de nacimiento; altura; peso; características antropométricas; marcas físicas.
 - ✓ **Circunstancias familiares y sociales:** número de hijos; responsable del paciente.
 - ✓ **Categorías especiales:** datos relativos a la salud; datos relativos al procedimiento.
- **Identificativos de padres, tutores y/o representantes legales:** nombre y apellidos; dirección; teléfono.
- **Identificativos de personas de contacto:** nombre y apellidos; dirección; teléfono.

3. Duración.

Las presentes cláusulas tienen una duración coincidente con la del Convenio de

vinculación, sin perjuicio de las responsabilidades dimanantes del mismo (por vulneración de las previsiones del RGPD por el encargado del tratamiento) y la confidencialidad a la que el encargado del tratamiento y sus trabajadores se encuentran sujetos.

Una vez finalice el presente convenio, el encargado del tratamiento deberá suprimir o devolver al responsable del tratamiento, a su elección, todos los datos personales a los que haya tenido acceso para prestar el servicio. Asimismo, el encargado del tratamiento se obliga a suprimir las copias existentes, a menos que exista una norma jurídica que exija la conservación de los datos personales. Una vez destruidos de forma segura, el encargado debe certificar su destrucción por escrito y debe entregar dicho certificado al responsable. No obstante, el encargado del tratamiento podrá conservar los datos, debidamente bloqueados, en tanto pudieran derivarse responsabilidades de su relación con el responsable del tratamiento.

4. Obligaciones del encargado del tratamiento.

El encargado del tratamiento y todo su personal se obliga a:

- a. Utilizar los datos personales objeto de tratamiento, o los que recoja para su inclusión, solo para la finalidad objeto de este encargo. En ningún caso podrá utilizar los datos para fines propios.
- b. Tratar los datos de acuerdo con las instrucciones del responsable del tratamiento.

Si el encargado del tratamiento considera que alguna de las instrucciones infringe el RGPD o cualquier otra disposición en materia de protección de datos de la Unión Europea o de los Estados miembros, el encargado informará inmediatamente al responsable.

- c. Llevar, por escrito, un registro de todas las categorías de actividades de tratamiento efectuadas por cuenta del responsable, que contenga:
 1. El nombre y los datos de contacto del encargado o encargados y de cada responsable por cuenta del cual actúe el encargado y, en su caso, del representante del responsable o del encargado y del delegado de protección de datos.
 2. Las categorías de tratamientos efectuados por cuenta de cada responsable.
 3. En su caso, las transferencias de datos personales a un tercer país u

organización internacional, incluida la identificación de dicho tercer país u organización internacional y, en el caso de las transferencias indicadas en el artículo 49 apartado 1, párrafo segundo del RGPD, la documentación de garantías adecuadas.

4. Una descripción general de las medidas técnicas y organizativas de seguridad relativas a:
 - a) La seudonimización y el cifrado de datos personales.
 - b) La capacidad de garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia permanentes de los sistemas y servicios de tratamiento.
 - c) La capacidad de restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos personales de forma rápida, en caso de incidente físico o técnico.
 - d) El proceso de verificación, evaluación y valoración regulares de la eficacia de las medidas técnicas y organizativas para garantizar la seguridad del tratamiento.
- d. No comunicar los datos a terceras personas, salvo que cuente con la autorización expresa del responsable del tratamiento, en los supuestos legalmente admisibles.

El encargado puede comunicar los datos a otros encargados del tratamiento del mismo responsable, de acuerdo con las instrucciones del responsable. En este caso, el responsable identificará, de forma previa y por escrito, la entidad a la que se deben comunicar los datos, los datos a comunicar y las medidas de seguridad a aplicar para proceder a la comunicación.

Si el encargado debe transferir datos personales a un tercer país o a una organización internacional, en virtud del Derecho de la Unión o de los Estados miembros que le sea aplicable, informará al responsable de esa exigencia legal de manera previa, salvo que tal Derecho lo prohíba por razones importantes de interés público, según la letra g) de este punto 4.

- e. El encargado del tratamiento aportará la documentación que detalle si la información se va a tratar en sistemas e instalaciones propias o de la entidad pública contratante.

Cuando el personal del Encargado desempeñe sus funciones en las instalaciones del responsable del tratamiento, deberá conocer y cumplir las medidas de seguridad

establecidas para el acceso a las instalaciones. Es responsabilidad del Encargado la distribución de dichas medidas a su personal, cuando sea necesario.

- f. En todo caso, y previo a la formalización del contrato de prestación de servicios, el encargado del tratamiento, mediante una declaración, informará al responsable del tratamiento de la ubicación de sus servidores y desde dónde se van a prestar los servicios asociados a los mismos. Asimismo, el encargado informará al responsable de cualquier cambio que se produzca, a lo largo de la vida del contrato, en relación con la ubicación de los servidores, de conformidad con el artículo 122.2 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre de Contratos del Sector Público.
- g. No están permitidas las transferencias internacionales de datos. Los tratamientos de datos se realizarán dentro del Espacio Económico Europeo u otro espacio considerado por la normativa aplicable como de seguridad equivalente. Por tanto, los datos no podrán ser tratados fuera de este espacio, ni directamente, ni a través de cualquier subcontratista autorizado, conforme a lo establecido en el pliego o contrato y demás documentos contractuales, salvo que esté obligado a ello en virtud del Derecho de la Unión o del Estado miembro que le resulte de aplicación.

En el caso de que el Derecho nacional o de la Unión Europea obliguen al encargado del tratamiento a llevar a cabo transferencias internacionales de datos, el encargado informará por escrito al responsable del tratamiento de esa exigencia legal, con antelación suficiente antes de llevar a cabo el tratamiento y garantizando el cumplimiento de los requisitos legales aplicables al responsable, salvo que el Derecho aplicable lo prohíba por razones importantes de interés público.

No obstante, el responsable del tratamiento podrá autorizar expresamente y por escrito la transferencia internacional de datos cuando el encargado del tratamiento justifique el mecanismo jurídico en que se basa la transferencia y garantías suficientes para la protección de los derechos y libertades de las personas interesadas. El encargado, antes de realizar la transferencia, deberá notificar al responsable los detalles de esta con una antelación mínima de un (1) mes, que, a falta de respuesta del responsable, se entenderá como no autorizada.

h. Subcontratación

No subcontratar ninguna de las prestaciones que formen parte del objeto de este contrato que comporten el tratamiento de datos personales, salvo los servicios

auxiliares necesarios para el normal funcionamiento de los servicios del encargado. Si fuera necesario subcontratar algún tratamiento, este hecho se deberá comunicar previamente y por escrito al responsable, con una antelación de 15 días laborables, indicando los tratamientos que se pretende subcontratar e identificando de forma clara e inequívoca la empresa subcontratista y sus datos de contacto. La subcontratación podrá llevarse previo consentimiento expreso por escrito del responsable del tratamiento.

El subcontratista, que también tendrá la condición de encargado del tratamiento, está obligado igualmente a cumplir las obligaciones establecidas en este documento para el encargado del tratamiento y las instrucciones que dicte el responsable. Corresponde al encargado inicial regular la nueva relación de forma que el nuevo encargado quede sujeto a las mismas condiciones (instrucciones, obligaciones, medidas de seguridad...) y con los mismos requisitos formales que él, en lo referente al adecuado tratamiento de los datos personales y a la garantía de los derechos de las personas afectadas. En el caso de incumplimiento por parte del subencargado, el encargado inicial seguirá siendo plenamente responsable ante el responsable en lo referente al cumplimiento de las obligaciones.

Asimismo, si el establecimiento o el mantenimiento de los servidores fueran objeto de subcontratación, el encargado deberá comunicarlo al responsable en los mismos términos.

- i. Mantener el deber de secreto respecto a los datos de carácter personal a los que haya tenido acceso en virtud del presente encargo, incluso después de que finalice su objeto.
- j. Garantizar que las personas autorizadas para tratar datos personales se comprometan, de forma expresa y por escrito, a respetar la confidencialidad y deber de secreto y a cumplir las medidas de seguridad correspondientes, de las que hay que informarles convenientemente. La obligación de confidencialidad y deber de secreto tiene carácter indefinido, y se mantendrá incluso finalizada la prestación del servicio y la relación de la persona autorizada con el encargado del tratamiento.

El encargado del tratamiento debe garantizar la misma obligación de confidencialidad y deber de secreto respecto de aquellas personas, que sin estar autorizadas a tratar los datos personales objeto de este encargo, puedan tener acceso a ellos de forma accesoria, circunstancial o fortuita.

- k. Mantener a disposición del responsable la documentación acreditativa del cumplimiento de la obligación establecida en el apartado anterior.
- l. Garantizar la formación necesaria en materia de protección de datos personales de las personas autorizadas para tratar datos personales.
- m. Asistir al responsable del tratamiento para que este pueda cumplir con la obligación de dar respuesta a las solicitudes de ejercicio de los derechos de:
 - 1. Acceso, rectificación, supresión y oposición.
 - 2. Limitación del tratamiento.
 - 3. Portabilidad de datos.
 - 4. A no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas (incluida la elaboración de perfiles).

Cuando las personas interesadas ejerzan los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas, ante el encargado del tratamiento, este debe comunicarlo por correo electrónico a la dirección dpd@saludcastillayleon.es La comunicación debe hacerse de forma inmediata y en ningún caso más allá de los cinco días laborables siguientes al de la recepción de la solicitud, juntamente, en su caso, con otras informaciones que puedan ser relevantes para resolver la solicitud.

- n. Derecho de información: corresponde al responsable facilitar el derecho de información en el momento de la recogida de los datos.
- o. Notificación de violaciones de la seguridad de los datos.

El encargado del tratamiento notificará al responsable del tratamiento, sin dilación indebida, y en cualquier caso antes del plazo máximo de 24 horas, y a través de correo electrónico a la dirección dpd@saludcastillayleon.es, las violaciones de la seguridad de los datos personales a su cargo de las que tenga conocimiento, juntamente con toda la información relevante para la documentación y comunicación de la incidencia.

No será necesaria la notificación cuando sea improbable que dicha violación de la seguridad constituya un riesgo para los derechos y las libertades de las personas físicas.

Si se dispone de ella se facilitará, como mínimo, la información siguiente:

1. Descripción de la naturaleza de la violación de la seguridad de los datos personales, inclusive, cuando sea posible, las categorías y el número

aproximado de personas afectadas, y las categorías y el número aproximado de registros de datos personales afectados.

2. El nombre y los datos de contacto del delegado de protección de datos o de otro punto de contacto en el que pueda obtenerse más información.
3. Descripción de las posibles consecuencias de la violación de la seguridad de los datos personales.
4. Descripción de las medidas adoptadas o propuestas para poner remedio a la violación de la seguridad de los datos personales, incluyendo, si procede, las medidas adoptadas para mitigar los posibles efectos negativos.

Si no es posible facilitar la información simultáneamente, y en la medida en que no lo sea, la información se facilitará de manera gradual sin dilación indebida.

El encargado del tratamiento prestará su apoyo al responsable en la notificación a la Agencia Española de Protección de Datos u otra Autoridad de Control competente, y en su caso, a los interesados de las violaciones de seguridad que se produzcan.

- p. Dar apoyo al responsable del tratamiento en la realización de las evaluaciones de impacto relativas a la protección de datos, cuando proceda.
- q. Dar apoyo al responsable del tratamiento en la realización de las consultas previas a la autoridad de control, cuando proceda.
- r. Poner a disposición del responsable toda la información necesaria para demostrar el cumplimiento de sus obligaciones, así como para la realización de las auditorías o las inspecciones que realicen el responsable u otro auditor autorizado por él.
- s. Implantar las medidas técnicas y organizativas de seguridad de la información, señaladas en el Anexo Medidas de Seguridad, parte de este contrato.

En todo caso, deberá implantar mecanismos para:

- a) Garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia permanentes de los sistemas y servicios de tratamiento.
- b) Restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos personales de forma rápida, en caso de incidente físico o técnico.
- c) Verificar, evaluar y valorar, de forma regular, la eficacia de las medidas técnicas y organizativas implantadas para garantizar la seguridad del tratamiento.

- d) Seudonimizar y cifrar los datos personales, en su caso.
- t. Designar un delegado de protección de datos y comunicar su identidad y datos de contacto al responsable.
- u. Destino de los datos: suprimir o devolver al responsable del tratamiento, a su elección, todos los datos personales a los que haya tenido acceso para prestar el servicio. Asimismo, el encargado del tratamiento se obliga a suprimir las copias existentes, a menos que exista una norma jurídica que exija la conservación de los datos personales. No obstante, el encargado del tratamiento podrá conservar los datos, debidamente bloqueados, en tanto pudieran derivarse responsabilidades de su relación con el responsable del tratamiento. En el plazo de 15 días hábiles, el Encargado aportará un certificado acreditativo de la destrucción de forma segura de la información.

En el caso de que fuera necesaria su conservación en los términos señalados en el párrafo anterior, adicionalmente el Encargado acreditará en el mismo certificado el bloqueo de los datos en el soporte original o la conservación en una copia bloqueada de acuerdo con lo previsto en el artículo 32 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

5. Obligaciones del responsable del tratamiento.

Corresponde al responsable del tratamiento:

- a. Entregar al encargado los datos a los que se refiere la cláusula 2 de este documento.
- b. Realizar, si procede, una evaluación del impacto en la protección de datos personales de las operaciones de tratamiento a realizar por el encargado.
- c. Realizar las consultas previas que corresponda.
- d. Velar, de forma previa y durante todo el tratamiento, por el cumplimiento del RGPD por parte del encargado.
- e. Supervisar el tratamiento, incluida la realización de inspecciones y auditorías.

6. Legislación aplicable y jurisdicción.

El presente contrato se regirá por lo dispuesto en el RGPD y LOPDGDD, y demás normativa nacional y europea aplicable en materia de protección de datos personales. Asimismo, las partes acuerdan que la AEPD será competente para



actuar como autoridad de control en los tratamientos de datos transfronterizos.

En el caso de controversia derivada de la aplicación del presente contrato, las partes acuerdan la renuncia expresa a su fuero propio y se someten a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales de la provincia donde se ubique la gerencia contratante.

ANEXO MEDIDAS DE SEGURIDAD

RESTRICCIONES GENERALES

En el marco de la ejecución del contrato basado en el Acuerdo Marco, y respecto a los sistemas de información que le dan soporte, las siguientes actividades están específicamente prohibidas:

- La utilización de los sistemas de información para la realización de actividades ilícitas o no autorizadas, como la comunicación (cesión) o distribución de medios, datos u otros contenidos a los que se tenga acceso en virtud de la ejecución de los trabajos y, especialmente, los que estén protegidos por disposiciones de carácter legislativo o normativo.
- La instalación no autorizada de software, modificación de la configuración o conexión a redes.
- La modificación no autorizada del sistema de información o del software instalado, el uso del sistema distinto al de su propósito.
- La sobrecarga, prueba, o desactivación de los mecanismos de seguridad y las redes, así como la monitorización no autorizada de redes o teclados.
- La reubicación física y los cambios de configuración de los sistemas de información o de sus redes de comunicación.
- La instalación de dispositivos o sistemas ajenos al desarrollo del contrato sin autorización previa, tales como dispositivos USB, soportes externos, ordenadores portátiles, puntos de acceso inalámbricos, tabletas o PDA's.
- La posesión, distribución, comunicación, revelación o alteración de cualquier información sin el consentimiento expreso del propietario o responsable de la misma.
- Compartir cuentas e identificadores personales (incluyendo contraseñas y PIN) o permitir el uso de mecanismos de acceso, sean locales o remoto, a personas no autorizadas.
- Inutilizar o suprimir de forma no autorizada cualquier elemento de seguridad o protección o la información que generen.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Los datos deberán protegerse mediante medidas de seguridad que salvaguarden la confidencialidad, integridad y disponibilidad. Se deben implantar, al menos las siguientes medidas de seguridad:

1.- El encargado deberá concienciar y formar a su personal en materia de seguridad de la información y de protección de datos, y en particular sobre aquellos aspectos de la Política de Seguridad de la Información y de Protección de Datos vigente en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y su marco normativo de seguridad, que sean de aplicación en base a la naturaleza de los servicios prestados.

Los trabajadores del encargado, por su parte, deben tener siempre presentes durante el desempeño de sus funciones los principios de la ética, la profesionalidad, la confidencialidad y deber de secreto, y la responsabilidad.

De forma general, todo el personal del encargado del tratamiento que acceda a la información del responsable del tratamiento deberá cumplir con las siguientes normas:

- Acceder exclusivamente a los sistemas de información mediante el acceso y los medios autorizados.
- Proteger la confidencialidad de la información de toda revelación no autorizada.
- Proteger la integridad de la información del responsable del tratamiento a la que tenga acceso en el ámbito de la prestación de los servicios.

Todos los empleados del encargado del tratamiento deben hacerse responsables de la custodia personal de las credenciales que tienen asignadas para el acceso a los recursos de los sistemas de información y/o a la información del responsable del tratamiento. Estas credenciales nunca podrán ser facilitadas a terceras personas, sean o no empleados del encargado del tratamiento, y los propietarios de las mismas deberán ser únicos responsables del uso que se haga de ellas.

Además, el encargado deberá poner en marcha medidas de control para garantizar la supervisión de las actuaciones para sus trabajadores.

2.- El encargado del tratamiento deberá aplicar medidas técnicas y organizativas apropiadas a un nivel de seguridad adecuado al riesgo, que en su caso incluyan, entre otras:

- La seudonimización y el cifrado de datos personales.
- La interconexión de sistemas.

- Las validaciones oportunas para proteger la cadena de suministro.
- La capacidad de garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia permanentes de los sistemas y servicios de tratamiento.
- La capacidad de restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos personales de forma rápida en caso de incidente físico o técnico.
- Un proceso de verificación, evaluación y valoración regulares de la eficacia de las medidas técnicas y organizativas para garantizar la seguridad del tratamiento.
- Cifrado de datos personales, mediante algoritmos aprobados por el CCN, Guía CCN-STIC-807.
- Cifrado de la información en tránsito HTTPS (TLS1.2 o superior) e indicación de la existencia de dispositivos de seguridad para el análisis de este tipo de tráfico.
- Garantías de borrado seguro y destrucción de la información en todos los medios de almacenamiento, incluidos los de las plataformas de proveedores y subcontratistas del encargado del tratamiento.
- La capacidad de garantizar que el suministro del servicio en la nube cumple con el conjunto de medidas de seguridad en función del modelo de servicio que se preste.

3.- El encargado del tratamiento no podrá transmitir, enviar, compartir o poner a disposición de otras entidades información propiedad del responsable del tratamiento, a no ser que de manera previa haya sido expresamente autorizado para hacerlo, independientemente del medio o formato de la información y de su contenido. En el caso de existir dicha autorización se deberá velar por el cumplimiento de las siguientes normas:

- Deberán extenderse al receptor de la información todas las obligaciones del encargado en materia de seguridad de la información y protección de datos impuestas por el responsable del tratamiento.
- El encargado del tratamiento será responsable del uso y la protección de la información del responsable del tratamiento que le haya sido proporcionada, así como de los perjuicios ocasionados al responsable del tratamiento en los casos en los que la seguridad de la información o de los datos personales hubieran sido comprometidas.

- Se podrá transmitir única y exclusivamente la información estrictamente necesaria para que el subencargado autorizado pueda llevar a cabo su cometido.
- La información solo podrá ser transmitida a los destinatarios autorizados, que han de estar unívocamente identificados, y por medios que garanticen la identidad de dicho destinatario.
- En la transmisión de la información se deberán aplicar mecanismos que imposibiliten el acceso a ella por parte de otras entidades no autorizadas. Igualmente, en el almacenamiento de la información en dispositivos portátiles o extraíbles se deberán aplicar mecanismos que imposibiliten dichos accesos.

4.- En todo aquel equipamiento informático propiedad del encargado del tratamiento en el cual se almacene, procese o desde el que se acceda a información del responsable del tratamiento, el encargado del tratamiento deberá aplicar las medidas de seguridad necesarias para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de dicha información.

Al menos, el encargado debe aplicar las siguientes medidas de seguridad:

- Protección contra código malicioso: todos los equipos deberán contar con programas antivirus y de protección ante software malicioso (malware) actualizados de forma automática y permanente.
- Control de acceso: todos los equipos deberán disponer de medidas que aseguren el acceso sólo por parte del personal autorizado.
- Bloqueo de terminales: no se deberán dejar los terminales desatendidos sin antes haber bloqueado la sesión de usuario con el fin de evitar accesos no autorizados. El bloqueo automático tras un periodo de inactividad también debe estar activado.
- Actualización de sistemas: todo el equipamiento informático deberá estar al día con las últimas actualizaciones y parches de seguridad disponibles.
- Salvaguarda de la información: se han de implementar mecanismos de copia de seguridad y recuperación en aquella información de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- Privilegios: los usuarios no deben poder deshabilitar o desinstalar las protecciones de seguridad implantadas en los equipos.

El responsable del tratamiento se reserva el derecho de exigir la implantación de las medidas de seguridad adicionales que considere oportunas, en el equipamiento informático del encargado.

5.- Cuando el encargado del tratamiento deba acceder de forma remota a los sistemas de información del responsable del tratamiento, los equipos desde los que efectúe dicho acceso deberán contar con las medidas de seguridad indicadas en el punto precedente (punto 4).

Además, el acceso se debe efectuar siempre a través de conexiones seguras cifradas y con credenciales individuales.

En cualquier caso, el encargado del tratamiento deberá asegurar la imposibilidad de acceso no autorizado a los equipos informáticos desde los que se inicie el canal de comunicaciones con los sistemas de información del responsable del tratamiento.

6.- El acceso físico a las dependencias del responsable del tratamiento únicamente podrá llevarse a cabo cuando el personal del encargado del tratamiento disponga de autorización previa para ello.

7.- En aquellas instalaciones, donde se almacene o procese información del responsable del tratamiento, el encargado deberá implementar medidas de seguridad física, ambiental y de control de acceso, y todo su personal deberá participar activamente en la implantación y cumplimiento de estas medidas.

8.- El encargado del tratamiento deberá definir e implementar medidas y estrategias que garanticen la continuidad de los servicios prestados al responsable del tratamiento en caso de contingencia.

El encargado no podrá dejar de implementar estas medidas, tampoco suprimirlas basándose en un análisis de riesgo o evaluación de impacto salvo aprobación expresa y por escrito del responsable del tratamiento.

Las personas que trabajen para el encargado del tratamiento deben seguir las medidas de seguridad e instrucciones especificadas por el responsable, no pudiendo realizar tratamientos diferentes a los definidos por el responsable.



El encargado del tratamiento, en el caso de que el tratamiento de los datos se lleve a cabo en sus instalaciones, deberá especificar adicionalmente las medidas de seguridad física adoptadas en este apartado “Medidas de seguridad” de este Anexo.

ADENDA. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

1 Política de Seguridad de la Información y Protección de Datos de SACyL.

Las entidad Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (en adelante, la entidad) deberá cumplir con lo dispuesto en el Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad (ENS), y deberá conocer y cumplir la Política de Seguridad de la Información y Protección de datos vigente en SACyL, así como las normas y controles de seguridad que se han de aplicar en relación a los servicios conveniados con objeto de garantizar la confidencialidad, disponibilidad, integridad, autenticidad y trazabilidad de los datos personales y de la información; todo ello de acuerdo a las instrucciones técnicas incluidas en el presente convenio.

Para una correcta gestión del servicio objeto de convenio, así como de la seguridad de los datos personales y sistemas implicados, la entidad deberá proveer a SACyL de toda la información necesaria que permita evidenciar una adecuada diligencia en su relación con SACyL para la correcta gestión del servicio objeto de convenio.

Además, SACyL podrá exigir a la entidad la aplicación de medidas de seguridad adicionales cuando los requisitos de seguridad aplicables al servicio así lo requieran. Asimismo, la entidad ha de ser capaz de demostrar que cuenta con las medidas de seguridad adecuadas, y que son exigidas por la legislación aplicable en materia de seguridad de la información y protección de datos personales; las cuales deberán de proveerse a SACyL en caso de ser requeridas.

Por su parte, SACyL tratará los datos de carácter personal que se recaban como consecuencia de la relación suscrita, con la finalidad de tramitar el expediente de convenio y su desarrollo y ejecución. Dichos datos podrán ser comunicados a las distintas entidades financieras, a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria, así como a los diferentes órganos de la Junta de Castilla y León.

Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que han sido recabados y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos, conforme a la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, además de los periodos establecidos en la normativa de archivos y documentación. Se podrán ejercitar los derechos reconocidos en la normativa de protección de datos en la dirección de correo electrónico

dpd@saludcastillayleon.es; pudiendo, en cualquier caso, interponerse reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) (www.aepd.es).

2 Descripción del servicio e información a la que se necesita acceder.

La entidad deberá aportar la descripción del servicio y la modalidad de prestación, con indicación del alcance y funciones operativas. En todo caso, se deberá indicar en qué modalidad se va a desplegar el servicio (de manera física, en local, externalizado, etc.)

La entidad tratará los datos personales relativos a la salud de los pacientes remitidos por SACyL a los que deba prestar asistencia, identificará y contactará con los pacientes derivados por el centro hospitalario de origen en primer lugar, y posteriormente efectuará el tratamiento previo recogida, registro, estructuración, modificación, conservación, extracción, consulta y comunicación de los datos clínicos de los pacientes en el marco de la óptima prestación del servicio.

Si la empresa realizara algún tratamiento de datos adicional a lo indicado, deberá indicar previamente a SACyL el tratamiento que se va a realizar, su finalidad y el alcance del mismo.

3 Información sobre la arquitectura de seguridad.

Es requisito obligatorio que la entidad aporte la información necesaria sobre el sistema que soporta el servicio, respecto a la arquitectura de seguridad, con el objeto de facilitar a SACyL el cumplimiento de sus obligaciones, tales como la realización del análisis de riesgos o el subsiguiente plan de tratamiento de riesgos.

Asimismo, deberán aportar los diagramas de red, esquemas de elementos físicos, esquemas de interconexión y esquemas lógicos de sistemas que muestren a SACyL la infraestructura física y lógica de la que forma parte el servicio objeto del convenio.

4 Servicios en la nube. Portabilidad de la información.

En el caso de que la entidad tenga contratado algún prestador de servicio en la nube, deberá de ser capaz de demostrar que cumple con las medidas de seguridad exigidas

por el ENS y estar certificado bajo una metodología de certificación reconocida por el CCN.

Asimismo, deberán demostrar que cuenta con mecanismos que garanticen la portabilidad de la información, ante el cese o baja del servicio contratado, y deberá certificar que, al causar baja el servicio suministrado, los datos almacenados han sido eliminados de manera segura una vez finalizado el proceso de portabilidad.

5 Ubicación de la información.

La entidad tendrá que presentar una declaración en la que ponga de manifiesto la ubicación física/geográfica de sus sistemas de información y repositorio de información implicados en la prestación del servicio, y las medidas de seguridad física asociadas, de cumplimiento con la legislación aplicable en materia de seguridad de la información y protección de datos.

Asimismo, quedarán obligadas a comunicar cualquier cambio que se produzca, a lo largo de la vida del convenio, de la información facilitada relacionada con la ubicación de sus servidores.

6 Cadena de subcontratación.

La subcontratación de infraestructuras o servicios que afecten a la información tratada con motivo de la realización de las prestaciones del convenio no está permitida, salvo autorización expresa y por escrito de SACyL, previa comunicación de la entidad con una antelación de 30 días; en cuyo caso, la entidad deberá disponer y aportar la documentación que detalle claramente los elementos que forman parte de la cadena de subcontratación, así como las implicaciones derivadas de cualquier cambio o modificación que pueda sufrir algún eslabón de dicha cadena.

Previa autorización, la empresa también deberá asegurar que los sistemas de información de las empresas subcontratadas son conformes con el ENS en lo que respecta a los servicios que afecten a SACyL, por lo que resulta asimismo de aplicación a la cadena de suministro de las contratistas los mismos requisitos de seguridad y protección de la información.

SACyL se reserva el derecho de requerir a las contratistas la documentación que evidencie las medidas de seguridad y de vigilancia utilizadas por los subcontratistas.

7 Medidas de seguridad implementadas.

Las medidas de seguridad para el sistema de información que ha de implementar la entidad serán las de categoría ALTA, según el ENS, en base a la tipología de los datos que se van a tratar y al servicio que se va a prestar.

SACyL podrá requerir a la entidad la presentación de la correspondiente Declaración o Certificación de Conformidad con el ENS, o, en su caso, medidas equivalentes que garanticen un nivel de seguridad adecuado a la categoría del sistema, sin perjuicio de que pueda solicitarse la certificación emitida por entidad acreditada.

De esta forma, SACyL, como destinataria del servicio, podrá dar conformidad a sus propios requisitos del ENS y PSIPD, así como conocer si existen medidas de seguridad adicionales o complementarias a las exigidas por la categoría de su/s sistema/s de información.

8 Seguridad en las instalaciones de la entidad.

En aquellas instalaciones donde se almacene o procese información de SACyL, la entidad deberá implementar medidas de seguridad física, ambiental y de control de acceso, y todo su personal deberá participar activamente en la implantación y cumplimiento de estas medidas.

9 Protección del equipamiento informático.

En todo aquel equipamiento informático propiedad de la entidad en el cual se almacene, procese o desde el que se acceda a información de SACyL, deberán aplicar las medidas de seguridad necesarias para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de dicha información. Entre otras, la entidad deberá aplicar las siguientes medidas de seguridad:

- Protección contra código malicioso: todos los equipos deberán contar con programas antivirus y de protección ante software malicioso (malware) actualizados de forma automática y permanente.
- Control de acceso: todos los equipos deberán disponer de medidas que aseguren el acceso sólo por parte del personal autorizado.
- Bloqueo de terminales: no se deberán dejar los terminales desatendidos sin antes haber bloqueado la sesión de usuario con el fin de evitar accesos no autorizados. El bloqueo automático tras un periodo de inactividad también debe estar activado.
- Actualización de sistemas: todo el equipamiento informático deberá estar al día con las últimas actualizaciones y parches de seguridad disponibles.
- Salvaguarda de la información: se han de implementar mecanismos de copia de seguridad y recuperación en aquella información de SACyL.
- Privilegios: los usuarios no deben poder deshabilitar o desinstalar las protecciones de seguridad implantadas en los equipos.

SACyL se reserva el derecho de exigir la implantación de las medidas de seguridad adicionales que considere oportunas en el equipamiento informático de la entidad.

Si la entidad necesitara acceder de forma remota a los sistemas de información de SACyL, el acceso se deberá efectuar siempre a través de conexiones seguras cifradas y con credenciales individuales. En cualquier caso, deberán asegurar la imposibilidad de acceso no autorizado a los equipos informáticos desde los que se inicie el canal de comunicaciones con los sistemas de información SACyL y garantizar que solo el personal autorizado pueda acceder a los recursos de SACyL.

10 Prestación de los servicios en instalaciones de SACyL.

Si en algún momento el personal de la entidad desempeñara alguna actividad en las propias instalaciones de SACyL, deberá conocer, aceptar y comprometerse a cumplir con el marco normativo de seguridad establecido en la organización.

En estos casos, la entidad deberá informar sobre las medidas de seguridad y el marco normativo aplicable a los trabajadores que vayan a realizar las funciones en las dependencias de SACyL.

11 Transmisión de información por parte de la entidad a otras entidades.

La entidad no podrá transmitir, enviar, compartir o poner a disposición de otras entidades información propiedad de SACyL, a no ser que de manera previa haya sido expresamente autorizado para hacerlo, independientemente del medio o formato de la información y de su contenido.

En el caso de existir dicha autorización, se podrá transmitir única y exclusivamente la información estrictamente necesaria para que la empresa contratista pueda llevar a cabo su cometido.

Las obligaciones de la entidad en materia de seguridad de la información se deberán hacer extensivas al receptor de la información.

La entidad será responsable del uso y la protección de la información de SACyL que le haya sido proporcionada, así como de los perjuicios ocasionados a SACyL en los casos en los que la seguridad de la información o de los datos personales hubieran sido comprometidas.

12 Cumplimiento del personal con las medidas de seguridad de SACyL.

La entidad deberá concienciar y formar a su personal en materia de seguridad de la información y de protección de datos, y en particular sobre aquellos aspectos de la Política de Seguridad de la Información y de Protección de Datos de SACyL vigente y su marco normativo de seguridad, que sean de aplicación en base a la naturaleza del servicio prestado.

Los trabajadores de la entidad por su parte deben tener siempre presentes durante el desempeño de sus funciones los principios de la ética, la profesionalidad, la confidencialidad y la responsabilidad.

De forma general, todo el personal de la entidad que acceda a la información de SACyL deberá cumplir con las siguientes normas:

- Acceder exclusivamente a los sistemas de información mediante el acceso y los medios autorizados.
- Proteger la confidencialidad de la información de toda revelación no autorizada.

- Proteger la integridad de la información de SACyL a la que tenga acceso en el ámbito de la prestación del servicio.
- Proteger la información, los datos personales y los sistemas de información de cualquier alteración no autorizada.

Todas las personas empleadas por la entidad deben hacerse responsables de la custodia personal de las credenciales que tienen asignadas para el acceso a los recursos de los sistemas de información de SACyL. Estas credenciales nunca podrán ser facilitadas a terceras personas, sean o no empleados de la empresa, y los propietarios de las mismas deberán ser únicos responsables del uso que se haga de ellas. Además, la empresa deberá poner en marcha medidas de control para garantizar la supervisión de las actuaciones para sus trabajadores.

13 Incidentes de seguridad.

La entidad tiene la obligación de comunicar a SACyL cualquier incidente acaecido que afecte a la seguridad de los datos personales, de la organización o a sus sistemas de información, en cuanto tenga conocimiento de ello, sin dilaciones y a la mayor brevedad posible, dentro de un plazo no superior a 24 horas.

De igual forma, para la resolución de un incidente de seguridad que ocurra en SACyL, se podrá pedir la colaboración de la entidad, al objeto de calibrar el impacto del incidente y la adopción de las medidas necesarias de contención, mitigación, respuesta y recuperación.

En cualquier caso, la empresa y personal a su cargo o colaboradores están obligados a la confidencialidad y deber de secreto respecto de la información a la que puedan tener acceso y conocer, como consecuencia del incidente de seguridad.

14 Seguimiento de los acuerdos de nivel de servicio.

La entidad deberá facilitar herramientas de monitorización o informes periódicos de modo que permita a SACyL realizar el seguimiento y gestión del cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) establecidos contractualmente, que detallan lo que se considera calidad mínima del servicio prestado, las consecuencias de su incumplimiento y responsabilidad de las partes.

La entidad ha de actuar proactivamente en este ámbito, aportando los datos con total transparencia y gestionando los incumplimientos diligentemente.

15 Continuidad del servicio.

Con el fin de que SACyL pueda garantizar la continuidad de los servicios prestados, se requerirá que la entidad le faciliten la información necesaria para establecer un plan de continuidad y las responsabilidades establecidas. La entidad deberá colaborar con SACyL para la coordinación de actividades en caso de incidentes y desastres y deberán definir e implementar medidas y estrategias que garanticen la continuidad de los servicios prestados a SACyL en caso de contingencia.

Asimismo, si la naturaleza del servicio prestado lo requiere, la entidad deberá establecer medios alternativos, planes de recuperación de los sistemas que sirvan para la prestación de los servicios a SACyL, en el caso que los medios habituales estos sean comprometidos por pérdida, alteración o interrupción.

SACyL y la entidad establecerán un tiempo máximo para que los medios alternativos entren en funcionamiento. Los medios alternativos estarán sometidos a las mismas garantías de seguridad que los originales.

SACyL se reserva el derecho de exigir a la entidad medidas de continuidad adicionales, cuando los requisitos de seguridad de los servicios prestados así lo requieran.

16 Revisión del estado de la seguridad y mejora continua.

Durante la prestación del servicio y sin que ello implique un coste adicional para SACyL, la entidad están obligadas a reevaluar y actualizar las medidas de seguridad implantadas, entre las que se encuentran las actualizaciones y mantenimiento del software, de los sistemas operativos, así como de los parches de seguridad, entre otros, con el fin de adecuar su eficacia a la constante evolución de los riesgos y sistemas de protección, llegando incluso si fuese necesario, a un replanteamiento de la seguridad.

Las empresas deberán disponer de un sistema de gestión de la capacidad con mejora continua, y evaluación de riesgos continua y dinámica, que proporcione, de forma periódica, información relacionada con el sistema que soporta los servicios, como por ejemplo capacidad, dimensionamiento y rendimiento del sistema.

17 Auditorias y controles de seguridad.

La entidad debe proporcionar los mecanismos y funcionalidades que permitan a SACyL conocer y analizar los controles de seguridad llevados a cabo por parte de la empresa, tales como auditorías e inspecciones; permitiendo y colaborando activamente en la realización y desarrollo de las mismas.

SACyL podrá exigir a la entidad cualquier evidencia de cumplimiento con la legislación aplicable, de acuerdo con lo marcado en los acuerdos firmados por ambas partes, así como con los requisitos de seguridad impuestos por parte de SACyL. Para ello, SACyL se reserva el derecho de ejercitar las siguientes acciones:

- Revisar o auditar los mecanismos de salvaguarda de la seguridad de la información que tenga implementados las empresas y que estén relacionados o implicados con los sistemas utilizados en la prestación del servicio conveniado.
- Revisar o auditar el cumplimiento por parte de la empresa con la legislación aplicable de acuerdo con lo dispuesto en el convenio firmado por ambas partes.
- Requerir a las empresas los documentos derivados de los procesos de auditoría llevados a cabo por este, así como cualquier otra evidencia sobre el cumplimiento con el marco legal aplicable y con los requisitos impuestos por el presente encargo.
- Solicitar la implementación de cualquier mecanismo organizativo, técnico o jurídico que considere adecuado para garantizar la seguridad de la información y protección de datos.

18 Finalización del convenio y devolución de activos.

En el momento de la finalización del convenio, la entidad que ha prestado servicio deberá devolver a SACyL todos los activos de los que haya dispuesto para el servicio objeto del presente convenio, ya sean software, documentación corporativa y/o cualquier otro recurso. Asimismo, si el personal de la entidad dispone de permisos de acceso a instalaciones o sistemas, estos deben ser devueltos o comunicados para su anulación respondiendo de su uso una vez finalizados los servicios.

La entidad deberá entregar a SACyL toda la información y documentación resultante de los trabajos objeto de la prestación, viniendo obligado, además, a no mantener documentación o almacenar información en locales o equipos ajenos o no autorizados por SACyL, durante o una vez finalizado el plazo contractual, más allá de aquella que sea necesaria para la ejecución del convenio o para el cumplimiento de los períodos de garantía y mantenimiento por parte de dicha empresa.

En los casos en que esto sea necesario, deberán garantizarse niveles de seguridad acordes con la naturaleza de la información almacenada y con la Política de Seguridad de la Información y Protección de Datos vigente en SACyL.

SACyL se reserva el derecho de poder exigir a la entidad, certificaciones de destrucción segura de documentos o eliminación de información de los equipos empleados para la realización de los servicios objeto del convenio, y, podrá realizar revisiones de las instalaciones y procedimientos empleados por la empresa.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación vigente, el incumplimiento de estos compromisos y las consecuencias derivadas de ello serán responsabilidad exclusiva de la entidad, que responderá frente a SACyL de los daños y perjuicios que pudieran generarse.

ANEXO I

RÉGIMEN ECONÓMICO- FINANCIERO DE LA APORTACIÓN ECONÓMICA.

Primero. - Requisitos y obligaciones a cumplir por la entidad beneficiaria.

1. La Orden Hospitalaria San Juan de Dios, en adelante la entidad, está obligada a cumplir durante la vigencia del convenio especial con las obligaciones previstas en los artículos 13 y 14 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, así como con el resto de las obligaciones previstas en la citada Ley, en la Ley 5/2008, de 25 de septiembre, de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León y en la demás normativa de aplicación.

En concreto, la entidad no deberá hallarse incursa en ninguna de las prohibiciones establecidas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones; deberá estar al corriente del cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social y de no ser deudora por resolución de procedencia de reintegro, requisitos que deberá acreditar en los términos previstos en la normativa vigente y en la forma y tiempo que le requiera la Gerencia Regional de Salud.

2. La entidad deberá mantener un sistema de contabilidad o un código contable diferenciado, que permita extraer los costes asociados a la actividad asistencial de los servicios vinculados a la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública, conforme los parámetros y criterios de reparto utilizados por la entidad para la imputación de dichos costes. Asimismo, deberá disponer de los libros contables, registros diligenciados y demás documentos en los términos exigidos por la legislación aplicable al beneficiario, así como las facturas y demás justificantes de gasto de valor probatorio equivalente y los correspondientes justificantes de pago, acreditativos todos ellos de los costes.

Segundo. - Aplicación de la aportación económica a los costes fijos y variables soportados por la entidad.

1. La aportación económica global, como compensación máxima por la prestación de un servicio de interés económico general, se destinará a cubrir exclusivamente los costes fijos y variables soportados por la entidad, directamente relacionados con la actividad asistencial máxima anual programada y ejecutada por los servicios sanitarios vinculados a la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública.

2. Se entiende por costes fijos aquellos costes inevitables y necesarios que ha de soportar el beneficiario, con independencia del volumen real de actividad asistencial a ejecutar, como consecuencia de la vinculación de los servicios sanitarios del HSJDL a la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública durante el período de vigencia del presente convenio, necesarios para la puesta en marcha y funcionamiento de dichos servicios sanitarios vinculados sin los cuales no se puede iniciar ninguna actividad asistencial, y que, en todo caso, deben quedar cubiertos a los efectos de garantizar la indemnidad patrimonial del beneficiario.
3. Se entiende por costes variables aquellos costes que, iniciada la actividad asistencial, varían en función del nivel y tipo de actividad asistencial anual programada y realmente ejecutada.
4. La aportación económica global se aplicará conforme a la siguiente estimación anual por tipo de costes:

ESTIMACIÓN ANUAL DE LOS COSTES DE LOS SERVICIOS VINCULADOS	
TIPO DE COSTE	IMPORTE
COSTES FIJOS	10.633.121,50 €
COSTES VARIABLES EN FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD	5.273.786,94 €

5. La distribución de los costes fijos y variables por tipos de procedimiento de la actividad máxima anual programada es la siguiente:

COSTES	HOSPITALIZACIÓN	QUIRÚRGICOS	DIAGNÓSTICOS
COSTES FIJOS	6.907.884,30 €	3.040.313,69 €	684.923,51 €
COSTES VARIABLES	1.124.539,30 €	3.869.490,15 €	279.757,49 €
TOTAL	8.032.423,60 €	6.909.803,84 €	964.681,00 €

Tercero. - Pagos anticipados, liquidación de la aportación y pagos a cuenta.

1. A los efectos de garantizar la liquidez necesaria a la entidad para la prestación regular de la asistencia sanitaria, la Gerencia Regional de Salud podrá conceder, previa petición del interesado y sin necesidad de constituir garantía alguna, cuatro anticipos en los siguientes términos:

- a) El primer anticipo podrá concederse por un importe de 7.953.454,22 € con cargo a la anualidad presupuestaria 2026.
- b) El segundo anticipo podrá concederse por un importe de 7.953.454,22 € con cargo a la anualidad presupuestaria 2027, una vez efectuado por la Gerencia Regional de Salud el primer pago parcial correspondiente a los costes soportados por el HSJDL durante el primer año en los términos descritos en la letra a) del apartado siguiente.
- c) El tercer anticipo podrá concederse por un importe de 7.953.454,22 € con cargo a la anualidad presupuestaria 2028, una vez efectuado por la Gerencia Regional de Salud el segundo pago parcial correspondiente a los costes soportados por el HSJDL durante el segundo año en los términos descritos en la letra b) del apartado siguiente.
- d) El cuarto anticipo podrá concederse por un importe de 7.953.454,22 € con cargo a la anualidad presupuestaria 2029, una vez efectuado por la Gerencia Regional de Salud el tercer pago parcial correspondiente a los costes soportados por el HSJDL durante el tercer año en los términos descritos en la letra c) del apartado siguiente.
2. En cuanto a la liquidación de la aportación, la Gerencia Regional de Salud efectuará cuatro pagos parciales a año vencido, previa justificación de la actividad sanitaria realizada en el año, mediante la aportación de la documentación prevista en el apartado quinto, subapartado II, del presente Anexo, y en los siguientes términos:
- a) El primer pago parcial se efectuará en el 2027 por el importe máximo de 7.953.454,22 €. En todo caso, no se podrá realizar este primer pago en el supuesto de que el anticipo concedido en el 2026 no quede totalmente justificado.
- b) El segundo pago parcial se efectuará en el 2028 por el importe máximo de 7.953.454,22 €. En todo caso, no se podrá realizar este segundo pago en el supuesto de que el segundo anticipo concedido en el 2027 no quede totalmente justificado.
- c) El tercer pago parcial se efectuará en el 2029 por el importe máximo de 7.953.454,22 €. En todo caso, no se podrá realizar este tercer pago en el supuesto de que el tercer anticipo concedido en el 2028 no quede totalmente justificado.

d) El cuarto pago parcial se efectuará en el 2030 por el importe máximo de 7.953.454,22 €. En todo caso, no se podrá realizar este cuarto pago en el supuesto de que el cuarto anticipo concedido en el 2029 no quede totalmente justificado.

3. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado octavo que regula los incumplimientos, el importe de la aportación económica global aplicado a los costes variables se liquidará conforme a la actividad asistencial ejecutada, que en ningún caso podrá ser superior a la estimada en el convenio, y su importe se reducirá en función de la actividad real ejecutada, del peso de los costes variables en cada uno de los bloques de actividad asistencial y del peso relativo de cada procedimiento de acuerdo con su precio público, aplicando las siguientes fórmulas:

ACTIVIDAD	PROC.	Nº MAX.PROC.	PRECIO PÚBLICO UNITARIO	PRECIO PÚBLICO TOTAL	COSTES FIJOS ENTIDAD	COSTES VARIABLES ENTIDAD PARA ACTIVIDAD MÁXIMA	COSTE TOTAL ENTIDAD PARA ACTIVIDAD MÁXIMA
Hospitalización	h1	Nh1	ph1	Ph1=ph1*Nh1	CFH	CVH	CTH
	Nh..	ph..	ph..=ph..*Nh..			
	hn	Nhn	phn	PhN=phN*Nhn			
	Suma	NH		PH			
Quirúrgica	q1	Nq1	pq1	Pq1=pq1*Nq1	CFQ	CVQ	CTQ
	...	Nq..	pq..	Pq..=pq..*Nq..			
	qn	Nqn	pqn	PqN=pqN*Nqn			
	Suma	NQ		PQ			
Diagnóstica	d1	Nd1	pd1	Pd1=pd1*Nd1	CFD	CVD	CTD
	...	Nd..	pd..	Pd..=pd..*Nd..			
	dn	Ndn	pdn	PdN=pdN*Ndn			
	Suma	ND		PD			
TOTAL		NT_NH+NQ+ND+NC		PT=PH+PQ+PD+PC	CF=CFH+CFQ+CFD+CFC	CV=CVH+CVQ+CVD+CVC	CT=CTH+CTQ+CTD+CTC

CANTIDAD A LIQUIDAR POR COSTES VARIABLES= COSTES VARIABLES ENTIDAD PARA ACTIVIDAD MÁXIMA (CV) - COSTES VARIABLES DE LOS PROCEDIMIENTOS NO REALIZADOS

COSTES VARIABLES PROCEDIMIENTOS NO REALIZADOS= \sum (COSTE VARIABLE UNITARIO DE LOS PROCEDIMIENTOS NO REALIZADOS * N.º DE PROCEDIMIENTOS NO REALIZADOS)

COSTE VARIABLE UNITARIO DEL PROCEDIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN (n)= phn * (CVH/PH)

*COSTE VARIABLE UNITARIO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (n)=
pqn * (CVQ/PQ)*

*COSTE VARIABLE UNITARIO DEL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO (n)=
pdn *(CVD/PD)*

4. No se podrán realizar pagos a cuenta cuando existan pagos anticipados pendientes de justificación.
5. Para garantizar la realización de la actividad máxima programada, de acuerdo con las necesidades asistenciales reales de la Gerencia Regional de Salud, será posible realizar el intercambio de procedimientos ajustando el coste de cada nuevo proceso y su peso, sin que sea posible superar el presupuesto máximo asignado a cada bloque de actividad asistencial programada.

Cuarto. - Gastos subvencionables.

1. Se considerarán gastos subvencionables todos los gastos incluidos en el artículo 31 de la Ley General de Subvenciones, siempre que estén directamente relacionados y sean indispensables para la adecuada preparación o ejecución de las actividades sanitarias a realizar por los servicios sanitarios vinculados a la Red.

En particular, y en los términos previstos en el citado artículo 31, tienen la consideración de gastos subvencionables los gastos de personal; gastos corrientes en bienes y servicios; gastos de inversión; gastos de amortización de los bienes inventariables; gastos financieros, de asesoría jurídica o financiera; gastos periciales; gastos de auditoría; gastos de administración específicos; los tributos y los demás costes fijos y variables que se imputen por la entidad beneficiaria conforme las estipulaciones contenidas en el presente Anexo.

Conforme al citado artículo, en ningún caso el coste de adquisición de los gastos subvencionables podrá ser superior al valor de mercado.

Asimismo, el artículo 44 de la Ley 5/2008 de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León, establece que la Administración podrá comprobar el valor de mercado de los gastos subvencionados empleando entre otros medios, los precios medios de mercado.

2. En el supuesto de adquisición, construcción, rehabilitación y mejora de bienes inventariables cuyos costes se imputen íntegramente como costes fijos de los servicios

vinculados, la entidad beneficiaria deberá obtener, con carácter previo a la realización de la inversión, la autorización de la Gerencia Regional de Salud.

Dichos bienes deberán ser destinados al fin concreto para el que se ha concedido la aportación económica global, por los periodos fijados y conforme las estipulaciones establecidas en los apartados 4 y 5 del artículo 31 de la Ley General de Subvenciones.

3. En la forma y con los requisitos exigidos por el artículo 29 de la Ley General de Subvenciones, la entidad podrá subcontratar parcialmente la realización de determinados procesos asistenciales o pruebas diagnósticas, por razones técnico-asistenciales y previa autorización de la Gerencia Regional de Salud.

4. En relación con el artículo 31.2 de la Ley General de Subvenciones, los pagos efectivos de los gastos imputados al Convenio deberán realizarse en el plazo máximo de tres meses desde la finalización del plazo de ejecución anual.

De conformidad con lo previsto en el artículo 31.3 de la Ley General de Subvenciones, en los contratos de obra, servicio o suministro que llegue a formalizar la entidad por cuantías superiores a las previstas para los denominados contratos menores en la legislación de contratos de las Administraciones públicas, siempre y cuando la cuantía de los mismos se imputen como costes de los servicios vinculados, la entidad deberá haber solicitado, como mínimo, tres ofertas de diferentes proveedores, salvo que por sus especiales características no exista en el mercado suficiente número de entidades que los realicen, presten o suministren, o salvo que los contratos hayan sido formalizados con anterioridad a la suscripción del presente contrato programa.

La elección entre las ofertas presentadas se realizará conforme a criterios de eficiencia y economía, debiendo justificarse en una memoria la elección cuando no recaiga en la propuesta económicamente más ventajosa.

Quinto. - Forma y plazos de justificación.

I. Justificación de la actividad sanitaria realizada en cada trimestre natural.

A los efectos de realizar un seguimiento trimestral de la actividad asistencial derivada al HSJDL, la entidad deberá presentar en el mes siguiente a cada trimestre natural vencido la siguiente documentación:

a) Resumen de la actividad asistencial realizada en el trimestre natural, con indicación, como mínimo, de los siguientes parámetros:

- 1º) Centro de derivación.
- 2º) Total ingresos.
- 3º) Total procesos de hospitalización: estancias/ hospitalización
- 4º) Total consultas primeras
- 5º) Total procesos médicos y diagnósticos singularizados.
- 6º) Total procesos quirúrgicos singularizados.
- 7º) Total pacientes atendidos por procesos.

b) Listado, por paciente, que contenga la siguiente información:

- 1º) Centro de derivación.
- 2º) Número de TIS u otro documento identificativo del paciente.
- 3º) Apellidos y nombre del paciente.
- 4º) Fecha de ingreso o asistencia, en su caso.
- 5º) Fecha de alta, en su caso.
- 6º) Número de estancias, en su caso.
- 7º) Tipo de estancias.
- 8º) Diagnóstico principal.
- 9º) Servicio asistencial/ especialidad médica.
- 10º) Tipo de asistencia prestada (hospitalización, consulta primera, consulta sucesiva, proceso quirúrgico, prueba diagnóstica, etc)

c) Documentación soporte de la actividad asistencial prestada, que estará compuesta, por paciente, por los documentos acreditativos de la derivación u orden de asistencia, así como por los documentos acreditativos de la realización de la prestación asistencial.

II. Justificación de la actividad sanitaria realizada en cada año.

1. De conformidad con lo previsto en el artículo 74.1 del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento General de Subvenciones, atendiendo a la naturaleza de servicios de interés económico general de las actividades sanitarias prestadas por la entidad como parte de la Red Asistencial Sanitaria de Utilidad Pública, a los efectos de justificar el coste de la actividad subvencionada y su correcta realización, la entidad deberá presentar en los dos meses siguientes a cada año vencido una cuenta justificativa que contendrá la siguiente documentación:

a) Memoria de actuación, suscrita por el representante legal de la entidad, comprensiva de la actividad asistencial realizada en el año natural vencido, con indicación de la siguiente información, que deberá integrar las informaciones trimestrales aportadas por la entidad:

- 1º) Centro de derivación.
- 2º) Total ingresos.
- 3º) Total procesos de hospitalización: estancias/ hospitalización.
- 4º) Total consultas primeras.
- 5º) Total procesos médicos y diagnósticos singularizados.
- 6º) Total procesos quirúrgicos singularizados.
- 7º) Total pacientes atendidos por procesos.

b) Memoria económica abreviada correspondiente al año vencido representativa de los costes fijos y variables, imputados a la Red Asistencial de Utilidad Pública, como servicio de interés económico general, durante dicho periodo. En dicha memoria anual se incluirá:

- 1º) Una relación clasificada de los gastos e inversiones de la actividad subvencionada, con indicación del acreedor y del documento que le da soporte, su importe, fecha de emisión y fecha de pago.
- 2º) Un extracto de la contabilidad interna de la entidad, correspondiente al último semestre del año anterior y primer semestre del año en curso, en la que quede reflejada por separado los costes e ingresos asociados a la actividad asistencial de la Red y los costes e ingresos obtenidos por el beneficiario por el resto de los

servicios prestados, debiendo reflejar los parámetros y criterios de reparto utilizados para la imputación de costes asociados a la actividad asistencial de la Red.

La cuenta justificativa anual deberá ir acompañada por un informe del auditor de cuentas responsable de la auditoría de las cuentas anuales de la entidad, quien deberá comprobar la adecuación de la cuenta justificativa mediante la realización de los procedimientos que se recogen en el Apartado Noveno del presente Anexo.

2. No obstante, los plazos de justificación de la actividad sanitaria realizada trimestral o anualmente podrán ser prorrogados por el Presidente de la Gerencia Regional de Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 42 de la Ley 5/2008, de 25 de septiembre, de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León.

Sexto. - Compatibilidad.

Esta aportación económica global es compatible con otras subvenciones, ayudas, ingresos o recursos que pueda obtener la entidad beneficiaria para la financiación parcial de la actividad asistencial realizada por los servicios vinculados de la entidad beneficiaria a la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública, procedentes de cualquier Administración o entes públicos o privados, nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales.

A los efectos de que no se produzca un exceso de financiación, la entidad deberá comunicar a la Gerencia Regional de Salud la existencia de las subvenciones, ayudas, ingresos o recursos previstos en el párrafo anterior, con indicación de su origen y finalidad, procediéndose a la reducción proporcional de la compensación económica prevista en este convenio en el caso de que tales recursos se apliquen a los costes fijos y variables derivados de ejecución de la actividad máxima anual programada fijada en este convenio.

Séptimo. - Aceptación.

La suscripción del presente convenio especial conlleva la aceptación de la aportación económica global en los términos recogidos en el mismo.

Octavo. - Incumplimientos.

1. La entidad deberá garantizar el cumplimiento de la actividad máxima anual programada prevista en el presente convenio especial y por el importe máximo de la aportación económica global fijado en el presente convenio especial.
2. De conformidad con lo previsto en el artículo 47.1 de la Ley 5/2008 de 25 de septiembre y en el artículo 37.1 de la Ley General de Subvenciones, los incumplimientos por la entidad de las condiciones a que esté sujeta la aportación económica global darán lugar, según los casos, a que no proceda el abono de la aportación o se reduzca en la parte correspondiente cuando no se justifiquen gastos por la totalidad de la aportación concedida o se proceda al reintegro total o parcial de las cantidades percibidas y la exigencia del interés de demora correspondiente.
3. Teniendo en cuenta que la aportación económica global se configura como una compensación máxima necesaria para cubrir el coste derivado para la entidad beneficiaria del funcionamiento de los servicios de interés económico general encomendados, en el supuesto que la entidad no justifique gastos por la totalidad de la aportación o la justificación presentada sea insuficiente para acreditar que los gastos y pagos se corresponden con costes directamente relacionados con la actividad asistencial programada de los servicios vinculados a la Red, se procederá a la reducción de dicha aportación en la parte proporcional o, en su caso, al reintegro de las cantidades percibidas y la exigencia del interés de demora.
4. En el mismo sentido anterior, en caso de que la actividad asistencial máxima prevista no sea realizada por causas imputables al HSJDL, tales como la no disponibilidad del inmueble o la carencia de los medios técnicos o de personal necesarios, se procederá a la reducción del coste total de dicha aportación (coste fijo y variable) en la parte proporcional que corresponda o, en su caso, al reintegro de las cantidades percibidas y la exigencia del interés de demora.

Noveno. - Forma de realización de la auditoría.

I. Normativa, directrices y criterios a tener en cuenta para la realización de la auditoría:

La auditoría deberá atenerse a lo dispuesto en:

- a) La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.
- b) El presente convenio especial por el que se articula el contrato programa para la financiación de la vinculación de servicios sanitarios del HSJDL a la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública del Servicio Público de Salud de Castilla y León.
- c) Directrices y criterios de actuación establecidos por la Gerencia Regional de Salud para la ejecución del convenio especial.
- d) La Comunicación de la Comisión relativa a la aplicación de las normas de la Unión Europea en materia de ayudas estatales a las compensaciones concedidas por la prestación de servicios de interés económico general (2012/C 8/02) y la Decisión de la Comisión de 20 de diciembre de 2011 relativa a la aplicación de las disposiciones del artículo 106, apartado 2, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea a las ayudas estatales en forma de compensación por servicio público concedidas a algunas empresas encargadas de la gestión de servicios de interés económico general (2012/21/UE)
- e) El Decreto 78/2008, de 13 de noviembre, por el que se regulan los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud.
- f) La Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones; la Ley 5/2008, de 25 de septiembre, de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León y el Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
- g) Subsidiariamente, y en aplicación de lo previsto en la disposición transitoria primera de la Ley de Subvenciones de la Comunidad de Castilla y León, Orden EHA/1434/2007, de 17 de mayo, por la que se aprueba la norma de actuación de los auditores de cuentas en la realización de los trabajos de revisión de cuentas justificativas de subvenciones, en el ámbito del sector público estatal, previstos en el artículo 74 del Reglamento de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, aprobado mediante Real Decreto 887/2006, de 21 de julio.
- h) Subsidiariamente, lo previsto en la normativa vigente sobre auditorías de cuentas en materia de independencia e incompatibilidades, diligencia profesional, secreto profesional, honorarios y papeles de trabajo.

II. Procedimientos de auditoría a aplicar por el auditor.

Para la emisión de los informes, el auditor deberá requerir y comprobar la adecuación de las cuentas justificativas anuales elaboradas por el beneficiario, mediante la realización de los siguientes procedimientos:

- a) Análisis de la normativa reguladora de la aportación económica y del convenio especial por el que se articula el contrato programa.
- b) Comprobación de los elementos de la cuenta justificativa y de la competencia de la persona que la suscribe para ello.
- c) Revisión de la memoria de actuación, en los siguientes términos:
 - 1º) Comprobación de la efectiva realización por el beneficiario de las actividades, mediante la revisión de la documentación prevista en el apartado quinto, subapartado I, letras a), b) y c).
 - 2º) Comprobación de que la información contenida en la memoria de actuación recogida en el apartado quinto, letra a) coincide con el total de los cuatro resúmenes trimestrales de actividad asistencial.
- d) Revisión de la memoria económica abreviada, que abarcará la totalidad de los gastos incurridos en la realización de las actividades subvencionadas, a cuyos efectos, se comprobarán los siguientes extremos:
 - 1º) Comprobación de que la información contenida en la memoria económica abreviada está soportada en:
 - a. Una relación clasificada de los gastos e inversiones de la actividad subvencionada, con indicación del acreedor y del documento que le da soporte, su importe, fecha de emisión y fecha de pago.
 - b. Un extracto de la contabilidad interna de la entidad, correspondiente al año vencido, en la que quede reflejada por separado los costes e ingresos asociados a la actividad asistencial de la Red y los costes e ingresos obtenidos por el beneficiario por el resto de los servicios prestados, debiendo reflejar los parámetros y criterios de reparto utilizados para la imputación de costes asociados a la actividad asistencial de la Red.

- 2º) Comprobación de los documentos originales de soporte del gasto y pago y que dichos documentos han sido reflejados en los registros contables.
- 3º) Comprobación de que los gastos e inversiones que integran la relación cumplen con los requisitos para tener la consideración de gasto subvencionable, conforme lo previsto en el artículo 31 de la Ley General de Subvenciones.
- 4º) Verificación documental del cumplimiento de lo previsto en el artículo 31.3 de la Ley General de Subvenciones respecto de los contratos que formalice la entidad beneficiaria por cuantías superiores a las previstas para los denominados contratos menores en la legislación de contratos de las Administraciones públicas.
- 5º) Revisión de la declaración del beneficiario de las actividades asistenciales subcontratadas con terceros y verificación documental de la actividad subcontratada.
- 6º) Comprobación del certificado de tasación de bienes inmuebles, en caso de adquisición por la entidad beneficiaria.
- 7º) Comprobación de la existencia de otras posibles subvenciones o ayudas que pueda obtener la entidad beneficiaria para la financiación parcial de la actividad asistencial realizada por los servicios vinculados a la Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública, procedentes de cualquier Administración o entes públicos o privados, nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales, a efectos de determinar el exceso de financiación.
- 8º) Examen de la concordancia entre la relación clasificada de gastos y pagos con la documentación original de gastos y pagos.
- 9º) Comprobación de la contabilidad interna de la entidad y de la documentación soporte de las cuentas anuales, verificando que de las mismas se puede extraer, por separado, los costes e ingresos asociados a la actividad asistencial de la Red y los costes e ingresos obtenidos por el beneficiario por el resto de los servicios prestados.
- 10º) Revisión de los parámetros y criterio utilizados por el beneficiario para la imputación de costes asociados a la actividad asistencial de la Red.

11º) Examen de la concordancia entre la relación clasificada de gastos e inversiones y su correcta imputación en la contabilidad interna de la entidad, como costes asociados a la actividad asistencial de la Red.

III. Criterios a tener en cuenta para el análisis de los gastos

1. Sin perjuicio de lo previsto en el subapartado II, se deberá prestar especial atención a los siguientes criterios:

- a) Las comprobaciones se efectuarán sobre el 100 % de los gastos y pagos incluidos en las relaciones de gastos y pagos en los siguientes términos:
 - 1º) Todos los gastos y pagos en firme por valor superior a 5.000 € (impuestos indirectos excluidos) se verificarán documentalmente (comprobación del documento original, su correspondencia con los datos incluidos en la relación y su contabilización).
 - 2º) Deberá, asimismo, validarse la copia de las facturas y documentos de pago, por valor superior a 5.000 € (impuestos indirectos excluidos), presentadas en formato electrónico.
 - 3º) La comprobación de los justificantes de gasto y pago por valor inferior a 5.000 € (impuestos indirectos excluidos) se podrá realizar utilizando técnicas de muestreo que permitan obtener evidencia razonable sobre la adecuada aplicación de las aportaciones.
 - 4º) La muestra deberá incluir elementos de cada tipo de gasto. Deberá indicarse el método de muestreo, el número de elementos e importe de la muestra analizada respecto del total.
- b) En cuanto a las facturas y otros documentos acreditativos del gasto, deberá analizarse:
 - 1º) Que cumplen con la normativa vigente.
 - 2º) Que las fechas de emisión están incluidas en el plazo de vigencia del convenio especial.
 - 3º) Que están emitidas únicamente a nombre de la entidad beneficiaria.
 - 4º) Que dichos gastos son imputables a las actividades sanitarias realizadas por los servicios vinculados a la Red.

- c) En cuanto a los pagos, deberá analizarse:
- 1º) Que cumplen con la normativa vigente.
 - 2º) Que las fechas de los documentos de pago deben estar incluidas en el plazo de tres meses desde la finalización del plazo de ejecución.
- d) En cuanto a los costes de contratación laboral, deberá analizarse:
- 1º) Que las personas cuyo contrato se imputa estén contratadas por el beneficiario.
 - 2º) Comprobación documental de las nóminas del personal imputado, documentos de la seguridad social y su coincidencia con las cantidades imputadas, que, en todo caso, el gasto imputado deberá corresponderse con el periodo de vigencia del convenio especial.
 - 3º) Revisión de los parámetros utilizados por la entidad beneficiaria para la imputación de costes de personal no afectos exclusivamente a los servicios vinculados.
- e) En cuanto a los costes de bienes y material inventariable imputados como costes, además de lo establecido anteriormente, deberá comprobarse:
- 1º) Que existe autorización previa de la Gerencia Regional de Salud.
 - 2º) Que los bienes y el material inventariable figuran en un inventario de la entidad, y, en su caso, en registro público, a nombre del beneficiario.
 - 3º) La existencia física de dichos bienes.
2. Estas comprobaciones podrán hacerse sobre la base de un muestreo que permita obtener evidencia razonable sobre la adecuada aplicación de las aportaciones. Deberá indicarse el método de muestreo utilizado, el número de elementos e importe de la muestra analizados respecto del total.

IV. Informes.

1. Los informes correspondientes a las cuentas justificativas anuales deberán tener, al menos, el contenido establecido en el artículo 7 de la Orden EHA/1434/2007, de 17 de mayo, debiendo, además, hacer mención expresa a las siguientes cuestiones, en función de la tipología de informe:

- a) Que las comprobaciones se han efectuado sobre el 100% de los datos de gastos y pagos, así como sobre el 100% de los documentos que soportan gastos y pagos por valor superior a 5.000 € (impuestos indirectos excluidos), y se especificará el procedimiento seguido para la comprobación de los documentos de gastos y pagos por valor inferior a dicho importe.
 - b) Que el beneficiario dispone de los documentos originales acreditativos de los contratos, facturas y pagos, que han sido reflejados en los registros contables.
 - c) Que entre los gastos relacionados en las cuentas justificativas no se incluye ninguno financiado con cargo a otros recursos, subvenciones o ayudas, o, en el caso de existir, que han sido contabilizados debidamente.
 - d) Que de la contabilidad interna de la entidad se extrae, por separado, los costes e ingresos asociados a la actividad asistencial de la Red y los costes e ingresos obtenidos por el beneficiario por el resto de servicios prestados, existiendo concordancia entre la misma y la relación clasificada de gastos y pagos y validando la imputación correcta de los mismos a la actividad asistencial de la Red, conforme los parámetros utilizados para la imputación de costes e ingresos a las actividades asociadas al servicio de interés económico general.
 - e) Las comprobaciones físicas realizadas sobre los bienes y el material inventariable.
2. Además de las consideraciones anteriores se incluirá como conclusión lo siguiente:

"En el trabajo de análisis de los gastos y la contabilidad interna de la entidad, se han tenido en cuenta los criterios generales establecidos para el control de las cuentas justificativas. En base a dicho análisis, se considera que el beneficiario ha justificado, de acuerdo con las condiciones de la aportación económica global, los siguientes importes en euros correspondientes al año vencido".

Asimismo, deberá constar en el informe un cuadro resumen según modelo que se incorpora, indicando el importe imputado por el beneficiario en la documentación justificativa, el importe realmente justificado considerando los criterios detallados en cada caso, y la cantidad finalmente válida a juicio del auditor, teniendo en cuenta que no podrá nunca ser superior a la aportación económica correspondiente a cada anualidad presupuestaria. Cuando haya diferencias entre el presupuesto acreditado

por el beneficiario y el considerado válidamente justificado por el auditor, se deberán explicar las diferencias y los criterios aplicados.

COSTES IMPUTADOS A LOS SERVICIOS VINCULADOS	COSTES IMPUTADOS AL CONVENIO			COSTES JUSTIFICADOS		
	COSTES FIJOS	COSTES VARIABLES	COSTES TOTALES	COSTES FIJOS	COSTES VARIABLES	COSTES TOTALES
1. GASTOS DE PERSONAL						
Personal con vinculación laboral						
Personal con vinculación profesional						
Otros gastos Personal						
2. GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS						
Suministros sanitarios, incluida farmacia						
Reparaciones y mantenimiento						
Suministro electricidad, gas y agua						
Limpieza y seguridad						
Cocina y nutrición						
Vestuario y lavandería						
Subcontratación de otros servicios						
Otros suministros						
3. GASTOS EN INVERSIONES						
Gastos en bienes y material inventariable						
Inversiones						
Otros gastos						
4. GASTOS FINANCIEROS, DE AUDITORÍA Y ASESORAMIENTO JURÍDICO						
5. AMORTIZACIÓN DE BIENES INVENTARIABLES						
6. TRIBUTOS						
7. OTROS GASTOS						
TOTAL						

ANEXO II

HOSPITALIZACIÓN

Sin perjuicio de lo que se establezca en el seno de la Comisión Técnica del Convenio a efectos de garantizar la correcta ejecución de los procesos, el protocolo de ejecución y cobertura del servicio es el siguiente:

Las instalaciones y procedimientos asistenciales deberán posibilitar la supervisión continuada y el control del paciente.

Las habitaciones no individuales dispondrán como máximo de dos camas por habitación, serán camas articuladas y dispondrán de barras laterales abatibles de seguridad y con colchones anti escaras.

Equipos de oxígeno y vacío preferiblemente centralizado. En caso de que las habitaciones no tengan los equipos centralizados dispondrán de un equipo de oxigenoterapia y uno de aspiración portátil por habitación.

Sistema de aviso al control de enfermería.

Aseo geriátrico y duchas sin barreras arquitectónicas, que permitan el aseo con silla de ruedas y dotadas de un sistema de llamada de emergencias.

Los pacientes recibirán los cuidados que determinen los facultativos de Sacyl conforme el informe de derivación y se tendrán en cuenta los siguientes requisitos mínimos:

a. HOSPITALIZACIÓN DE LARGA ESTANCIA

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Se destina a pacientes ya diagnosticados y estabilizados, afectos de procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento, que producen secuelas y deterioro funcional generalmente irreversibles, que precisan cuidados sanitarios continuos médicos/quirúrgicos y de enfermería, de convalecencia y vigilancia por la falta de autosuficiencia. La asistencia sanitaria incluirá vigilancia del enfermo, control de sus procesos, diagnóstico y tratamiento de posibles complicaciones y rehabilitación.

DURACIÓN

La hospitalización será de larga estancia. No obstante, la autorización para el internamiento deberá renovarse cada dos meses, previo informe clínico justificativo y con el visto bueno de Sacyl.

RECURSOS HUMANOS

La dotación mínima estimada a fin de garantizar una atención sanitaria adecuada será:

- Licenciado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria/Geriatría, Licenciado Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Personal sanitario/asistencial no facultativo: Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Enfermeros/as, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

b. HOSPITALIZACIÓN DE SUBAGUDOS Y REHABILITACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Esta hospitalización se destina a pacientes afectos a procesos clínicos y/o patológicos ya diagnosticados con un deterioro funcional previsiblemente reversible, que precisan cuidados continuos y de rehabilitación durante la convalecencia debido a la incapacidad funcional que presentan, una vez superada la fase aguda de la enfermedad.

Las patologías principalmente serán: accidente vascular cerebral, enfermedades del sistema nervioso central, afecciones traumáticas y no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades y especialmente artoplastia de cadera y rodilla, complicaciones quirúrgicas ya sean referidas a la herida quirúrgica o por reagudización de procesos previos a la cirugía (EPOC, cardiopatías...) y descompensaciones de enfermedades crónicas.

La asistencia sanitaria consistirá en la vigilancia del enfermo, control de la evolución de sus procesos y rehabilitación activa cuando lo precise.

DURACIÓN

La hospitalización será de media estancia, por un período de tiempo de hasta 21 días, ampliables previo informe clínico justificativo, y con el visto bueno de Sacyl, en el caso de que las necesidades del paciente lo aconsejen, hasta un total de 60 días.

Excepcionalmente se podrá autorizar, por motivos clínicos, la atención más allá de ese período, no pudiéndose superar en ningún caso los 90 días de ingreso.

RECURSOS HUMANOS

La dotación mínima estimada a fin de garantizar una atención sanitaria adecuada será:

- Personal facultativo: Licenciado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria/Geriatría y Licenciado Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Personal sanitario/asistencial no facultativo: Fisioterapeuta, Logopeda, Terapeuta Ocupacional, Enfermeros/as y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

c. HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS AGUDOS

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Esta hospitalización está destinada a pacientes con una enfermedad, lesión grave o traumatismo que necesitan una evaluación y tratamiento inmediato, así como a pacientes con patologías médicas agudas o crónicas agudizadas que precisen asistencia sanitaria (diagnóstico y/o tratamiento) en régimen de hospitalización.

El objetivo último de esta hospitalización es el alta del paciente tan pronto como se considere que está estabilizado.

DURACIÓN

Se trata de una hospitalización de hasta 10 días, ampliables previo informe clínico justificativo, y con el visto bueno de Sacyl hasta un total de 21 días en caso de que el paciente requiera la asistencia sanitaria contemplada en esta unidad. Excepcionalmente se autorizará por motivos clínicos la atención más allá de este período, no pudiéndose superar en ningún caso los 60 días de ingreso.

RECURSOS HUMANOS

La dotación mínima estimada a fin de garantizar una atención sanitaria adecuada será:

- Personal facultativo: Licenciado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria/Geriatría

- Personal sanitario/asistencial no facultativo: Fisioterapeuta, Enfermeros/as y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

d. HOSPITALIZACIÓN DE NEURORREHABILITACIÓN INTENSIVA

El centro contará con:

- Espacios de uso grupal e individual que permitan la realización de actividades terapéuticas simultáneas, de forma individual y en grupo.
- Espacios de uso común para la adecuada convivencia entre pacientes y familiares, que cumplan criterios de confortabilidad e intimidad.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

La neurorrehabilitación intensiva en régimen de hospitalización es una prestación destinada para aquellos pacientes con daño cerebral adquirido moderado o grave con un índice Barthel inferior a 65 o con otras patologías que precisen neurorrehabilitación intensiva y con un claro objetivo rehabilitador integral, en las esferas física, cognitiva, emocional, social y/o laboral.

La prestación del servicio comprenderá todos los tratamientos y medios necesarios para alcanzar la máxima funcionalidad del paciente, a través de la recuperación de sus capacidades físicas, cognitivas, emocionales, sociales y laborales, así como la atención a sus necesidades básicas (alimentación, higiene, sueño...). La asistencia también debe incluir la atención a los familiares de los usuarios, siempre enfocada a indicaciones terapéuticas y a optimizar el tratamiento del paciente (manejo del paciente, educación sanitaria, apoyo emocional...).

PLAN DE TRATAMIENTO

La planificación de las terapias e intervenciones debe de ser individualizada y revisada periódicamente, adaptándose a la situación clínica, necesidades terapéuticas, evolución y tolerancia de cada paciente.

El plan de tratamiento individualizado será interdisciplinar y contemplará al menos:

- Tratamiento individual
 - Sesiones individuales de fisioterapia: duración de 45-60 minutos (4-5 sesiones semanales).
 - Sesiones individuales de terapia ocupacional: duración 45-60 minutos (3-5 sesiones semanales).

- Sesiones individuales de logopedia: duración 45-60 minutos (2-3 sesiones semanales).
- Sesiones individuales de terapia cognitiva / neurocognitiva: duración 45-60 minutos (2-3 sesiones semanales).

- Terapia grupal

La terapia grupal se considera una terapia necesaria en el ámbito físico, funcional y/o cognitivo de los diferentes tratamientos (2 sesiones semanales).

Esta terapia se planificará, registrará y evaluará de acuerdo al momento evolutivo y al perfil del paciente.

- Intervención familiar

El centro debe contar en su planteamiento asistencial con un programa de soporte y educación a familiares y cuidadores. Esta intervención también se planificará, registrará y evaluará como parte del tratamiento.

Los principales profesionales responsables serán enfermero y terapeuta ocupacional.

DURACIÓN

La hospitalización será por un periodo de hasta 90 días, excepcionalmente ampliable previo informe clínico justificativo y con el visto bueno de Sacyl hasta un máximo de 120 días.

RECURSOS HUMANOS

La dotación mínima estimada a fin de garantizar una atención sanitaria adecuada será:

- Médico rehabilitador: Médico especialista en Rehabilitación y Medicina física.
- Médico internista: Médico especialista en Medicina Interna.
- Neuropsicólogo: Psicólogo con formación específica en Neuropsicología
- Psicólogo clínico: Psicólogo especialista en Psicología clínica.
- Logopeda: Diplomado o grado en Logopedia.

e. HOSPITALIZACIÓN PARA PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

La hospitalización para pacientes con esclerosis lateral amiotrófica es una prestación de cuidados multidisciplinares destinada a los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica documentada, con síntomas intensos, continuos, con limitación funcional severa.

La asistencia sanitaria incluirá la vigilancia del paciente, el control de la evolución de sus procesos, tratamiento y rehabilitación cuando lo precise, adaptando la terapia a las circunstancias y complejidad. Incluirá la terapia respiratoria en los casos en los que se requiera y la administración de los cuidados necesarios para mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento.

DURACIÓN

La hospitalización será por un periodo de hasta 30 días, prorrogable hasta 60 días y, excepcionalmente ampliable previo informe clínico justificativo y con el visto bueno de Sacyl hasta un máximo de 90 días.

RECURSOS HUMANOS

La dotación mínima estimada a fin de garantizar una atención sanitaria adecuada será:

- Personal facultativo: Licenciado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria/Geriatría, Licenciado Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Licenciado Especialista en Neumología, Licenciado Especialista en Farmacia y Licenciado Especialista en Psicología Clínica.
- Personal sanitario/asistencial no facultativo: Enfermero/a, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

ANEXO III

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Los procedimientos quirúrgicos incluidos en el convenio son los siguientes:

- Cataratas
- Cirugía maxilofacial cordales
- Varices unilateral
- Hernia inguinal
- Colecistectomía
- Hemorroidectomía
- Hernia Umbilical
- Artroscopia Rodilla
- Túnel Carpiano
- Dupuytren
- Prótesis Total Cadera
- Prótesis Total Rodilla
- Prótesis Parcial Cadera
- Hallux Valgus
- Artroscopia Hombro
- Amigdalectomía
- Septoplastia
- Cirugía nasosinusal (CENS)

Sin perjuicio de lo que se establezca en el seno de la Comisión Técnica del Convenio a efectos de garantizar la correcta ejecución de los procesos, el protocolo de ejecución y cobertura del servicio es el siguiente:

- **Derivación de Pacientes.**

El Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), remitirá al HSJDL la solicitud de intervención quirúrgica de los pacientes que se le van a derivar.

- **Citación de Pacientes.**

El HSJDL será el responsable de contactar con el paciente para la citación de su programación quirúrgica (primera consulta).

- **Primera Consulta.**

Consulta preoperatoria: deberá ser realizada por el facultativo especialista que vaya a realizar la intervención quirúrgica.

Consentimiento informado: se informará al paciente de forma exhaustiva y se le entregará el consentimiento informado, que prestará por escrito.

- **Discrepencias en la indicación del procedimiento quirúrgico.**

Cuando el equipo quirúrgico del HSJDL considere que no procede la intervención quirúrgica, o propone un procedimiento o técnica distintos de lo indicado por el facultativo de SACyL en la solicitud de intervención, deberá remitir un informe médico justificativo al CAULE.

En caso de discrepancia de criterio entre el facultativo del HSJDL y el facultativo de SACyL, prevalecerá el criterio de este último.

- **Estudio preoperatorio, consulta de preanestesia y pruebas diagnósticas necesarias.**

- **Programación de la intervención quirúrgica y aviso al paciente.**

- **Realización del procedimiento quirúrgico.** La asistencia sanitaria incluida en los procedimientos quirúrgicos realizados a través del presente CSV, abarca la totalidad de prestaciones que el paciente precise hasta su alta definitiva, incluyendo todo el personal necesario, instalaciones, aparataje, material fungible, prótesis, sangre y hemoderivados, tratamiento farmacológico, etc.

Respecto al personal, durante la intervención quirúrgica, en cada quirófano deberá haber al menos 2 facultativos especialistas en la especialidad cuyo programa formativo les capacite para la realización del procedimiento y un especialista en anestesiología y reanimación, así como el personal de enfermería y auxiliar necesario para la correcta atención al paciente.

- **Postoperatorio inmediato:** tras la intervención, el paciente deberá permanecer el tiempo necesario en la sala de readaptación al medio o en la URPA, según la complejidad de la intervención, asistidas en todo momento por un especialista en anestesiología y reanimación.

- **Hospitalización: para las intervenciones quirúrgicas que lo requieran,** garantizándose la continuidad asistencial.

- **Alta Clínica/Hospitalaria:** la deberá firmar el cirujano principal, responsable del paciente, entregándole recomendaciones postoperatorias.
- **Seguimiento postquirúrgico.**
- **Servicio de Urgencias:** el centro deberá contar con un servicio de urgencias 24H que permita atender cualquier incidencia o complicación postoperatoria de los pacientes intervenidos.
- **Complicaciones derivadas del procedimiento:** Cualquier complicación que surja hasta el alta definitiva, incluyendo posibles reintervenciones relacionadas con el procedimiento realizado, será atendida hasta su solución.
- **Consultas de revisión:** se deberán realizar todas las curas y consultas de revisión que sean necesarias hasta el alta definitiva.
- **Alta definitiva e Informe de alta:** el alta definitiva será suscrita por el facultativo responsable del paciente, que tras las consultas de revisión postquirúrgicas correspondientes, emitirá el informe de alta definitiva.
- **Prestaciones accesorias:**
 - Pruebas y obtención de resultados de analíticas urgentes de hematología y bioquímica, así como de microbiología y de anatomía patológica.
 - Radiología convencional.
 - Rehabilitación: para cualquier procedimiento quirúrgico el centro prestará la rehabilitación necesaria hasta el alta definitiva del paciente.

ANEXO IV

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Los procedimientos diagnósticos incluidos en el convenio son los siguientes:

- RNM simple
- RNM compleja
- TC simple
- TC complejo

Sin perjuicio de lo que se establezca en el seno de la Comisión Técnica del Convenio a efectos de garantizar la correcta ejecución de los procesos, el protocolo de ejecución y cobertura del servicio es el siguiente:

a. RESONANCIAS MAGNÉTICAS.

A efectos del presente convenio se consideran **RNM simples o complejas** las siguientes, atendiendo al tiempo de ocupación de la sala de exploración utilizado para su realización y tiempo empleado por el personal sanitario para completar las tareas y cuidados relacionados con el procedimiento:

RNM Simples	RNM Complejas
RNM de Mama	RNM de Mama
Estudio de Implantes	Estudio Dinámico
RNM de Tórax	RNM de Abdomen y Pelvis
Tórax	Urografía
RNM de Abdomen y Pelvis	RNM de Cráneo y Cara
Abdomen	Cerebro y Angio RM
Hígado	RNM de Columna
Colangio Simple	Columna. Tres Segmentos
Páncreas	Médula y Angio-RM Medular
Tubo Digestivo	RNM Angio
Pelvis	Angio de Abdomen
Suelo Pélvico	Angio de Aorta Abdominal e Ilíacas
Recto	Angio Aorta Torácica y Abdominal (Segmento)
Próstata	Angio de Arterias Renales
RNM de Cráneo y Cara	Angio Venosa Abdominal
Cráneo	Angiografía Cerebral y Troncos Supraaórticos
Hipófisis	Venosa de Miembros Inferiores

Base de Cráneo (Peñasco) Órbitas	Angio de Abdomen
Cara, Senos Articulación Temporomandibular	
RNM de Cuello	
Cuello	
Plexo Braquial	
RNM de Columna	
Columna Cervical	
Columna Dorsal	
Columna Lumbar	
Columna. Estudio dinámico	
Sacro. Sacroilíacas	
Columna. Dos Segmentos	
RNM Musculoesquelética	
Extremidad Superior o Inferior NO Articular	
Hombro	
Codo	
Muñeca	
Mano	
Muñeca y Mano	
Caderas Uni o Bilateral	
Rodilla	
Tobillo	
Pie	
Tobillo y Pie	
RNM Angio	
Angio de Tórax	
Angiografía Cerebral	
Angiografía de Troncos Supraaórticos	

• REQUISITOS ESPECÍFICOS.

La entidad dispondrá de los protocolos específicos autorizados y validados por la dirección del Centro, para la realización de los procedimientos diagnósticos en los que se detallen las directrices y pasos a seguir para garantizar la correcta realización de los procedimientos, buscando la estandarización, seguridad y eficiencia en la práctica clínica y laboral.

- Promover o contratar los servicios externos necesarios para el control periódico del equipamiento y de las dosis de radiación a usuarias de acuerdo con la legislación vigente.
- Asegurar las condiciones de protección radiológicas exigidas por la legislación vigente contando con un **Programa de Protección Radiológica** elaborado de acuerdo con el Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico o normativa vigente durante la duración del convenio, que deberá elaborarse antes de la puesta en funcionamiento de la instalación y que constará por escrito y deberá presentarse antes del inicio de la ejecución del convenio.
- Deberá disponer de un **Programa de Garantía de Calidad** con arreglo a lo dispuesto en el Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico, o normativa vigente durante la duración del convenio.

- **EQUIPO**

La entidad presentará a la gerencia dependiente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (GRS), certificado de primera instalación y puesta en marcha del fabricante del equipo. La antigüedad máxima de los equipos será de 10 años, teniendo en cuenta las conclusiones y recomendaciones realizadas en 2017 por la SERAM en la Guía para la renovación y actualización tecnológica en radiología. Gestión de los ciclos de vida de la tecnología de diagnóstico por la imagen.

1. EQUIPO ESPECÍFICO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Características:

1. 1 Imán:

- Intensidad de campo magnético igual o superior a 1,5 T para equipos de alto campo.

- Intensidad de campo magnético igual o superior a 0,2 T para equipos de geometría abierta (solo para pacientes obesos o con medidas antropométricas que no permitan el estudio en equipo cerrado).
- Apertura mínima de imán de 60 cm. en equipos cerrados.
- Desviaciones de homogeneidad no superiores a 5 ppm para un volumen esférico de diámetro igual a 40 cm.
- Apantallamiento activo de homogeneidad mejor que 0,025 ppm (V RMS).

1. 2 Subsistema de radiofrecuencia:

- Deberá incluir antenas de radiofrecuencia (ARF) para los estudios de cabeza, cuello, cuerpo, columna, extremidades, superficie y otras localizaciones.

1. 3 Sistema de gradiente:

- Debe permitir espesores de corte fino, con un mínimo igual o menor de 2.5 mm con 2DFT e igual o menor de 1 mm con 3DFT.
- La intensidad será igual o superior a 15 mT/m.
- La aceleración será igual o superior a 20 T/m/s.
- El tiempo mínimo para alcanzar el gradiente máximo será igual o inferior a 1,6/0,5 ms (TR/TE).

Si alguna de las características técnicas indicadas determinara una marca o modelo exclusivos, dicha indicación deberá entenderse como equivalente.

• PERSONAL

Personal sanitario:

- Un médico especialista en Radiodiagnóstico, que deberá estar de presencia física dentro de las instalaciones durante la preparación del paciente y ejecución de la prueba.

- Un médico especialista en Anestesiología y Reanimación en el caso de que se incluyan exploraciones bajo anestesia.
- Un enfermero/a y un Técnico Especialista en Radiodiagnóstico.

• PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN

Los centros dispondrán de los protocolos de realización de todas las exploraciones conveniadas. Los protocolos de las exploraciones se revisarán anualmente, y se actualizarán si procede en función del conocimiento científico. Los protocolos y sus modificaciones se notificarán a la gerencia dependiente de la GRS y deberán contar con su aprobación.

Las características que se describen a continuación tienen la consideración de requisitos mínimos para la realización de la prueba.

- Las exploraciones deberán realizarse con equipos de intensidad mayor o igual a 1,5 teslas y apertura mínima de imán de 60 cm.
- En cada una de las exploraciones se deberá realizar estudio, al menos, con dos secuencias distintas y dos proyecciones espaciales distintas (por ejemplo, una secuencia).
- Siempre que las características técnicas del equipamiento lo permitan, y basándose en el conocimiento científico, en cada protocolo específico, de forma general o en un paciente concreto, la entidad modificará, a requerimiento de la gerencia dependiente de la GRS, las características del mismo (grosor de corte, separación entre cortes, proyecciones, medios de contraste, secuencias, etc.).

b. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TC).

A efectos del presente convenio se consideran **TC simples o complejas** los siguientes teniendo en cuenta el tiempo de ocupación de la sala de exploración utilizado para su realización y tiempo empleado por el personal sanitario para completar las tareas y cuidados relacionados con el procedimiento.

TC Simples	TC Complejas
TC de Tórax	TC de Abdomen y Pelvis
Tórax	Hígado Multifásica
Tórax de Alta Definición	Enterografía
TC de Abdomen y Pelvis	Urografía
Abdómino-Pélvico	TC Vascular
Renal Multifásica	Arterias Cerebrales
Pelvis	Venas Cerebrales
Tóraco-Abdómino-Pélvico	Arterias Supraórticas
TC de Cráneo	Arterias Pulmonares
Cráneo	Aorta
TC de Cara y Base de Cráneo	Angio de Abdomen
Silla Turca	Arterias Renales
Órbita	Arterias Periféricas
Facial/Senos	Venas Periféricas
Mandíbula	
Articulación Temporomandibular	
Base de Cráneo (Fosa Posterior)	
Peñasco, Mastoides Y Cais	
TC de Cuello	
Cuello	
TC de Columna	
Columna Cervical	
Columna Dorsal	
Columna Lumbo-Sacra	
Sacro / Sacroiliacas	
TC Musculoesquelético	
Extremidades Superior/Inferior	
Dinámico de Rodillas	

• REQUISITOS ESPECÍFICOS.

La entidad dispondrá de los protocolos específicos autorizados y validados por la dirección del Centro, para la realización de los procedimientos diagnósticos en los que

se detallen las directrices y pasos a seguir para garantizar la correcta realización de los procedimientos, buscando la estandarización, seguridad y eficiencia en la práctica clínica y laboral.

- Promover o contratar los servicios externos necesarios para el control periódico del equipamiento y de las dosis de radiación a usuarias de acuerdo con la legislación vigente.
- Asegurar las condiciones de protección radiológicas exigidas por la legislación vigente contando con un **Programa de Protección Radiológica** elaborado de acuerdo con el Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico o normativa vigente durante la duración del convenio, que deberá elaborarse antes de la puesta en funcionamiento de la instalación y que constará por escrito y deberá presentarse antes del inicio de la ejecución del convenio.
- Deberá disponer de un **Programa de Garantía de Calidad** con arreglo a lo dispuesto en el Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico, o normativa vigente durante la duración del convenio.

1. EQUIPO

La entidad presentará a la gerencia dependiente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (GRS), certificado de primera instalación y puesta en marcha del fabricante del equipo. La antigüedad máxima de los equipos será de 10 años, teniendo en cuenta las conclusiones y recomendaciones realizadas en 2017 por la SERAM en la Guía para la renovación y actualización tecnológica en radiología. Gestión de los ciclos de vida de la tecnología de diagnóstico por la imagen.

1. EQUIPO ESPECÍFICO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Características:

- TAC multidetector de al menos 16 filas de detectores
- Generador de Rayos X. Potencia de al menos 45 kw.

- Unidad de exploración (Gantry): Diámetro de al menos 60 cm
- Equipamiento de TAC complementario: inyector automático de contraste con doble sistema para contraste y suero.

Si alguna de las características técnicas indicadas determinara una marca o modelo exclusivos, dicha indicación deberá entenderse como equivalente.

2. PERSONAL

Personal sanitario:

- Un médico especialista en Radiodiagnóstico, que deberá estar de presencia física dentro de las instalaciones durante la preparación del paciente y ejecución de la prueba.
- Un médico especialista en Anestesiología y Reanimación en el caso de que se incluyan exploraciones bajo anestesia.
- Un enfermero/a y un Técnico Especialista en Radiodiagnóstico.

3. PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN:

Los centros dispondrán de los protocolos de realización de todas las exploraciones conveniadas. Los protocolos de las exploraciones se revisarán anualmente, y se actualizarán si procede en función del conocimiento científico. Los protocolos y sus modificaciones se notificarán a los centros dependientes de la Gerencia Regional de Salud y deberán contar con su aprobación.

Siempre que las características técnicas del equipamiento lo permitan, y basándonos en el conocimiento científico, en cada protocolo específico, de forma general o en un paciente concreto, la entidad modificará, a requerimiento de la gerencia dependiente de la GRS, las características del mismo (grosor de corte, separación entre cortes, proyecciones, medios de contraste, secuencias, etc.).