

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS QUE HA DE REGIR EN EL CONTRATO DE SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DE REHABILITACIÓN PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES A ADJUDICAR POR PROCEDIMIENTO ABIERTO MEDIANTE PLURALIDAD DE CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN.

HUH PASA SE 2025/01

PRIMERA. - OBJETO

El presente pliego recoge las prescripciones técnicas que regirán la contratación del **Servicio de Procedimientos Terapéuticos de Rehabilitación para el Hospital Universitario del Henares**.

El servicio será realizado por medios propios del adjudicatario, lo que comprende el personal, las instalaciones, el equipamiento y material sanitario, de acuerdo con las características establecidas en el presente Pliego y con lo que se incluye en toda la normativa vigente.

Todas las asistencias y pruebas, en su caso, han de realizarse en el centro/s sanitario/s del adjudicatario, sin que quepan derivaciones de pacientes a otros centros.

SEGUNDA. - ALCANCE DEL SERVICIO

La asistencia sanitaria objeto de esta licitación se concreta en las siguientes actuaciones asistenciales, debiendo tener el adjudicatario la solvencia técnica específica al servicio:

Lote único Nº Orden	REHABILITACION AMBULATORIA	Nº de procedimientos 24 meses
1.1 (CMD 6): Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades, tronco y/o abdomen		
1.1.1	Otras afecciones traumáticas osteoarticulares de las extremidades, tronco y/o abdomen	56
1.1.2	Afecciones traumáticas de las partes blandas de las extremidades, tronco y/o abdomen	166
1.1.3	Afecciones traumáticas osteoarticulares y de partes blandas de localización múltiple (extremidades tronco y/o abdomen)	12
1.2 (CMD 7): Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de partes blandas de las extremidades, tronco y/o abdomen		
1.2.1	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de partes blandas del hombro	364
1.2.2	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de partes blandas de la rodilla	6
1.2.3	Otras afecciones no traumáticas osteoarticulares y de partes blandas de extremidades (excepto del hombro y rodilla) tronco y/o abdomen	132
1.2.4	Artritis	342
1.2.5	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de partes blandas de localización múltiple (extremidades tronco y/o abdomen)	12
1.3 (CMD 8): Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular.		
1.3.1	Afecciones traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular	132
1.3.2	Síndromes álgicos vertebrales de características mecánicas y/o degenerativas	1.166
1.4 (CMD 13) Alteraciones del lenguaje, de la voz y del habla		
1.4.1	Afasia	40
1.4.2	Disartria	30

El servicio a prestar debe asegurar:

- La disponibilidad de recursos humanos y técnicos suficientes.
- La asistencia con presencia física por parte de diplomados en Fisioterapia.
- La disponibilidad permanente y rápida de realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con coordinación y regulación médica.
- La continuidad asistencial coordinándose con el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario del Henares.

La rehabilitación ambulatoria es el tratamiento rehabilitador especializado en pacientes con autonomía para mantenerse en régimen ambulatorio.

El tratamiento incluirá programas terapéuticos específicos y rehabilitadores personalizados realizando en cada caso el tratamiento preciso.

Las instalaciones deberán mantenerse en todo momento en perfectas condiciones de uso y limpieza, con todo su equipamiento y material necesario.

La empresa que resulte adjudicataria deberá disponer de los medios técnicos y personales necesarios, para garantizar la relación y control del servicio y deberá velar por que el personal desempeñe correctamente su cometido. Para la prestación de estos servicios el licitador contará con un cuadro de especialistas que cubran las necesidades y unidades asistenciales mínimas.

Dispondrá de los equipos sanitarios en perfecto estado de funcionamiento. Será de obligado cumplimiento, la observancia de la normativa legal vigente en cuanto a su ubicación, funcionamiento y seguridad. Todos irán marcados con la certificación CE.

En caso de emplearse material y/o instrumental no fungible que requiera ser esterilizado, será preciso tener documentados los controles de garantía realizados del proceso de esterilización.

La utilización de los servicios requerirá autorización expresa de un facultativo del Hospital Universitario del Henares. Dicha autorización se referirá a un número determinado de sesiones y tendrá que ser renovada si se consideran necesarias sesiones adicionales.

El profesional que atienda al paciente deberá, tras su valoración, elaborar un programa o plan individual integral personalizado, que será aprobado por los servicios médicos del Hospital Universitario del Henares y en el que se incluirá las terapias que recibirá el paciente, así como el número de sesiones inicialmente estimadas y su frecuencia.

La supervisión y control del paciente se realizará por parte de los servicios médicos del Hospital Universitario del Henares.

En todos los casos se mantendrán las medidas de confidencialidad pertinentes en cumplimiento estricto de la normativa vigente a este respecto.

Los tratamientos se iniciarán por parte del adjudicatario en un plazo máximo de 24 horas siguientes a la solicitud.

Una vez finalizadas las sesiones de rehabilitación, se deberá facilitar un informe que indique la evolución del paciente que incluya:

- Número de sesiones, terapias aplicadas y valoración inicial y final.

El adjudicatario deberá comunicar al Hospital Universitario del Henares de manera urgente, cualquier incidencia que se presente:

- Incomparecencias de los pacientes a las citas.
- Incidencias que se desarrolle con el paciente durante la asistencia prestada.

TERCERA.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: REQUISITOS MÍNIMOS

A. EQUIPAMIENTO

1. NORMATIVA

Serán de obligado cumplimiento:

- El artículo 4 de la Orden 1158/2018 de 7 de noviembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regulan los requisitos técnicos generales y específicos de los centros y servicios sanitarios sin internamiento, de los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria y de la asistencia sanitaria prestada por profesionales sanitarios a domicilio en la Comunidad de Madrid (BOCM de 4 de diciembre de 2018).
- Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los Productos Sanitarios.
- Cualquier otra normativa, local, autonómica y estatal, vigente, tanto en el momento de la licitación como durante la vigencia del contrato, aplicable tanto a la dimensión y extensión del equipamiento requerido, como a los propios requerimientos de funcionamiento y seguridad de los mismos.

2. EQUIPAMIENTO MÉDICO

- Para realizar las funciones de exploración, diagnóstico, revisiones y marcar planes terapéuticos, se dispondrá de todo el equipamiento y utillaje necesario, y en concreto de una unidad de cada uno de los elementos que relacionan a continuación excepto en el caso de que se especifique otro número distinto:

1 Esfigmomanómetro, 2 fonendoscopios, negatoscopio, goniómetro, cinta métrica, transportador de ángulos, martillo de reflejos, diapasón, linterna de exploración, camilla de exploración para pacientes adultos, báscula y tallímetro.

- Así mismo se deberá disponer de los fármacos necesarios (oxígeno, bicarbonato, adrenalina, atropina, lidocaína, dopamina, dobutamina y aleudrina, etc) y equipamiento completo de reanimación cardiopulmonar (carro de RCP con desfibrilador miocárdico, laringoscopio, tubos orotraqueales, vías venosas centrales y pulmonares, bolsa de resucitación unidireccional, etc.).

3. EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO PARA PROCESOS ASISTENCIALES

3.2 EQUIPO TÉCNICO ESPECÍFICO DE REHABILITACIÓN

El número de equipos o aparatos disponibles, deberá estar adaptado a la actividad asistencial desarrollada, y más concretamente a la asistencia de pacientes derivados por los Centros remitentes, garantizando en todo momento que esta sea correcta, eficiente y de calidad.

3.2.1 TERMOTERAPIA SUPERFICIAL

Lámparas individuales de Infrarrojos, con potencia de, al menos, 250 W. Tanque de parafina con sistema de disolución a temperatura regulable de 0-60º o superior, con termorregulador incorporado y capacidad mínima de 8 Kg.

3.2.2 TERMOTERAPIA PROFUNDA

Equipo/s de microondas que permita aplicación continua mínima de 200 W. y pulsátil mínima de 1000 W.

Equipo/s de Onda Corta, con al menos, corriente de alta frecuencia de emisión continua y pulsátil con sintonización automática. Potencia mínima entre, 400 W. (continua) y 1000 W. (pulsada) con electrodos capacitivos e inductivos.

3.2.3 LASER

3.2.3.1 Láser de Cañón

Equipo/s de láser de barrido vertical y horizontal con la combinación de guía láser y láser infrarrojo, con dos canales independientes, uno para el barrido y otro para la conexión puntual. Con frecuencia variable de 1 a 1500 Hz.

3.2.3.2 Láser Puntual

3.2.4 MAGNETOTERAPIA

Equipo/s de magnetoterapia con solenoide de 30-60 cm. f Equipo/s de magnetoterapia para grandes zonas, tratamiento con camilla con solenoide de más de 6 cm.

3.2.5 ULTRASONIDOS

Equipo/s de ultrasonidos que deberá tener una frecuencia de base de 1 MHz., con posibilidad de emisión continua y pulsátil, regulación de intensidad mínima de 0.5 a 3 W/cm² y un cabezal de, al menos, 5 cm² de área de radiación efectiva (ERA). Con posibilidad de tratamiento subacuático.

3.2.6 CRIOTERAPIA

Bolsas de hielo y/o Cold-Pack de, al menos, 3 tamaños diferentes, para la aplicación del frío.

3.2.7 HIDROTERAPIA

Los equipos necesarios para la realización de baños de contraste en extremidades superiores e inferiores.

3.2.8 ELECTROTERAPIA DE BAJA Y MEDIA FRECUENCIA

- Se deberá disponer de el/los equipamiento/s que permita/n aplicar los siguientes tipos de corrientes:
 - De baja frecuencia (diadinámicas, galvánica, Träebert, farádicas, TENS, etc.).
 - De media frecuencia (interferenciales tetrapolar y bipolar).
- Los electrodos para la electroestimulación podrán ser metálicos y/o de goma, de, al menos, 3 tamaños diferentes. En pacientes con riesgo de enfermedades transmisibles se utilizarán electrodos desechables.

3.2.9 MATERIAL DE MECANOTERAPIA Y CINESITERAPIA

Se dispondrá del material necesario para la correcta aplicación del tratamiento correspondiente, y en concreto de:

- Un sistema de barras paralelas de altura graduable.
- Bicicleta/s ergométrica/s con ajuste de carga de trabajo, lectura de velocidad, reloj con señal de alarma, manillar y asiento regulable y/o un equipo de cinta sin fin (tapiz rodante), igualmente con ajuste de carga de trabajo, lectura de velocidad y reloj con señal de alarma.
- Un sistema de poleas resistidas.
- Un sistema de poleas autoasistidas.
- Un sistema de suspensión y poleoterapia.
- Módulos de espalderas.
- Tablas de propiocepción.
- Escalera de dedos.
- Pronosupinador.
- Espejo móvil.
- 3 Camillas, con las dimensiones apropiadas para su utilización en pacientes adultos.
- 2 juegos de pesas (de 0.5 a 5 Kgs, con incrementos de 0.5 Kg).
- 4 Colchonetas individuales o una con capacidad para cuatro pacientes.
- Otro material de mecanoterapia y cinesiterapia (alteras, cinchas, pelotas, etc.).

3.2.10 MATERIAL PARA TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA

Se dispondrá, al menos, del siguiente equipamiento:

- Un Espejo frontal para la realización de la laringoscopia.
- Una lámpara de alcohol.
- Espejos laríngeos, de al menos 3 tamaños diferentes, para la visualización y detección de patologías de los repliegues vocales.
- Bateas de acero inoxidable para la ubicación y desinfección del instrumental médico.
- Material esporádica para la desinfección del instrumental médico.
- Un Otoscopio: debe constar de espéculos óticos de uso permanente y/o espéculos óticos desechables de al menos 4 medidas diferentes (entre 2 y 5 mm. De diámetro).
- Espéculos nasales para la visualización de fosas nasales de tamaño pequeño, mediano y grande.
- Camilla: debe permitir la exploración de la respiración en posición decúbito supino y de la dehiscencia abdominal en niños.
- Esterilizador estándar para la esterilización del material de exploración.
- Un Sonómetro analógico: debe permitir la medición de la intensidad en Db de la voz hablada, proyectada y el grito. El rango de medición debe oscilar entre 40 y 110 db.
- Un Espejo de Glatzer: debe permitir la valoración del escape nasal de aire durante la fonación y simetría del tabique en la espiración.
- Dos Cronómetros: debe permitir la medición cuantitativa del tiempo de los ítems específicos según la prueba de exploración (TME y TMF).
- Grabadora estándar (con teclas de reproducción, grabación, stop y rebobinado rápido en los dos sentidos).
- Material fungible de exploración de un solo uso: gasas esterilizadas, depresores de madera y de plástico, guantes de látex, alimento sólido y líquido.
- Teclado musical: ha de permitir una extensión mínima de cuatro octavas en formato piano y órgano
- Programa informático para el análisis de la voz.
- Audiómetro pediátrico.
- Cinta métrica: debe permitir la medición en cm. Del tipo respiratorio superior clavicular, torácico, abdominal y costodiafragmático.
- Metrónomo: debe permitir marcar la velocidad y valorar el ritmo en la ejecución de la voz hablada.
- Pruebas psicométricas estandarizadas para el diagnóstico de las patologías del habla, y del lenguaje.
- 3 Colchonetas individuales o una colectiva con capacidad para, al menos, cuatro personas adultas.
- Espejo fijo: que permita la visualización del cuerpo entero.
- Juegos didácticos: un mínimo de 20 elementos que permitan el trabajo de los diferentes objetivos de la rehabilitación según la patología.
- Instrumentos musicales.
- Programa informático de entrenamiento vocal.
- Cámara de vídeo.
- Sacos de arena cuyo peso oscile entre 1 y 3 Kg. Y que permitan el trabajo de la respiración y la técnica Pushing.
- Material fungible de rehabilitación: debe incluir material de soplo y deglución.
- Fichas de rehabilitación: que permitan el trabajo de los diferentes objetivos de la rehabilitación según la patología.
- Informática:
- Para facilitar y mejorar la intervención en logopedia con un procesador de textos y un mínimo de 2 programas informáticos de rehabilitación.
- Dispondrán de un ordenador con memoria suficiente y tarjeta de sonido y gráfica adecuada para trabajar con los programas informáticos necesarios.

4. EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO

Hardware y software: Dotación informática y de tecnología de la información y comunicación, con capacidad suficiente, para realizar todas las actividades administrativas y asistenciales del centro.

5. OTROS

La entidad ofertante dispondrá de servicio técnico permanente y de mantenimiento (preventivo y reparador), estableciendo, en este sentido, las condiciones de colaboración con las empresas suministradoras para reducir al mínimo los tiempos de parada de los equipos, e igualmente, la entidad ofertante se responsabilizará de la garantía de calidad de su funcionamiento, de acuerdo con las instrucciones de cada suministrador y del restablecimiento de las condiciones que, aun no suponiendo un paro en la actividad, puedan comprometer la calidad de los procedimientos y/o la seguridad de los pacientes.

B. LOCALES E INSTALACIONES

Serán de obligado cumplimiento:

- Será de obligado cumplimiento la normativa legal local, autonómica y estatal vigentes, para la construcción y puesta en marcha de ese tipo de instalaciones, así como toda la normativa de aplicación general, y, singularmente, la previsión contenida en el artículo 3 de la Orden 1158/2018 de 7 de noviembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regulan los requisitos técnicos generales y específicos de los centros y servicios sanitarios sin internamiento, de los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria y de la asistencia sanitaria prestada por profesionales sanitarios a domicilio en la Comunidad de Madrid (BOCM de 4 de diciembre de 2018).

1. AUSENCIA DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

No existirán barreras arquitectónicas en acceso a:

- Edificio: Permitirá acceso a la zona de entrada del edificio de vehículos de transporte sanitario. Dispondrá de una zona reservada para ambulancias en la puerta del centro, con fácil acceso a las instalaciones, y que permita entrada y salida de pacientes y sillas de ruedas.
- Instalaciones: Permitirá el acceso y desplazamiento de pacientes en silla de ruedas, a través de rampas y/o ascensor/es del propio centro, de forma cómoda y segura.

2. SE DISPONDRÁ DE LOS SIGUIENTES LOCALES Y DEPENDENCIAS

2.1 ZONA DE RECEPCIÓN/ADMISIÓN

- Permitirá la realización de las funciones de atención e información al usuario, planificación de las agendas de visitas, control de asistencia de los pacientes, procesos administrativos del servicio y atención telefónica.
- Ha de estar emplazada a la entrada del centro, en lugar visible y estratégico para que cualquier persona que entre pueda ser vista.
- La recepción debe permitir el control del acceso al centro y al resto de las áreas.
- El mostrador debe permitir el acceso tanto a personas con movilidad normal como reducida (silla de ruedas).
- La superficie mínima deberá ser de 5 m², pudiendo estar integrada dentro de otra/s dependencia/s.

2.2 SECRETARÍA Y ÁREA ADMINISTRATIVA

Existirá el equipamiento necesario para:

- Realización y envío de informes de resultados.
- Archivo de informes en soporte informático.
- Archivo de informes e historia clínica en soporte convencional.

2.3 SALA DE ESPERA

- Superficie mínima de 10 m² y, al menos, la capacidad que se especifica a continuación, para:
- Pacientes y acompañantes, con capacidad para 8 personas sentadas.
- Pacientes en silla de ruedas, con capacidad para 2 sillas de ruedas.
- Existirá un directorio de señalización y orientación.
- Se dispondrá, cerca de la recepción, de espacio para la ubicación de dos sillas de ruedas plegadas.

2.4 SALA DE CONSULTA

- Existirá, al menos, una sala de consulta con zona de exploración diferenciada, equipada con lavamanos y con una superficie mínima de 10 m2.

2.5 VESTUARIOS Y ASEOS

2.5.1 ASEOS PÚBLICOS

- Existirán, al menos, un aseo, con lavabo e inodoro, diferenciado para mujeres y otro para hombres.
- La superficie mínima de cada uno será de 4 m2.

2.5.2 ASEO PÚBLICO PARA DISCAPACITADOS FÍSICOS

- Existirá al menos uno, que puede ser uno de los especificados en el apartado 2.5.1, siempre que disponga de lavabo e inodoro y todo el equipamiento básico para discapacitados físicos que establezca la normativa legal vigente en cada momento.

2.5.3 VESTUARIO USUARIOS

- Existirán, al menos, las siguientes zonas diferenciadas e independientes:
- Zona de vestuario para mujeres, con una superficie mínima de 10 m2.
- Zona de vestuario para hombres, con una superficie mínima de 10 m2.
- Cada una de estas zonas, que constituye el espacio destinado para que los pacientes puedan cambiarse de ropa para realizar el tratamiento, dispondrá de espejo, ducha con barras de soporte, colgadores, bancos, dispositivos de renovación de aire y suelo antideslizante.

2.5.4 ASEO DE PERSONAL

- Existirá un aseo con una superficie mínima de 3 m2.

2.5.5 VESTUARIO DE PERSONAL

- Espacio destinado para cambiarse de ropa y realizar las pausas establecidas durante la jornada laboral.
- Dispondrá de ducha, espejo, banco/s y dispositivo de renovación de aire.
- La superficie mínima será de 4 m2.
- El espacio destinado para archivo de historias clínicas, deberá garantizar la privacidad y seguridad de los documentos y tener una superficie mínima será de 3 m2.
- Espacio destinado al almacenaje de recambios y material fungible.
- La superficie mínima será de 3 m2.

3. ÁREA TERAPÉUTICA DE FISIOTERAPIA

Las instalaciones de las salas y boxes de tratamiento deberán construirse con material ignífugo de un RF (resistencia al fuego) no inferior a 30 minutos.

3.1 SALA DE GIMNASIO POLIVALENTE

- Es el espacio donde se realizan las diferentes modalidades de cinesiterapia y mecanoterapia.
- Es necesario que disponga de buena iluminación, dispositivo de renovación de aire, suelo antideslizante y espalderas.
- La superficie mínima será de 30 m2.

3.2 BOX PARA EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL O TERMO/CRIO/ELECTROTERAPIA

- Espacio destinado para que los fisioterapeutas realicen los tratamientos de forma individual.
- La superficie mínima de cada uno será de 3,5 m2.

3.3 ZONA DE PARAFINA, BAÑOS ALTERNANTES Y OTROS TRATAMIENTOS QUE UTILICEN EL AGUA COMO MEDIO TERAPÉUTICO

- El pavimento será antideslizante.
- Las tomas eléctricas estarán situadas a una altura mínima de 60 cm. del suelo y serán estancas. -La superficie mínima será de 5 m².
- Ventilación natural y/o forzada (extractor).

3.4 SALA DE TRATAMIENTO EN GRUPO

- Espacio destinado para el tratamiento de pacientes en grupo, independiente o integrada en la sala de Gimnasio polivalente.
- La superficie mínima será de 20 m².

3.5 SALA DE LOGOPEDIA

Espacio destinado para el tratamiento de las diferentes modalidades de logopedia, independiente. La superficie mínima será de 16 m².

4. ASPECTOS GENERALES

Instalación de un sistema de aire acondicionado y calefacción en todas las dependencias.

5. SERVICIO DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

La entidad contratada deberá disponer de los medios necesarios para garantizar la limpieza y mantenimiento de todas las instalaciones.

C. RECURSOS HUMANOS

Todo el personal contratado en los Centros, estará en posesión de la titulación establecida, según la legislación vigente. El número de profesionales y su dedicación al centro, y más concretamente a la asistencia de pacientes derivados por el Centro remitente, deberá estar adaptado a la actividad asistencial desarrollada, garantizando en todo momento que esta sea correcta, eficiente y de calidad.

1. PERSONAL FACULTATIVO

Licenciado/s en Medicina y Cirugía especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. Desarrollo de actividad asistencial en foniatría de al menos, uno de los Licenciados en Medicina y Cirugía especialistas en Medicina Física y Rehabilitación

2. PERSONAL SANITARIO

- Fisioterapeuta/s.
- Terapeuta/s ocupacional/es.
- Logopeda/s.
- Auxiliar/es de Enfermería.

3. PERSONAL NO SANITARIO

Administrativo/s. se dispondrá del número suficiente que garantice la atención a los pacientes y la realización de los procesos administrativos del centro.

D. ORGANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO REQUISITOS MÍNIMOS

1. HORARIO DE SERVICIO

- a) Realización del procedimiento con carácter ordinario:
 - Siete horas diarias en horario de mañana y/o tarde, 5 días a la semana, no festivos.
- b) Contratación de paquetes de servicios (lista de espera y similares). En este caso se ajustará al horario que se pacte con el centro contratante.
- c) Durante el horario establecido en los dos apartados anteriores (a y b) se realizarán los procedimientos objeto del servicio a pacientes enviados desde régimen ambulatorio, hospitalización y situaciones de urgencia, según determine el centro contratante.

2. RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Se utilizará impreso normalizado diseñado en cada centro contratante.
- La recepción de los impresos de solicitud se realizará mediante:
- Recogida física de los mismos, individuales o en bloque, por personal de la entidad adjudicataria o servicio de mensajería de ésta dependiente, del lugar o lugares que designe el centro contratante, en un plazo no superior a 24 horas tras la notificación por parte de este último, que se realizará vía telefónica o fax.
- O, en el caso en que el centro contratante así lo estime conveniente, la solicitud podrá realizarse vía telefónica, fax o correo electrónico, adjuntándose, en todo caso, el impreso de solicitud en el momento de la prestación del servicio.

3. COMUNICACIÓN DE LA FECHA DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO (CITACIÓN):

- a) Realización del Procedimiento con carácter ordinario:
 - Pacientes en régimen ambulatorio con carácter no urgente: la entidad adjudicataria realizará la citación, en un plazo no superior a tres días laborables, directamente al paciente o persona responsable del mismo. En el caso de no poder contactar, tras repetidos intentos, con la entidad adjudicataria deberá comunicarlo, con la mayor brevedad, al centro contratante, por el procedimiento que éste determine.
 - Pacientes con carácter urgente: Se realizará vía telefónica, fax o correo electrónico a tiempo real.
- b) En el caso de contratación de paquetes de servicios, (lista de espera y similares) la demora en la citación para la realización del tratamiento se ajustará al plazo global que se pacte con el centro contratante.

4. REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 DEMORAS

- a) Realización del procedimiento con carácter ordinario. El proceso terapéutico se inicia siempre con la valoración del Médico especialista del centro, seguida a continuación por el tratamiento prescrito, sin demorarse éste más de 5 días. Las demoras en el inicio del procedimiento terapéutico (contando a partir del momento de solicitud) salvo en el caso de que se especifique una fecha concreta posterior en el impreso de solicitud, serán:
 - En pacientes en régimen ambulatorio 10 días laborables.
 - En pacientes con carácter urgente, con la mayor brevedad posible y un plazo máximo de respuesta de 5 días laborables.
- b) La demora en el inicio del procedimiento, en el caso de contratación de paquetes de servicios (lista de espera y similares) se ajustará al plazo global que se pacte con el centro contratante.

4.2 PROGRAMACIÓN

Tras la primera consulta, una vez decidido y planificado el tratamiento, se informará al paciente del programa de las actividades a realizar con fecha de cada una de las consultas y sesiones terapéuticas. Estas fechas podrán ser modificadas en función de la respuesta terapéutica y las incidencias que ocurran durante el desarrollo de todo el procedimiento.

4.3 HISTORIA CLÍNICA

La entidad contratada deberá disponer de una historia para cada paciente, a disposición del centro contratante durante un mínimo de 10 años, con los apartados de: anamnesis, exploración funcional, diagnóstico, objetivos, tratamiento y curso evolutivo. Se deberá cumplir la normativa legal vigente en cuanto a confidencialidad, seguridad y archivo.

4.4 HOJA INFORMATIVA y CUESTIONARIO DE OPINIÓN

En la primera consulta se entregará una “hoja informativa” para cada paciente. En ella se harán constar los derechos y obligaciones del paciente y de la entidad contratada, así como, los datos de referencia de ésta última. Igualmente se informará del mecanismo y soporte de las reclamaciones y sugerencias debiéndose cumplir, en todo momento, la normativa vigente en el Servicio Madrileño de Salud. Al comenzar el tratamiento se entregará al paciente un documento de recogida de opinión sobre la prestación del servicio, que se recogerá al alta. En este documento, como mínimo, deberán constar: 1. Actitud y trato de los profesionales 2. Valoración de la limpieza del servicio. 3. Valoración de la información recibida. 4. Valoración subjetiva del resultado.

E. REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Teniendo en cuenta la evolución del conocimiento científico, una vez formalizado el contrato, los citados protocolos pueden ser modificados, y añadirse otros de procedimientos nuevos de procesos asistenciales nuevos o no, siempre con los objetivos de conseguir mayor facilidad de realización con menores molestias y un aumento en su capacidad terapéutica. Estas modificaciones deberán contar con la aprobación del centro de gasto contratante. De la misma forma los criterios de inclusión y exclusión, en cada procedimiento, serán relativos y susceptibles de modificación por la parte contratante o con su aprobación previa.
2. Siempre que las características técnicas del equipamiento lo permitan, y basándose en el conocimiento científico, en cada protocolo específico de procesos asistenciales nuevos o no, de forma general o en un paciente concreto, la entidad contratada modificará, a requerimiento del centro contratante, las características del mismo.
3. El intervalo máximo de tiempo entre dos sesiones de las especificadas en cada uno de los protocolos que se describen a continuación, será de 3 días laborables, en las fases iniciales de tratamiento. Podrá aumentarse a 5 días en las fases finales del tratamiento.
4. El número de visitas médicas y sesiones de tratamiento reflejado en este modelo es una media estimada para cada código diagnóstico. Si los objetivos terapéuticos no se hubieran alcanzado con este número de sesiones, se ampliará el mismo sin solicitar una nueva autorización a la entidad derivadora, hasta que se considere el alta de acuerdo con el punto 7 de las circunstancias del alta.
5. Las modalidades terapéuticas a utilizar en los protocolos de realización de cada procedimiento, deberán adaptarse a la situación clínica y funcional de cada paciente. Concretamente en lo que se refiere al tipo de profesional/es que participará/n en cada proceso, es asimismo una media estimada para cada código diagnóstico. Por tanto, podrán ser modificadas para adaptarse a las necesidades de cada paciente y serán establecidas por el médico rehabilitador del centro en la primera visita y/o revisiones.
6. El Alta se dará en cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - 6.1. En la primera visita médica (MD-1), cuando se considere “No indicado el tratamiento solicitado”.
 - 6.2. Cuando se hayan conseguido la curación o los objetivos especificados en cada protocolo, independientemente del número de sesiones realizado.
 - 6.3. Cuando se considere que no es posible la curación, mejoría adicional o el cumplimiento de los objetivos especificados o alguno de ellos, independientemente del número de sesiones y visitas especificadas en el protocolo realizado. En esta circunstancia el alta quedará condicionada a la valoración objetiva del médico rehabilitador responsable del paciente en el centro que presta el servicio. En caso de discrepancia para el alta, prevalecerá la valoración y el criterio del médico rehabilitador del Centro remitente.

7. Cada paciente será en principio codificado con un único código proceso. En caso de presentar dos o más patologías diferentes dentro de un mismo proceso, que precisen asistencia de forma individualizada, podrán ser codificadas por separado, siempre que no exista un código proceso de afecciones múltiples que las integre. Cada paciente podrá tener asignados como máximo dos códigos proceso.
8. Cuando se produzca interrupción de tratamiento por causas ajenas a la entidad que presta el servicio se procederá según sigue: - Si es debida a circunstancias personales del paciente justificadas por enfermedad, intervención quirúrgica o ingreso hospitalario se mantendrá el proceso abierto durante 15 días laborables continuados, transcurridos los cuales, y en el caso de mantenerse esta situación, se procederá a dar el alta. - En el caso de interrupción por otros motivos, o por incomparecencia del paciente por un periodo de 7 días laborables continuados sin justificar, se procederá a dar el alta.

Modalidades Terapéuticas a utilizar en los protocolos de realización de cada procedimiento

Modalidad Terapéutica		Descripción	
Código	Descripción	Tiempo mínimo	Recursos mínimos utilizados.
MA-1	Primera visita médica realizada antes de que el paciente ingrese en el servicio de rehabilitación.	20'	Médico Rehabilitador.
MA-R	Revisión médica realizada durante el proceso terapéutico.	10'	Médico Rehabilitador.
MA-A	Visita médica realizada al finalizar el proceso terapéutico para valorar el estado del paciente y confeccionar el informe de alta.	15'	Médico Rehabilitador.
FA-A	Modalidad asistencial de fisioterapia destinada al tratamiento de pacientes con procesos en fase de alta complejidad terapéutica, patologías musculoesqueléticas de localización múltiple, politraumatizados, otros).	20'	Asistencia del Fisioterapeuta.
		15'	Aplicación Termoelectroterapia.
		25'	Cinesiterapia /Mecanoterapia.
FA-B	Modalidad asistencial de fisioterapia destinada al tratamiento de pacientes con procesos en fase de complejidad terapéutica media-baja.	12'	Asistencia del Fisioterapeuta.
		15'	Aplicación Termoelectroterapia.
		33'	Cinesiterapia /Mecanoterapia.
FA-C	Modalidad asistencial de fisioterapia destinada al tratamiento de aquellos pacientes que por su situación funcional no precisan ser asistidos directamente por un fisioterapeuta.	15'	Tratamiento controlado y supervisado por un Fisioterapeuta. Se establece una revisión del proceso cada cinco días, con un tiempo aproximado de 15'.
		15'	Aplicación Termoelectroterapia.
		45'	Cinesiterapia /Mecanoterapia.
FA-D	Modalidad asistencial de fisioterapia destinada al tratamiento de pacientes en grupo. Fundamentalmente esta modalidad se utilizará en el tratamiento de las patologías álgicas y/o degenerativas de la columna.	30'	Grupo, como máximo, de 20 personas y dirigido por un fisioterapeuta.
		30'	Aplicación termoelectroterapia.
FA-F	Modalidad asistencial de fisioterapia destinada al tratamiento de pacientes menores de 18 años con deformidades vertebrales como son la escoliosis y la cifosis. Dicho tratamiento se realizará en grupo.	60'	Grupo, como máximo, de 20 personas y dirigido por un Fisioterapeuta.
FA-L	Modalidad asistencial de fisioterapia destinada al tratamiento de pacientes con procesos de linfedema de miembros superiores / inferiores.	50' 10'	Asistencia del Fisioterapeuta: CNT asistida + drenaje linfático manual + vendaje del miembro. Cinesiterapia.
FA-NA	Modalidad asistencial de fisioterapia destinada al tratamiento de pacientes con procesos neurológicos en fase de alta complejidad terapéutica.	50'	Asistencia del Fisioterapeuta: técnicas de facilitación propioceptiva, equilibrio / coordinación, cinesiterapia.
FA-NB	Modalidad asistencial de fisioterapia destinada al tratamiento de pacientes con procesos neurológicos en fases de moderada complejidad terapéutica neurológica.	30'	Asistencia del Fisioterapeuta: técnicas de facilitación propioceptiva, equilibrio / coordinación, cinesiterapia.
TO-I1	Modalidad asistencial destinada al tratamiento individual de terapia ocupacional. Fundamentalmente esta modalidad se utilizará en el tratamiento destinado a reeducar las AVD, la capacidad neuropsicológica y la funcionalidad de los MMSS con afectación compleja.	20'	Tratamiento asistido realizado por un terapeuta ocupacional.
TO-I2	Modalidad asistencial destinada al tratamiento individual de terapia ocupacional. Fundamentalmente esta modalidad se utilizará en el tratamiento destinado a reeducar la funcionalidad de los MMSS con afectación menos compleja y en el asesoramiento de las adaptaciones, ayudas técnicas y/u ortesis.	10'	Tratamiento asistido realizado por un Terapeuta Ocupacional.
		20'	Tratamiento complementario. Supervisión directa por un Terapeuta Ocupacional.
TO-G	Modalidad asistencial destinada al tratamiento en grupo de terapia ocupacional. Fundamentalmente esta modalidad se utilizará en el tratamiento de las patologías reumáticas (con afectación de los MMSS) y neurológicas (específico para las AVC).	30'	Tratamiento en grupo, como máximo, de 6 pacientes realizado por un terapeuta ocupacional.

Modalidad Terapéutica		Descripción	
Código	Descripción	Tiempo mínimo	Recursos mínimos utilizados.
ML-1	Primera visita médica realizada antes de que el paciente ingrese en un servicio o unidad monográfica de logopedia . Normalmente no se utilizará en tratamientos combinados con otras especialidades ya que con la primera visita general será suficiente.	40'	Médico Rehabilitador/Foniatra. En la afasia puede ser necesario realizar más de una primera visita. En algunas patologías ha de intervenir el Logopeda para realizar la valoración funcional.
ML-R	Revisión médica realizada durante el proceso terapéutico del paciente que esté realizando tratamiento en una unidad o servicio monográfico de logopedia .	20'	Médico Rehabilitador/Foniatra.
ML-A	Visita médica realizada al final del proceso terapéutico del paciente que esté realizando tratamiento en una unidad o servicio monográfico de logopedia con el fin de valorar el estado final y realizar el informe del alta .	30'	Médico Rehabilitador/Foniatra. En la afasia puede ser necesario realizar más de una visita para valorar el estado final.
NP-I	Modalidad asistencial destinada al tratamiento individual de neuropsicología . Esta modalidad se utilizará en el tratamiento de los procesos de daño cerebral sobrevenido en su fase inicial.	50'	Neuropsicólogo.
NP-G	Modalidad asistencial destinada al tratamiento en grupo de neuropsicología . Esta modalidad se utilizará en el tratamiento de los procesos de daño cerebral sobrevenido superada la fase inicial.	50'	Tratamiento en grupo, como máximo, de 6 pacientes realizado por un neuropsicólogo.
LO-I1	Modalidad asistencial de logopedia destinada al tratamiento de pacientes con patologías del lenguaje, del habla y/o de la voz.	30'	Asistencia individual del Logopeda
		30'	Tratamiento complementario de refuerzo. Supervisión por Logopeda, asistencia por Auxiliar de Enfermería con más de 6 meses experiencia en logopedia.
LO-I2	Modalidad asistencial de logopedia destinada al tratamiento de pacientes con patologías del lenguaje, del habla y/o de la voz.	45'	Asistencia individual de un logopeda. Se podrán tratar dos pacientes, con características clínicas y funcionales similares, al mismo tiempo.
		15'	Tratamiento complementario de refuerzo. Supervisión por Logopeda, asistencia por Auxiliar de Enfermería con más de 6 meses experiencia en logopedia.
LO-G	Modalidad asistencial de logopedia destinada al tratamiento de pacientes en grupo que presentan un nivel óptimo de autonomía, posibilidades comunicativas y un nivel de comprensión y expresión suficiente para poder seguir consignas y hacer actividades conjuntas.	60'	El grupo, como máximo, de seis pacientes, con características homogéneas, será dirigido directamente por un Logopeda.
LO-O	Modalidad asistencial de logopedia destinada al tratamiento, con programas informáticos específicos, del paciente con trastornos del lenguaje. El paciente debe presentar capacidad de trabajo individual y posibilidades cognitivas y motoras.	45'	Tratamiento supervisado por un Logopeda. La asistencia durante la utilización de los programas informáticos puede ser realizada por un auxiliar sanitario con más de 6 meses de experiencia en Logopedia.
		15'	Tratamiento complementario de refuerzo. Supervisión por Logopeda, asistencia por Auxiliar de Enfermería con más de 6 meses experiencia en logopedia.

LOTE 1: CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 6

1.1 Otras Afecciones Traumáticas Osteoarticulares de las Extremidades, Tronco y/o Abdomen

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes que hayan sufrido una afección traumática osteoarticular (fracturas, luxaciones, contusiones óseas) de las extremidades tronco y/o abdomen (excepto fracturas del extremo superior del húmero y afecciones de la columna vertebral), que hayan sido tratados con medios conservadores o cruentos y que presenten cualquier tipo de deficiencia o discapacidad.

Códigos específicos que se incluirán en este proceso: --

Criterios de Exclusión:

1. Pseudoartrosis o inestabilidad del foco de fractura.
2. Procesos infecciosos agudos.
3. Incapacidad total para realizar la marcha.
4. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
5. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
6. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
7. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Complimentación de la historia clínica completa. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento) • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-B	20	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Restablecer y en su defecto mejorar la función de la zona afectada. • Eliminar o disminuir el dolor. • Adaptación adecuada al esfuerzo.
	FA-C	10	

1.2 Afecciones Traumáticas de las Partes Blandas de las Extremidades, Tronco y/o Abdomen

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes que hayan sufrido una afección traumática de las partes blandas de las extremidades (incluyendo partes blandas intraarticulares: meniscos, ligamentos...) tronco (excepto columna vertebral) y/o abdomen; que hayan sido tratados con medios conservadores o cruentos y que presenten cualquier tipo de deficiencia y/o discapacidad.

Códigos y descripciones CIE-9-MC excluidos:

81.45 Reparación ligamento cruzado anterior rodilla Se codificará como proceso 7.6

81.46 Reparación ligamento cruzado posterior rodilla. Se codificará como proceso 7.6

Criterios de Exclusión:

1. Incapacidad total para realizar la marcha.
2. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
3. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
4. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
5. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación de la historia clínica completa. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento). • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-B	12	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Restablecer y en su defecto mejorar la función de la zona afectada. • Eliminar o disminuir el dolor. • Adaptación adecuada al esfuerzo.
	FA-C	12	

1.3 Afecciones Traumáticas Osteoarticulares y de Partes Blandas de Localización Múltiple (Extremidades, Tronco y/o Abdomen)

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes que hayan sufrido la combinación de dos o más afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de la/s extremidad/es, tronco (incluyendo columna vertebral) y/o abdomen. En ningún caso podrán codificarse las diferentes afecciones de forma individual.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso

818 Fracturas de múltiples huesos de un mismo miembro superior. 819 Fracturas múltiples que implican a ambos miembros superiores. 827 Fracturas múltiples del mismo miembro inferior. 827 [Fracturas múltiples que implican a ambos miembros inferiores o miembro inferior con superior. 958.6 Contractura isquémica de Volkmann.	<ul style="list-style-type: none"> - En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC. - Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.
--	--

Criterios de Exclusión:

1. Incapacidad total para realizar la marcha.
2. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
3. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
4. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
5. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de los específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación de la historia clínica. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento) • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-A	18	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia Restablecer y en su defecto mejorar la función de las zonas afectadas. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar o disminuir el dolor. • Mejorar y/o restablecer las consecuencias de las deficiencias motoras y sensitivas si las hubiere. • Adaptación al esfuerzo.
	FA-B	14	
	FA-C	8	

LOTE 2: CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 7

2.1 Afecciones no Traumáticas Osteoarticulares y de Partes Blandas del Hombro

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes con afecciones no traumáticas, ya sean inflamatorias o de causa degenerativa, que afecten a la región del hombro y que comporten algún tipo de deficiencia y/o discapacidad.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso

715.31 Osteoartrosis localizada del hombro no especificada si es primaria o secundaria.	727.61 Rotura total no traumática del manguito de los rotadores.
718.31 Luxación recurrente del hombro.	727.62 Rotura no traumática de la porción larga del bíceps
719.51 Rigidez de hombro.	83.63 Reparación quirúrgica del manguito rotadores del hombro.
726.0 Capsulitis adhesiva del hombro.	81.83 Acromioplastia.
726.1 Síndrome del manguito de los músculos rotadores del hombro y trastornos conexos.	- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.
	- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.

Criterios de Exclusión:

1. Todas aquellas artritis incluidas dentro de los procesos sistémicos.
2. Incapacidad total para realizar la marcha
3. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
4. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
5. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
6. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de los específicos de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación de la historia clínica completa. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento) • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de los específicos de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-B	25	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. • Informar al paciente sobre pautas de ergonomía articular. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Restablecer y en su defecto mejorar la función de la extremidad. • Eliminar o disminuir el dolor. • Adaptación adecuada al esfuerzo.
	FA-C	15	

2.2 Afecciones no Traumáticas Osteoarticulares y de Partes Blandas de la Rodilla

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes con afecciones no traumáticas, ya sean inflamatorias o de causa degenerativa, que afecten a la región de la rodilla y que comporten algún tipo de deficiencia y/o discapacidad.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso:

715.36 Osteoartrosis localizada en rodilla no especificada si es primaria o secundaria.	726.6 Entesopatía de rodilla.
717 Trastorno interno rodilla.	
717[.0 / .3 / .4] Desgarro / ruptura degenerativo de menisco.	- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.
717.7 Condromalacia de la rodilla.	- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.
718.36 Luxación recurrente de la rodilla.	
719.56 Rigidez de la rodilla.	

Códigos y descripciones CIE-9-MC excluidos:

81.45 Reparación ligamento cruzado anterior rodilla Se codificarán como proceso 7.6

81.46 Reparación ligamento cruzado posterior rodilla Se codificarán como proceso 7.6

Criterios de Exclusión:

1. Todas aquellas artritis incluidas dentro de los procesos sistémicos.
2. Incapacidad total para realizar la marcha.
3. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
4. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
5. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
6. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación de la historia clínica, completa. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento). • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-B	10	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. • Informar al paciente sobre pautas de higiene y ergonomía articular. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Restablecer y en su defecto mejorar la función de la extremidad. • Eliminar o disminuir el dolor. • Adaptación adecuada al esfuerzo.
	FA-C	15	

2.3 Otras Afecciones no Traumáticas Osteoarticulares y de Partes Blandas de las Extremidades (Excepto Hombro y Rodilla), Tronco y/o Abdomen

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes con afecciones no traumáticas ya sean inflamatorias o de causa degenerativa, que afecten a las extremidades (excepto hombro y rodilla) tronco (excepto columna vertebral) y/o abdomen, y que comporten algún tipo de deficiencia y/o discapacidad.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso:

715.3 [0,2,3,4,5,7] Osteoartritis localizada no especificada si es primaria o secundaria.	727.06 Tenosinovitis de pie y tobillo.
719.5 Rigidez articular excepto hombro y rodilla), no clasificada bajo otros conceptos.	727.1 Juanete.
726.3 Entesopatía de la región del codo.	727.81 Acortamiento del Aquiles.
726.4 Entesopatía de muñeca y carpo.	728.4 Laxitud ligamentosa.
726.5 Entesopatía de la región de la cadera.	728.6 Contractura de fascia palmar (Dupuytren).
726.7 Entesopatía de tobillo y tarso.	732 [3,4,5] Osteocondropatías.
727.03 Dedo en gatillo.	733.4 Necrosis ósea aséptica.
727.04 Tenosinovitis estiloides radial (enfermedad de Quervain).	733.6 Enfermedad de Títese.
727.05 Otra tenosinovitis de mano y muñeca.	754.1 Tortícolis congénita.
	- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.
	- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.

Criterios de Exclusión:

1. Todas aquellas artritis incluidas dentro de los procesos sistémicos.
2. Incapacidad total para realizar la marcha.
3. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
4. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
5. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
6. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación de la historia clínica completa. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento). • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-B	10	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Restablecer y en su defecto mejorar la función de la extremidad. • Eliminar o disminuir el dolor. • Adaptación adecuada al esfuerzo.
	FA-C	10	

2.4 Artritis

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes con enfermedades inflamatorias que afectan de forma preferente a las estructuras articulares y periarticulares (cartílago, sinovial, vainas, etc.), existiendo frecuentemente una participación sistémica.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso:

710.0 Lupus eritematoso sistémico. 710.1 Esclerosis sistémica. 712.3 Artropatías cristalinas no especificadas. 714.0 Artritis reumatoide. 720.0 Espondilitis anquilosante.	- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC. - Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.
--	--

Criterios de Exclusión:

1. Se excluirán aquellos procesos inflamatorios de características traumáticas así como aquellos de origen mecánico y/o degenerativo (artrosis).
2. Incapacidad total para realizar la marcha.
3. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
4. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
5. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
6. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de los específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación de la historia clínica. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento). • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de los específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-B	10	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar pautas de higiene y ergonomía en las A.V.D. • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener y/o mejorar los síntomas y signos de dichas patologías y por lo tanto disminuir en lo posible las deficiencias y/o discapacidades.
	FA-C	12	

2.5 Afecciones no Traumáticas Osteoarticulares y de Partes Blandas de Localización Múltiple (Extremidades, Tronco y/o Abdomen)

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes con dos o más afecciones no traumáticas ya sean inflamatorias o de causa degenerativa, que afecten a las extremidades tronco (incluyendo columna vertebral) y/ o abdomen, y que

comporten algún tipo de deficiencia y/o discapacidad. En ningún caso podrán codificarse las diferentes afecciones de forma individual.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso:

715.0 Osteoartritis generalizada.

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.
- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.

Criterios de Exclusión:

1. Incapacidad total para realizar la marcha.
2. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
3. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
4. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
5. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Complimentación de la historia clínica. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento). • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-A	8	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. Restablecer y en su defecto mejorar la función de las zonas afectadas. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar o disminuir el dolor. • Mejorar y/o restablecer las consecuencias de las deficiencias motoras y sensitivas si las hubiere. • Adaptación al esfuerzo.
	FA-C	10	

LOTE 3: CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 8

3.1 Afecciones Traumáticas de la Columna Vertebral sin Lesión Medular

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes con afecciones traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas en uno o más segmentos de la columna vertebral sin lesión medular, como son las fracturas, los esguinces y las contusiones entre otras.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso:

805 Fractura de la columna vertebral sin lesión medular. 847.0 Latigazo cervical. 847.1 Esguince torácico. 847.2 Esguince lumbar. 922.3 Contusión de espalda.	- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC. - Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.
---	--

Criterios de Exclusión:

1. Lesión medular.
2. Incapacidad total para realizar la marcha.
3. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
4. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
5. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
6. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Complimentación de la historia clínica completa. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento). • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-B	4	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. • Enseñar las normas de higiene postural y de ergonomía. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Restablecer la funcionalidad. • Eliminar o disminuir el dolor. • Adaptación adecuada al esfuerzo. • Normalizar, en lo posible, la función respiratoria.
	FA-C	8	
	FA-D	12	

3.2 Síndromes Álgidos Vertebrales de Características Mecánicas y/o Degenerativas

Descripción del Proceso: Se incluirán todos los pacientes con síndromes álgicos en uno o más segmentos vertebrales de características mecánicas y/o degenerativas como son las artrosis, hernias discales, estenosis de canal, deformidades vertebrales en mayores de 18 años, espondilolistesis degenerativas y algias inespecíficas entre otras.

Códigos y descripciones más frecuente:

721.0 Artrosis cervical. 721.2 Artrosis dorsal. 721.3 Artrosis lumbar. 721.6 Hiperostosis espinal anquilosante. 722.0 Desplazamiento del disco intervertebral cervical (hernia discal) sin mielopatía. 722.1 Desplazamiento del disco intervertebral torácico o lumbar (hernia discal) sin mielopatía. 723.0 Estenosis espinal en región cervical. 723.1 Cervicalgia. 723.3 Síndrome cervicobraquial. 723.5 Tortícolis no especificada 724.01 Estenosis espinal en región dorsal. 724.02 Estenosis espinal en región lumbar. 724.1 Dorsalgia.	724.2 Lumbago. 724.3 Ciática. 724.4 Neuritis o radiculitis dorsal o lumbosacra no especificada. 724.79 Coccigodinea. 737.10 Cifosis (adquirida). 737.30 Escoliosis y cifoescoliosis, idiopática. 738.4 Espondilolistesis adquirida / degenerativa. - En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC. - Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.
---	--

Criterios de Exclusión:

1. Lesión medular o mielopatía.
2. Incapacidad total para realizar la marcha.
3. Síndromes paralizantes graves u otros procesos mórbidos que comporten elevados niveles de incapacidad para realizar las A.V.D. básicas y las transferencias más elementales.
4. Trastornos psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta.
5. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración.
6. No aceptación del tratamiento por parte del paciente.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Nº y tipo de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Rehabilitador	MA-1	1	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación de la historia clínica. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. • Exploración para valorar la sintomatología. • Valoración funcional. • Instaurar el tratamiento. • Informar al paciente sobre el proceso (objetivos, pronóstico y tratamiento). • Estimular la intervención y participación del paciente en el proceso terapéutico. • Planificación y coordinación terapéutica. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico, del momento del alta. • Confección del informe de alta.
	MA-R	1	
	MA-A	1	

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Nº y tipo de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Fisioterapeuta	FA-B	5	<ul style="list-style-type: none"> • Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico de fisioterapia. • Enseñar las normas de higiene postural y de ergonomía. • Las acciones o técnicas necesarias para: <ul style="list-style-type: none"> • Restablecer la funcionalidad. • Eliminar o disminuir el dolor. • Mejorar y/o restablecer la sintomatología sensitiva si la hubiere. • Adaptación adecuada al esfuerzo.
	FA-D	10	

LOTE 4: CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 13

4.1 Afasia

Descripción del Proceso: Se incluirán aquellas personas con trastornos del lenguaje producidos por una lesión cerebral (accidente cerebral vascular, traumatismos craneoencefálicos, infecciones en el sistema nervioso central y tumores) y que previamente podían hablar con normalidad y que comporte alteraciones de los elementos sonoros del habla y/o déficit en la comprensión y/o trastornos en la denominación. Algunas personas también pueden presentar trastornos neuropsicológicos asociados.

Criterios de Exclusión:

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

Objetivos Generales:

Conocer las capacidades alteradas y las preservadas que serán la base para definir los objetivos generales de la rehabilitación y recuperar así el mayor grado de capacidad funcional, de autonomía y de integración del paciente en la vida diaria.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Tipo y Nº de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico Foniatra y/o Rehabilitador	ML-1	2	<ul style="list-style-type: none"> • Complimentación de la historia clínica que conste de: Anamnesis y valoración funcional del paciente. • Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. Definir el tipo de afasia y el grado de severidad de la misma. • Planificación de los pacientes tributarios de tratamiento logopédico en modalidades terapéuticas que vendrán determinadas por: los resultados de la exploración, la cronificación de la patología y la edad cronológica del paciente. • Estimular la intervención y participación del paciente y la familia en el proceso terapéutico. • Supervisión de la evolución del proceso. • Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta y confección del informe de alta.
	ML-R	1	
	ML-A	2	

Tratamiento de Logopedia:

Profesional	Tipo y Nº de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Logopeda	LO-I1	20	<ul style="list-style-type: none"> • En trastornos de predominio motor (no fluentes) se trabajarán los siguientes objetivos: • Estimulación de los mecanismos motores y praxias. • Vocalizaciones y repeticiones a partir principalmente del lenguaje automático. • Tareas extraverbales: clasificación, series lógicas, atención y memoria entre otras. • Rehabilitación de la reducción verbal. • Estimulación del lenguaje: Designación, denominación, categorización, abstracción, comprensión y morfosintaxis entre otras. • Rehabilitación de la expresión escrita y de la lectura. • Informar e implicar al paciente y a la familia sobre su proceso terapéutico y sobre las causas y consecuencias de la lesión. • Orientar a la familia sobre pautas de comportamiento y tareas de refuerzo a realizar desde su domicilio. • Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo. • Ofrecer y formar a partir de técnicas de comunicación alternativas en aquellos pacientes en los que el desbloqueo de lenguaje no suceda.
	LO-I2	40	

Profesional	Tipo y Nº de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Logopeda	LO-G	20	<ul style="list-style-type: none"> En trastornos de predominio sensorial (fuentes) se trabajarán los siguientes objetivos: Entrenamiento auditivo y si es necesario reforzar con praxias: Percepción y discriminación auditiva. Tareas extraverbales: Atención, memoria, clasificación y series lógicas entre otras. Rehabilitación de la logorrea y/o de los trastornos fonéticos y fonológicos. Estimulación del lenguaje: Designación, denominación, categorización, comprensión, morfosintaxis y análisis del lenguaje entre otras. Rehabilitación de la expresión escrita y de la lectura. Informar e implicar al paciente y a la familia sobre su proceso terapéutico, sobre las causas y consecuencias de la lesión y sobre las expectativas de la rehabilitación. Orientar a la familia sobre pautas de comportamiento y tareas de refuerzo a realizar desde su domicilio. Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo.

4.2 Disartria

Descripción del Proceso: se incluirán aquellas personas con alteraciones del habla y de la voz producidas por una lesión en el sistema nervioso central o periférico y que curse con alteraciones motrices coexistentes en la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación y la prosodia.

Criterios de Exclusión:

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

Objetivos Generales:

Mejorar, mantener y/o retardar las consecuencias de las alteraciones del habla y de la voz y trabajar los trastornos cognitivos asociados en el caso de que existan.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita, Control y Alta:

Profesional	Tipo y Nº de visitas		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Médico	ML-1	1	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimentación de la historia clínica que conste de: Anamnesis y valoración funcional del paciente. Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. Definir el tipo de disartria y el grado de severidad de la misma. Planificación de los pacientes tributarios de tratamiento logopédico en modalidades terapéuticas que vendrán determinadas por: los resultados de la exploración, la cronificación de la patología y la edad cronológica del paciente. Estimular la intervención y participación del paciente y la familia en el proceso terapéutico. Supervisión de la evolución del proceso. Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta y confección del informe de alta.
	ML-R	1	
	ML-A	1	

Tratamiento de Logopedia:

Profesional	Tipo y Nº de sesiones		Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):
Logopeda	LO-I1	5	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar pautas de respiración costodiafragmática. • Trabajar la postura, el tono y la fuerza muscular. • Potenciar las cavidades de resonancia y mejorar la fonación a partir de las cualidades acústicas de la voz: intensidad, tono y timbre. • Trabajar praxias en órganos orofaciales, enseñar el modo y punto de articulación correctos utilizando refuerzos auditivos y visuales. • Trabajar la articulación, el ritmo y la prosodia. • Trabajar las posibles alteraciones cognitivas asociadas y funciones reflejas como la deglución. • Informar e implicar al paciente y a la familia sobre su proceso terapéutico, sobre las causas y consecuencias de la lesión y sobre las expectativas de la rehabilitación. • Orientar a la familia sobre pautas de comportamiento y tareas de refuerzo a realizar desde su domicilio. • Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo.
	LO-I2	5	
	LO-G	40	

MANUALES DE EDUCACIÓN SANITARIA

Se debe disponer de manuales de educación sanitaria, al menos para el proceso patológico más frecuente, ya que éste es un complemento eficaz y permanente para el tratamiento de rehabilitación.

- Debe ser un manual impreso y encuadernado.
- Debe identificarse claramente el servicio al cual pertenece y la autoría.
- Debe disponer de un protocolo específico para instruir al paciente en el uso del manual.
- Debe incluir texto y dibujos explicativos (viñetas).

El contenido del texto ha de incluir:

- Explicación de la patología.
- Precauciones y recomendaciones.

En ningún caso el manual sustituirá al tratamiento que el paciente debe realizar en el servicio.

CUARTA.- AUTORIZACIONES

El centro sanitario que desee optar a la presente licitación deberá acreditar que dispone de la autorización sanitaria para operar como tal y con los lotes que en su caso desee licitar, todo ello expedido por la autoridad sanitaria competente, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente:

Orden 1158/2018, de 7 de noviembre, del Consejero de Sanidad, por la que se regulan los requisitos técnicos generales y específicos de los centros y servicios sanitarios sin internamiento, de los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria y de la asistencia sanitaria prestada por profesionales sanitarios a domicilio en la Comunidad de Madrid (BOCM nº 289, de 4 de diciembre).

Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios.

Decreto 205/2023, de 19 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, Regulador del Régimen Jurídico y Procedimiento de Autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid (BOCM de 25 de julio de 2023).

Decreto 86/2018, de 12 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, regulador del régimen jurídico y procedimiento de autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad de Madrid (BOCM nº 141, de 14 de junio).

Decreto 51/2006, de 15 de junio, sobre autorización de los Centros de Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid (BOCM nº 150, de 26 de junio).

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE nº 254, de 23 de octubre).

El centro adjudicatario se compromete a mantener las instalaciones y equipamiento disponibles durante la duración del contrato, con la correspondiente autorización sanitaria que habilita al centro a ejercer las actuaciones objeto de licitación.

QUINTA.- CONTENIDO DE LAS OFERTAS TÉCNICAS

Se deberá presentar la siguiente documentación:

- **Memoria Técnica** que deberá incluir entre otros aspectos, cómo se va a desarrollar el servicio, un plan de calidad y una relación de medios personales que contenga como mínimo las exigencias técnicas establecidas en el presente Pliego de Prescripciones Técnicas.

Se incluirán los métodos de trabajo y la planificación general del servicio.

Con el fin de garantizar la calidad en la prestación del servicio, las licitadoras presentarán un Plan de Calidad con protocolos para la evaluación, seguimiento y control del servicio que consideren más representativos en su oferta.

Se establecerán los medios personales adscritos a la ejecución del contrato, mediante la inclusión de las funciones y calificación de cada uno.

La memoria para su valoración técnica deberá plantearse en una **extensión máxima de 10 caras** (índice y anexos incluidos si los hubiera), en letra Arial 11, interlineado 1,5. En el caso de que el documento presentado supere el número de páginas señalado, solo se valorarán las 10 primeras caras.

SEXTA.- GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL

El adjudicatario adoptará las medidas oportunas para el estricto cumplimiento de la legislación ambiental comunitaria, estatal, autonómica y local vigente que sea de aplicación a los servicios contratados, siguiendo, preferentemente, las metodologías recogidas en los Sistemas de Gestión Ambiental normalizados (EMAS, ISO 14000, etc.).

Todos los productos químicos y/o peligrosos utilizados han de cumplir obligatoriamente toda la legislación vigente en materia medioambiental, incluyendo todo lo relacionado con la gestión de los residuos derivados.

SÉPTIMA.- CONSIDERACIONES SOCIALES

La empresa adjudicataria no debe practicar o apoyar la discriminación en la contratación, remuneración, acceso a la capacitación, promoción, despido o jubilación basada en la raza, origen social o nacional, casta, nacimiento, religión, discapacidad, género, orientación sexual, responsabilidad familiar, estado civil, afiliación a sindicatos, opiniones políticas, edad o cualquier otra condición que pueda dar origen a la discriminación.

La empresa adjudicataria no debe interferir en el ejercicio de los derechos de su personal para observar sus creencias o prácticas o para satisfacer sus necesidades relacionadas con la raza, origen social o nacional, religión, discapacidad, género, orientación sexual, responsabilidad familiar, afiliación a sindicatos, opiniones políticas, o cualquier otra condición que pueda dar origen a la discriminación.

La empresa adjudicataria no debe permitir ningún comportamiento que sea amenazador, abusivo, explotador o sexualmente coercitivo, incluyendo gestos, lenguaje, y contacto físico en el lugar de trabajo y, donde sea aplicable, en residencias y otras instalaciones para el uso de sus empleados, ofrecidas por la empresa adjudicataria.

OCTAVA.- NORMATIVA DE SEGURIDAD E HIGIENE

El adjudicatario queda igualmente obligado al más estricto cumplimiento de la normativa de Seguridad e Higiene en el Trabajo, así como lo dispuesto en la vigente Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

NOVENA.- COORDINACIÓN, CONTROL E INSPECCIÓN

El personal del Hospital tiene la capacidad de supervisión sobre el adjudicatario, para la coordinación y control de los servicios objeto de este contrato, a fin de asegurarse de que se están realizando conforme a los Pliegos establecidos.

El Hospital Universitario del Henares verificará que se ha desarrollado el programa o plan individual integral personalizado, aprobado por sus servicios médicos, en su caso, y en el que se incluyen las terapias a recibir por el paciente, el número de sesiones programadas y su frecuencia.

La empresa adjudicataria designará dos responsables del contrato:

1. Responsable médico del contrato que se encargue de coordinar y hacer cumplir los protocolos de actuación sanitaria y de tratar y remitir cualquier información de cuantas cuestiones sanitarias pudieran surgir entre el Hospital Universitario del Henares y el adjudicatario.
2. Responsable económico administrativo que se encargue de gestionar las incidencias en la facturación que pudieran aparecer, o de cualquier otra índole, así como de informar al Hospital Universitario del Henares sobre el estado de las reclamaciones que pudiera plantear por el servicio ofrecido por el adjudicatario.

Con independencia de todo esto, el centro hospitalario podrá tomar en cualquier momento las medidas de control, inspección, que considere necesarias para detectar el grado de cumplimiento de los objetivos de este contrato.

DÉCIMA. - INCORPORACIÓN AL CONTRATO.

El presente Pliego, así como el de Cláusulas Administrativas Particulares, será incorporado como estipulación al contrato que se suscriba con el adjudicatario.

CONFORME:
EL ADJUDICATARIO
FECHA Y FIRMA

POR LA ADMINISTRACIÓN,
FECHA Y FIRMA

Firmado digitalmente por: ***4607** IGNACIO
JESUS MARTÍNEZ (R: ****0538*)
Fecha: 2025.01.30 13:36