



**NOTA LEGAL SOBRE DIVERSOS ASPECTOS RELATIVOS AL PROCESO
DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A CENTROS DE REFERENCIA DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

A petición de FEDER

En Madrid, a 1 de marzo del 2013

ÍNDICE

PROCEDIMIENTO GENERAL DE DERIVACIÓN DE PACIENTES PARA SER ATENDIDOS EN UN CENTRO, SERVICIO O UNIDAD DE REFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (CSUR).....	4
A. ASISTENCIA EN CSUR DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	4
B. DERIVACIÓN DE PACIENTES PARA LA ATENCIÓN EN UN CSUR.....	5
1. Solicitud de Asistencia a un CSUR:.....	5
2. Aceptación de la solicitud por la Comunidad Autónoma/CSUR solicitado:	6
3. Atención del paciente en el CSUR.....	7
4. Asistencia realizada:.....	8
ÓRGANOS RESPONSABLES DE LA DERIVACIÓN POR COMUNIDADES ...	9
ANDALUCÍA.....	9
ARAGÓN	9
ASTURIAS.....	9
ISLAS BALEARES.....	10
ISLAS CANARIAS.....	10
CANTABRIA	10
CASTILLA LA MANCHA	10
CASTILLA Y LEÓN.....	10
CATALUÑA	11
CEUTA Y MELILLA.....	11
EXTREMADURA.....	11
GALICIA	12
LA RIOJA.....	12
MADRID	12
MURCIA	12
NAVARRA.....	12

PAÍS VASCO	12
PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR DESPLAZAMIENTO	13
ARAGÓN	13
ASTURIAS	14
ISLAS BALEARES	14
ISLAS CANARIAS	15
CANTABRIA	16
CASTILLA LA MANCHA	17
CASTILLA Y LEON	18
CATALUÑA	19
CEUTA y MELILLA	20
COMUNIDAD VALENCIANA	21
EXTREMADURA	22
GALICIA	22
LA RIOJA	23
MADRID	24
MURCIA	24
NAVARRA	25
PAÍS VASCO	26
MODELO DE SOLICITUD DE DERIVACIÓN	27
MODELO DE RECURSO DE ALZADA FRENTE A DENEGACIÓN DE DERIVACIÓN	31

PROCEDIMIENTO GENERAL DE DERIVACIÓN DE PACIENTES PARA SER ATENDIDOS EN UN CENTRO, SERVICIO O UNIDAD DE REFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (CSUR)

De acuerdo con lo regulado en el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, el Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia, tiene entre sus funciones la de proponer el procedimiento de derivación de los usuarios a los CSUR.

Las gestiones a realizar por las Comunidades Autónomas para la atención de los pacientes en CSUR ubicados en otra Comunidad Autónoma se efectuarán siempre a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO).

No obstante, con el fin de facilitar la atención de los pacientes que requieran ser atendidos en un CSUR, es necesario concretar diferentes aspectos relacionados con la derivación de los pacientes.

Por todo ello, el Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud acuerda el siguiente procedimiento de derivación:

A. ASISTENCIA EN CSUR DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Aquellos pacientes que hubieran de ser derivados para ser atendidos por una de las patologías o a los que hubiera que realizarles alguno de los procedimientos acordados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que figuran como anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, serán remitidos, por la Comunidad Autónoma correspondiente a un CSUR del Sistema Nacional de Salud.

La atención se realizará en los Centros acordados por el Consejo Interterritorial como de referencia del SNS y designados a tal efecto por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El CSUR, una vez designado, se compromete a atender a todos los pacientes de otras CCAA cuando éstas soliciten la asistencia a través del SIFCO y sólo en casos excepcionales debidamente justificados podrá rechazar una solicitud.

La atención en los CSUR a los pacientes derivados de otras Comunidades se hará en las mismas condiciones y con idénticas garantías que a los ciudadanos residentes en la Comunidad donde se ubique el CSUR (Artículo 2.4 del Real Decreto 1302/2006).

Para la atención en un CSUR el paciente deberá ser remitido por la Comunidad Autónoma en la que está siendo atendido el paciente. Todos los trámites del proceso de derivación de un paciente a un CSUR se realizarán a través del SIFCO.

En los casos de urgencia, por ejemplo, casos de quemados o trasplante, se coordinará el traslado al CSUR por una vía rápida (teléfono, correo electrónico...) y en el plazo máximo de una semana desde que ocurrió la urgencia se hará efectiva la derivación a través del SIFCO.

El CSUR, en caso de que se produzca alguna modificación de los criterios en función de los cuales se le designó de referencia, deberá comunicarlo a la mayor brevedad al Comité de designación de CSUR a través de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Cuando por circunstancias excepcionales el CSUR no pueda atender a/los paciente/s (por ejemplo, por problemas graves en las instalaciones, incendio...), se deberá poner inmediatamente en conocimiento del/los Centros que le solicitaron la asistencia y comunicarlo al Comité de designación de CSUR a través de la Comunidad Autónoma correspondiente, señalando el tiempo previsible en que durará la incidencia.

Como se recoge entre los criterios de designación de CSUR acordados por el CISNS para todas las patologías o procedimientos, todos los CSUR deberán contar con un Registro de los pacientes que atienden como centro de referencia. Este registro deberá incluir para cada patología o procedimiento los ítems fijados en los criterios de designación correspondientes.

B. DERIVACIÓN DE PACIENTES PARA LA ATENCIÓN EN UN CSUR

Comprende las siguientes etapas:

1. Solicitud de Asistencia a un CSUR:

La solicitud se dirigirá solamente a un CSUR y no a varios centros a la vez. En el caso de que por circunstancias excepcionales debidamente justificadas no fuera admitida la solicitud por el centro solicitado, éste lo comunicará a la comunidad que remite el paciente y ésta reiniciará el proceso de solicitud a un segundo centro.

La solicitud de asistencia a través del SIFCO comprenderá la cumplimentación de los datos correspondientes a:

A. Datos del paciente:

Datos de identificación y residencia del paciente.

B. Datos de identificación del Centro solicitante:

Datos del Centro sanitario.

Datos del Servicio o Unidad clínica que solicita la asistencia.

Datos identificativos del facultativo responsable de la atención del paciente.

Todo esto, con el fin de facilitar la comunicación directa entre los facultativos responsables del paciente del centro solicitante y del CSUR.

C. Datos del CSUR al que se le solicita la asistencia:

Datos identificativos del CSUR. Sólo se puede solicitar la asistencia a aquellos centros, servicios o unidades que haya sido acordada su designación como de referencia por el CISNS.

D. Informe clínico del paciente que deberá incluir inexcusablemente:

Breve resumen de la historia clínica del paciente relacionada con el motivo de la derivación, recogiendo la razón clínica por la que se solicita la derivación del paciente.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados (CIE-9-MC) relacionados con el motivo de la derivación.

Otros datos que se considere oportuno reseñar.

E. Asistencia solicitada:

Diagnóstico principal (CIE-9-MC) por el que se deriva al paciente.

Patología, técnica, tecnología o procedimiento para el que se solicita la asistencia al CSUR que deberá estar entre los acordados por el CISNS e incluido en el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

2. Aceptación de la solicitud por la Comunidad Autónoma/CSUR solicitado:

Con el fin de demorar al mínimo la atención a los pacientes y garantizar la continuidad de la asistencia, el CSUR deberá realizar la aceptación y citación del paciente en el plazo máximo de 15 días desde que recibió la solicitud de asistencia.

Para ello, el Centro solicitado deberá cumplimentar a través del SIFCO la siguiente información:

A. Citación del paciente:

Una vez recibida la propuesta de asistencia, el CSUR deberá aceptar la misma y realizar la citación del paciente. En el caso de que, por causas excepcionales, no se aceptara la asistencia se deberán justificar expresamente los motivos de la denegación.

La citación comprenderá los siguientes datos:

- Datos identificativos del Centro sanitario.
- Servicio o Unidad clínica que atenderá al paciente.
- Lugar, fecha y hora de la citación.
- Preparación del paciente: Es muy importante que se recojan claramente las condiciones de cómo debe ir preparado el paciente (ayunas, etc), así como que se indiquen las pruebas que se debe realizar previamente a acudir al CSUR y otros documentos clínicos que deba aportar.

3. Atención del paciente en el CSUR

El centro que ha solicitado la asistencia, una vez obtenida la aceptación del CSUR solicitado, facilitará al usuario un ejemplar de la citación que proporciona el SIFCO.

El paciente acudirá al CSUR acompañado de los siguientes documentos:

- Citación del CSUR correspondiente.
- Tarjeta sanitaria.
- Documento Nacional de Identidad o pasaporte.
- Resultados de las pruebas que se ha realizado previamente a acudir al CSUR, de acuerdo con lo que se le indicó en la citación a través del SIFCO.
- Otros documentos, que se le hayan solicitado a través de la citación.

4. Asistencia realizada:

El centro que realiza la asistencia deberá incorporar al SIFCO, al ser dado de alta el paciente, los datos relativos a la asistencia realizada y en concreto, se indicará:

A. Datos del paciente:

Datos de identificación y residencia del paciente.

B. Datos del CSUR donde se ha atendido al paciente:

Centro sanitario.

Servicio y Unidad clínica.

Datos de identificación del facultativo responsable de la atención.

C. Tipo de asistencia realizada:

La patología atendida o el procedimiento realizado de entre las recogidas en el anexo III del Decreto 1207/2006.

El diagnóstico principal y diagnósticos secundarios (CIE-9-MC codificado al máximo nivel de desagregación).

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos principales y secundarios (CIE-9-MC codificado al máximo nivel de desagregación) realizados al paciente en el CSUR.

D. Informe clínico al alta:

Incluirá un breve resumen de la asistencia realizada al paciente, de los resultados de las pruebas diagnósticas y terapéuticas realizadas y del tratamiento y las recomendaciones que debe seguir en su Comunidad Autónoma de origen.

E. Se indicarán las revisiones (si fuera necesario) y en qué plazos deben realizarse.

Asimismo recogerá en el Registro de pacientes, la información correspondiente que se incluye en las fichas de criterios aprobadas por el Consejo Interterritorial para cada una de las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos



ÓRGANOS RESPONSABLES DE LA DERIVACIÓN POR COMUNIDADES

ANDALUCÍA

Los pacientes de las distintas provincias andaluzas se deben dirigir al área de Gestión de Usuarios de su Hospital de Referencia dentro de su provincia, donde deben rellenar una Solicitud y aportar la documentación que se le pide. Esta Solicitud, la tiene que firmar y dar el visto bueno, el Director Gerente del hospital y el Jefe de Servicios, que también tiene que emitir un informe médico. Este informe médico y la Solicitud serán enviados a los Servicios Centrales del SAS que se encuentran en Sevilla.

En los Servicios Centrales recibe los documentos una Secretaria, que se los pasa a un Técnico para que se los entregue a la Subdirectora General de Gestión Hospitalaria y Planificación. La Subdirectora tendrá que firmar de nuevo la documentación aportada por la provincia de referencia y, la devuelve al Hospital de Referencia de la localidad de origen.

En el Hospital de Referencia de la provincia del paciente se encargan de meter los datos en el programa informático del SIFCO, Sistema de Información del Fondo de Cohesión. También contactará con la Comunidad Autónoma de destino, a la que pedirá autorización para participar en el tratamiento de interés para el paciente. Luego será el Centro de Referencia de destino el que se ponga en contacto con el paciente interesado.

ARAGÓN

El establecimiento de criterios y procedimientos de autorización para derivar pacientes a otros centros sanitarios ajenos al Sistema de Salud de Aragón, corresponde al Servicio de Concertos y Prestaciones, dentro de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento perteneciente a la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón.

ASTURIAS

La necesidad del desplazamiento a otra Comunidad autónoma para realizar el estudio clínico y/o el tratamiento, estará indicada por el facultativo responsable de la asistencia al paciente y autorizada por la Dirección de Servicios Sanitarios del SESPA.



ISLAS BALEARES

Los usuarios del Servei de Salut de les Illes Balears que se hayan desplazado para recibir asistencia sanitaria en otra Comunidad autónoma, deberán hacerlo con autorización de dicho servicio.

ISLAS CANARIAS

Los traslados de pacientes fuera de la Comunidad Autónoma a centros del Sistema Nacional de Salud, sean de referencia o no, deben ser solicitados por un facultativo especialista con el visto bueno del Director del centro médico y autorizados por el Director del Área de salud.

CANTABRIA

En el caso de derivación a centros sanitarios ubicados en otras Comunidades Autónomas, deberá estar justificada mediante informe del facultativo competente del Servicio Cántabro de Salud y autorizada, a propuesta de la Subdirección de Asistencia sanitaria, por el director gerente del Servicio Cántabro de Salud en los supuestos previstos en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

CASTILLA LA MANCHA

La propuesta de derivación requiere el visto bueno del responsable del servicio que la solicita y del Director Médico del centro sanitario de origen del paciente. La tramitación se realizará en la Oficina Provincial de Prestaciones, precisando la autorización previa de la Dirección General de Atención Sanitaria, cuando el centro de destino sea privado.

CASTILLA Y LEÓN

La propuesta de derivación partirá del facultativo responsable del paciente que cumplimentará el documento de propuesta de derivación y deberá incluir datos relativos al diagnóstico, tratamiento o tipo de técnica requerida, justificación clínica de la propuesta, así como el centro y servicio al que se propone la derivación.

Las propuestas de derivación se tramitarán en la Gerencia de Salud de Área correspondiente, precisándose en algunos casos, el informe favorable de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, perteneciente a la Gerencia Regional de Salud, bajo el control de la Consejería de Sanidad.

CATALUÑA

El servicio de salud de Cataluña señala únicamente la necesidad de presentar la tarjeta sanitaria individual (TSI) para recibir asistencia sanitaria pública fuera de esta comunidad autónoma, sin establecer ningún proceso concreto de derivación del paciente.

En cambio, sí que fija un procedimiento detallado en el caso de que la derivación sea a un centro de fuera del territorio nacional. Nos encontramos con que la tramitación debe ser iniciada a propuesta del facultativo responsable, contando con la aprobación del Director del centro correspondiente. Estos pacientes tienen que llevar un modelo E-112 “Certificación sobre el mantenimiento de las prestaciones en curso del seguro de enfermedad-maternidad”.

La comisión de asistencia sanitaria por Convenios Internacionales y Prestaciones Excepcionales del Servicio de Salud, que evalúa y resuelve esta solicitud y notifica la autorización o denegación en la región sanitaria, que deberá notificar la resolución de la solicitud.

Una vez realizada con éxito la tramitación, la persona usuaria sólo deberá presentarse en el hospital público del extranjero que se haya acordado, portando el modelo citado E-112.

Podemos entender que, por analogía, podría utilizarse este procedimiento.

CEUTA Y MELILLA

La necesidad de desplazamiento en todo caso ha de ser indicada por el facultativo responsable de la asistencia al paciente, o bien por las Direcciones Territoriales del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, cuando concurren circunstancias de carácter asistencial que así lo aconsejen.

EXTREMADURA

El facultativo especialista responsable de la asistencia sanitaria habrá de realizar la indicación y cumplimentar el documento propuesta de derivación que corresponda en cada caso, en el que detalla los datos relativos al diagnóstico, tratamiento o tipo de técnica diagnóstica requerida; la justificación clínica de la propuesta, así como el centro y servicio a los que se propone la derivación.

La propuesta de derivación requiere del visto bueno del responsable del servicio que la solicita y del Director de Atención Sanitaria de la Gerencia del Área de Salud correspondiente.

En la actualidad, la tramitación de la derivación de los pacientes entre sistemas de salud de diferentes Comunidades Autónomas se realiza a través de la aplicación SIFCO.

GALICIA

La necesidad de desplazamiento debe ser indicada por el médico responsable del paciente y la Inspección de Servicios Sanitarios, cuando las circunstancias así lo aconsejen.

LA RIOJA

La proposición de la necesidad de derivación de los pacientes a otras áreas o centros, cuando se superen las necesidades asistenciales del área, corresponde al Jefe de Área Clínica o de Unidad del Servicio de Salud, una vez venga justificado mediante informe médico de un facultativo del Servicio Público de Salud.

MADRID

La autorización de desplazamiento se debe solicitar al Servicio Madrileño de Salud, que otorgará una orden de asistencia de ámbito nacional.

MURCIA

Se debe contar con la autorización del Servicio Murciano de Salud para recibir asistencia sanitaria fuera de la Región de Murcia.

NAVARRA

La necesidad de desplazamiento debe ser autorizada por el Servicio de Prestaciones y Conciertos del Servicio de Salud.

PAÍS VASCO

La autorización de la derivación se debe tramitar ante la Dirección Territorial correspondiente de la Comunidad Autónoma. En la Dirección Territorial de Álava se debe tramitar ante la Unidad de Asistencia Sanitaria, en el caso de la Dirección Territorial de Vizcaya ante la Unidad de Prestaciones Sanitarias, y en la Dirección Territorial de Guipúzcoa ante la Unidad de Prestaciones Sanitarias.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR DESPLAZAMIENTO

ANDALUCÍA

La gestión de los procedimientos de reintegro o asunción de gastos por asistencia sanitaria en centros privados en situaciones de urgencia vital y otras situaciones corresponde a la Secretaría General del Servicio Andaluz de Salud y la resolución a la Consejería de Salud y Bienestar Social.

ARAGÓN

La solicitud podrán plantearla los pacientes con Tarjeta Sanitaria Individual emitida por el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.

El órgano responsable será la Dirección general de planificación y aseguramiento de la Consejería de Sanidad, Bienestar social y familia.

Se debe presentar la siguiente documentación:

- Presentación de la solicitud de ayudas por gastos de desplazamiento y dietas dirigida al Servicio Provincial de Salud y Consumo de la provincia correspondiente.
- Para tratamientos prolongados: justificante mensual del centro sanitario donde haya sido atendido, en el que figure el número de sesiones de tratamiento recibido.
- Para los pacientes que se desplazan fuera de la Comunidad Autónoma de Aragón, justificante del Centro sanitario donde haya sido atendido, en el que se haga constar los días que el paciente ha permanecido ingresado y/o ha recibido asistencia ambulatoria y factura original del hospedaje.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual.
- Fotocopia del D.N.I del solicitante, en vigor.
- Datos bancarios de la titularidad de la cuenta o libreta.

ASTURIAS

La necesidad del desplazamiento a otra Comunidad autónoma para realizar el estudio clínico y/o el tratamiento, estará indicada por el facultativo responsable de la asistencia del paciente y autorizada por la Dirección de Servicios Sanitarios del SESPA.

El estudio clínico y/o el tratamiento a realizar no serán factibles o no se encontrarán disponibles en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), y se tratará de prestaciones sanitarias financiadas por el sistema sanitario público.

Para acceder a este reintegro se necesita: copia de Tarjeta Sanitaria, ficha de acreedores y certificado Digital o DNI electrónico

Esta solicitud será tramitada por los servicios centrales del Servicio de salud y resuelta por la Consejería de Sanidad.

ISLAS BALEARES

El órgano competente para resolver la solicitud es la Dirección General del Servicio de Salud de Las Islas Baleares

Los usuarios del Servei de Salut de les Illes Balears, que se hayan desplazado para recibir asistencia sanitaria con autorización de dicho Servicio, podrán optar a las compensaciones por los gastos generados con motivo de su desplazamiento por razones de asistencia sanitaria. Para ello, deberán acompañar los documentos que se detallan a continuación:

- Certificado o informe de asistencia firmado por el centro de destino que ha prestado la asistencia, salvo que por el Servei de Salut de les Illes Balears pueda ser obtenido mediante soporte informático autorizado, donde deberá constar la fecha de visita o de ingreso y alta.
- En el caso de hospitalización, en que se haya autorizado acompañante, se deberán aportar con la solicitud, partes semanales del médico responsable de la asistencia en el centro de destino, confirmando la necesidad de permanencia del acompañante. En su defecto, la cuantía de la compensación en concepto de dieta por estancia para el acompañante se limitará a un máximo de 7 días.
- En el caso de transporte aéreo o marítimo, factura o documento justificativo del pago realizado, en el caso de solicitar reintegro de gastos por este concepto.

- Si se da la situación contemplada en el art. 1, punto 2, apartado 2, deberá aportar documentación que justifique los gastos del transporte utilizado.
- Fotocopia de los siguientes documentos: Documento Nacional de identidad del solicitante que deberá ser el titular del derecho a la asistencia sanitaria o documento equivalente y en su caso, documento acreditativo de la representación de la persona que actúa en nombre del solicitante. Tarjeta sanitaria del titular y del paciente cuando este sea el beneficiario y página de la libreta de ahorros del titular donde figure el número de cuenta o certificación bancaria.

ISLAS CANARIAS

Se tendrá derecho a acceder a las compensaciones derivadas del desplazamiento, cuando éste esté previamente autorizado por el Área de Salud que corresponda, por razón de asistencia sanitaria prestada fuera del Área de Salud en la que se encuentra el municipio de residencia del beneficiario.

El plazo máximo para presentar la solicitud de reembolso de gastos por desplazamiento será de tres meses a contar desde que concluya la asistencia en el centro de destino, transcurrido el cual prescribirá el derecho a su solicitud.

Las cuantías máximas de las compensaciones a percibir son 30 euros por persona y día para alojamiento, y 20 euros por persona y día para manutención. En los supuestos de estancias ininterrumpidas de larga duración, la cuantía máxima de gastos de alojamiento y manutención, a abonar por persona a partir del tercer mes, será de 900 euros mensuales.

Si los beneficiarios disfrutasen de alojamiento subvencionado por el Gobierno de Canarias o cualquier otra Administración Pública no recibirán la compensación de 30 por este concepto.

Asimismo, si el alojamiento subvencionado contempla la manutención en régimen de pensión completa no se tendrá derecho a recibir la compensación de 20 euros por persona y día. Si el régimen fuera de media pensión, la cuantía por ese concepto será de 8 euros, mientras que si incluye únicamente el desayuno ascenderá a 16 euros por persona y día.

La Dirección de Área de Salud en la que radique el municipio de residencia del paciente resolverá y notificará expresamente en el plazo máximo de dos meses. Transcurrido este

plazo sin que se haya resuelto expresamente la solicitud y notificada la resolución, se entenderá desestimada por silencio administrativo.

Se deberá aportar la siguiente documentación junto a la solicitud:

- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria o, en su defecto, documento acreditativo del derecho del paciente a la asistencia sanitaria pública y DNI del titular de la Tarjeta Sanitaria.
- Justificante del centro sanitario donde haya sido atendido el paciente, en el que se haga constar la fecha de ingreso y alta, fechas en las que ha recibido asistencia ambulatoria o fecha en la que el paciente ha acudido a consulta, acreditando la identidad del acompañante.
- Documento de alta al terceros cuando se solicite por primera vez el reembolso, en el que se incluirán los datos bancarios del beneficiario, cuando sean mayores de edad.
- Tarjetas de embarque de ida y vuelta del paciente y del acompañante, si lo hubiera. Facturas originales de los establecimientos (hotel, apartamento o pensión) en los que se hayan hospedado los beneficiarios, reflejando el importe y la identidad del paciente.
- Facturas originales del medio de transporte utilizado debidamente cumplimentadas, tanto para desplazarse hasta el aeropuerto o puerto de origen, ida y vuelta, así como desde el aeropuerto o puerto de destino hasta el centro, establecimiento o servicio sanitario receptor, ida y vuelta. Deberán indicar trayecto realizado, fecha o importe, sin que se pueden abonar por carecer de alguno de estos requisitos.

En los desplazamientos en los que se utilicen vehículos particulares para dirigirse al aeropuerto o puerto de origen se abonará la cantidad de 0,16 euros por kilómetro recorrido.

Serán indemnizables también los gastos que se originen por el uso, hasta un máximo de 48 horas, de los aparcamientos vigilados existentes en aeropuertos, puertos o estaciones de transporte, previa entrega del ticket o factura expedida por los mismos.

CANTABRIA

El Servicio Cántabro de Salud reintegrará los gastos de desplazamiento, manutención y alojamiento al paciente y acompañante en su caso, a causa de una asistencia fuera de la Comunidad Autónoma de Cantabria debidamente autorizada.

Si el centro se encuentra fuera de la Comunidad Autónoma, tendrá derecho al abono de las ayudas establecidas en la orden SAN 27/2007 por transporte ordinario (autobús, ferrocarril o vehículo particular) y manutención. Con respecto a los gastos de desplazamiento, solo se abonarán en el caso de que el centro se encuentre a más de cincuenta kilómetros de los límites de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Por ello, cada vez que tenga que acudir al centro hospitalario, guarde todos los justificantes de viaje, tanto suyos como de su acompañante (billetes, facturas de hotel, etc.)

Es un requisito imprescindible que se guarden los tickets y facturas originales de todos los gastos y el justificante de haber estado en el centro para poder acceder al reintegro de todos estos gastos.

CASTILLA LA MANCHA

La tramitación de la solicitud del reintegro de gastos por desplazamiento se realizará en la Oficina provincial de prestaciones, perteneciente al Servicio de Salud, debiendo haber realizado el desplazamiento contando con la autorización previa de la Dirección General de Atención Sanitaria.

Para acceder a este reintegro deberá aportar la siguiente documentación:

- Justificante de la obligatoriedad del desplazamiento
- Justificante de asistencia expedido por el centro que haya dispensado la misma
- En caso de que se hubiera indicado la necesidad de acompañante, documento acreditativo de tal extremo
- Fotocopia de la tarjeta sanitaria del paciente
- Fotocopia del DNI del paciente y del acompañante, en su caso
- Datos bancarios de la titularidad de cuenta o libreta donde desean que les sea ingresado el importe a que tuvieran derecho
- En el supuesto de utilización de transporte público, los billetes justificativos de su importe
- En las solicitudes que incluyan ayuda por manutención y/o alojamiento, deberán aportarse las correspondientes facturas del gasto realizado. En los supuestos de prolongación de la estancia a que hace referencia la instrucción Cuarta 2, informe

del centro sanitario donde se recibe tratamiento que acredite la continuidad de la necesidad de seguir contando con la presencia de acompañante

CASTILLA Y LEÓN

Pueden solicitar las ayudas los pacientes que recibieron la asistencia en el centro al que se desplazaron, o sus representantes legales, en las Gerencias de Salud de Área, Centros e Instituciones Sanitarias adscritos a la Gerencia Regional de Salud, Servicios Centrales y Periféricos de la Consejería de Sanidad, Oficinas de Información y Atención al Ciudadano de las Delegaciones Territoriales de la Junta de Castilla y León y demás lugares contemplados en la normativa vigente.

El plazo de solicitud es, con carácter general, de 6 meses a contar desde la fecha del desplazamiento.

Se debe presentar la siguiente documentación:

- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del paciente.
- Fotocopia del DNI del solicitante, sólo cuando no es el paciente.
- Justificante del centro donde ha sido atendido con especificación de la modalidad de asistencia prestada (consulta, ingreso), número de días y fechas de ingreso y alta.
- Informe del especialista sobre necesidad de acompañante, en su caso.
- Billetes de autobús o tren, en caso de ayudas por desplazamiento a favor del acompañante.
- Datos bancarios sobre titular y número de la cuenta donde se solicita el ingreso de las ayudas.

La tramitación y resolución de las solicitudes de ayudas por gastos de desplazamiento, manutención y alojamiento de los usuarios que se desplacen con fines asistenciales corresponde a la Gerencia de Salud de Área de la provincia donde el paciente tenga asignado su médico de Atención Primaria.

En caso de denegación de las solicitudes, se podrá formular reclamación administrativa previa en el plazo de 30 días siguientes a contar a partir de la notificación de la citada resolución denegatoria.



El abono de las ayudas, en la cuantía y supuestos establecidos legalmente, se realiza mediante transferencia bancaria, a la cuenta reseñada en la correspondiente solicitud.

CATALUÑA

El Servicio de salud proporciona ayudas para gastos de estancia y manutención en casos de tratamientos prestados en otras regiones sanitarias. Las ayudas pueden ser con base en dos conceptos: dietas de estancia para los gastos de pernoctación y dieta de manutención para las comidas (almuerzo y/o cena).

Está indicado para personas aseguradas del CatSalut que hacen un tratamiento ambulatorio de cáncer, graves quemaduras, trasplantes de patología terciaria o patologías neurodegenerativas, derivadas por un profesional de la red sanitaria pública a un centro asistencial que está fuera de la región sanitaria de su residencia habitual o fuera del ámbito territorial del Servicio de Salud.

Para tramitar esta solicitud debe acompañarse a la misma los siguientes documentos:

- Fotocopia del DNI y de la tarjeta sanitaria individual del paciente
- Solicitud de transferencia bancaria para pagos de prestaciones complementarias
- Autorización previa de la atención sanitaria por parte del servicio de salud, en caso de que la normativa lo prevea o bien en caso de que el Servicio de salud lo haya establecido.
- Informe de alta o informe de seguimiento del centro sanitario, en que haga constar los días en que ha recibido tratamiento. En caso de que la solicitud se refiera a un periodo superior a 15 días, es necesario que se justifique en el informe del centro sanitario
- Declaración responsable relativa a la no existencia de terceros obligados al pago de la atención sanitaria y que no haya solicitado ningún tipo de ayuda por el mismo concepto a otra Administración pública.
- Si se solicita ayuda de estancia se debe incluir la factura original, con indicación del número de los días de estancia del establecimiento en el que se haya alojado la persona paciente y/o la persona acompañante como comprobante del gasto realizado.
- Si se solicita ayuda para acompañante hay que añadir a la documentación anterior: la fotocopia del DNI del acompañante, copia del documento acreditativo de la

condición de incapacitación legal, o de discapacidad del 66%, o de dependencia en grado III para parte del o la paciente, en su caso y el documento acreditativo por parte de los centros de los días que la persona acompañante ha estado presente.

CEUTA y MELILLA

Para poder acceder a las ayudas por desplazamiento, en primer lugar se debe contar con la autorización de la derivación del órgano competente, en este caso las Direcciones Territoriales del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

El plazo de solicitud será, con carácter general, de seis meses a contar desde la fecha de desplazamiento, si bien el derecho a su percepción se generará a partir de su autorización.

Las solicitudes serán dirigidas a la Dirección Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, o a la Unidad correspondiente en función de las competencias atribuidas en cada caso. Podrán, así mismo, ser presentadas en los registros de las Gerencias de Atención Sanitaria y de las Direcciones Territoriales del INGESA.

La documentación que debe presentarse para la solicitud de ayudas por desplazamiento, será la siguiente:

- Solicitud del interesado suscrita por el mismo, o, en su caso, por persona autorizada.
- Original del justificante de haber asistido a consulta externa, u otra unidad de asistencia sanitaria, expedida por el Centro sanitario que presta la asistencia
- En el caso de acompañantes, la autorización expedida en los términos establecidos en el artículo 4.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del paciente.
- Fotocopia del documento nacional de identidad, o documento oficial de identidad, y del NIF del titular en caso de que no figurara en el documento de identidad.
- Datos bancarios (cuenta o libreta de ahorro) del titular del derecho a la ayuda. En el caso de que éste proponga una cuenta o libreta de ahorro de la que no sea titular reconocido, deberá acompañar autorización expresa para el abono en la citada cuenta.
- Diligencia del funcionario competente haciendo constar el importe de la tarifa vigente en el momento de la realización del viaje.

- Justificantes originales que verifiquen la realización del desplazamiento y su importe.

En cuanto a las ayudas por desplazamiento y estancia, debe presentarse los siguientes documentos:

- Solicitud del interesado, suscrita por el mismo, o en su caso por persona autorizada.
- Informe del Centro Sanitario (Servicio correspondiente) en el que se manifieste la necesidad de pernoctar para continuar la asistencia.
- Justificante original de haber asistido a consultas externas, u otra unidad de asistencia sanitaria, en el cual deberá figurar el número de días de asistencia a las mismas o de estancia hospitalaria, expedido por el Centro sanitario que presta la asistencia.
- En el caso de acompañantes, la autorización expedida en los términos establecidos en el artículo 4.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del paciente.
- Fotocopia del documento nacional de identidad, o documento oficial de identidad, y del NIF del titular en caso de que no constara en el documento de identidad.
- Datos bancarios (cuenta o libreta de ahorro) del titular del derecho. En el caso de que éste proponga una cuenta o libreta de ahorro de la que no sea titular reconocido, deberá acompañar autorización expresa para el abono en la citada cuenta.
- Diligencia del funcionario competente haciendo constar el importe de la tarifa vigente en el momento de la realización del viaje.
- En el caso de los desplazamientos, deberá presentarse los justificantes originales que verifiquen la realización de los mismos y sus importes.

COMUNIDAD VALENCIANA

Podrán hacer uso de este reintegro aquellos pacientes remitidos a tratamiento, por prescripción de un facultativo del ámbito de la Consejería de Sanidad, a un centro asistencial de fuera de la Comunidad Valenciana.

La solicitud del reintegro se acompañará de la siguiente documentación:

- Solicitud firmada por el titular del derecho o persona con legitimación activa.
- Justificante emitido por el centro sanitario de destino en el que se especifiquen los días que ha sido atendido el paciente en el citado centro tanto en régimen de consulta externa como de hospitalización.

Deberán entregarse, preferentemente, en las Oficinas de Inspección Médica del Área correspondiente al domicilio habitual del usuario, en los Servicios de Atención al Usuario de su hospital, Centro de especialidades o Dirección de Atención Primaria, en la Dirección de Centros de Especialidades, Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad, en el Registro de Gerencia del Área de Salud de Alcoy o bien en el Registro de las direcciones territoriales de Sanidad de Alicante, Castellón y Valencia, sin perjuicio de que pueda ser entregado en otro órgano legalmente establecido.

EXTREMADURA

Sobre el reintegro de los gastos ocasionados por asistencia sanitaria prestada con medios ajenos al sistema sanitario público resolverá el Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud

Se deberá presentar el modelo de solicitud acompañado de la siguiente documentación:

- Fotocopia del D.N.I. del paciente, y en su caso, del representante, o de otro documento de carácter oficial acreditativo de dicha identidad en el caso de extranjeros.
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del titular en vigor del derecho a la asistencia sanitaria, emitida por el Servicio Extremeño de Salud o, en su caso, de la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- Documento de Alta de Terceros debidamente cumplimentado y sellado por entidad bancaria.
- Documentos originales justificativos del gasto efectuado y del abono realizado.
- Informes médicos que indiquen la necesidad de la asistencia y aquellos que puedan justificar la solicitud.

GALICIA

Para poder acceder al reintegro de gastos sufridos por el desplazamiento a otra comunidad autónoma para recibir el tratamiento necesario, debe contarse con la

autorización previa de la Inspección de Servicios Sanitarios del Servicio de Salud, así como adjuntar a ésta solicitud los siguientes documentos:

- Billetes del medio de transporte en el que se ha realizado el desplazamiento con facturas originales, debiendo figurar en las mismas el importe además del sello, firma y NIF/CIF.
- Informe médico indicando el diagnóstico y fecha en que se realizó la prestación sanitaria.
- Justificante del centro señalando el número de días en que se realizó la prestación sanitaria.

LA RIOJA

Los pacientes que sean derivados fuera de la Comunidad Autónoma de La Rioja para recibir asistencia sanitaria, por no disponer de los servicios que requieran o estos sean insuficientes en los centros sanitarios de La Rioja, tendrán derecho al abono de los gastos de desplazamiento, manutención y alojamiento en las cuantías establecidas, siempre que cumplan los siguientes requisitos:

- Que la derivación venga justificada mediante informe médico de un facultativo del Servicio Público de Salud y autorizada por el Órgano correspondiente de la Consejería de Salud.
- Que la necesidad de derivación sea valorada y autorizada por el Órgano competente de la Consejería de Salud.

Junto a la solicitud, se deberá aportar la siguiente documentación:

- Fotocopia de la Tarjeta sanitaria individual (TIS) del paciente o informe del Programa de Tarjeta Sanitaria vigente.
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad (DNI) vigente.
- Certificado o justificante de la entidad financiera donde conste nombre y apellidos del titular solicitante, en el que consten los 20 dígitos, o en su defecto documento de alta de terceros facilitado por la Consejería de Salud.
- En viajes a otras provincias (en caso de ingreso o consultas consecutivas) cumplimentar la declaración jurada de la dieta del acompañante.

- Justificante del centro sanitario que ha atendido al paciente en el que se acredite los días que el paciente ha permanecido ingresado y/o ha recibido asistencia ambulatoria. En los casos de tratamientos prolongados dentro de la Comunidad Autónoma un justificante mensual del centro que acredite el número de sesiones recibidas.
- Facturas originales, en el caso de ayuda compensatoria por alojamiento

MADRID

Para poder obtener el reintegro de los gastos ocasionados por la necesidad de desplazamiento, trámite del que es responsable la Secretaría General de la Consejería de Sanidad, además de la documentación requerida para todos los casos, deberá presentarse:

- Orden de asistencia de ámbito nacional (se solicita al Servicio Madrileño de Salud con carácter previo).
- En su caso, justificante de permanencia en el centro sanitario para el percibo de dietas.
- En su caso, justificantes del viaje, alojamiento y manutención (billetes y facturas con todos los requisitos que establece la normativa vigente).
- En desplazamientos internacionales, Autorización Modelo E-112, para asistencia programada en países de la CEE.

MURCIA

Sobre la solicitud del reintegro de gastos por desplazamiento resolverá el Director General de Régimen Económico y Prestaciones del Servicio de Salud.

El requisito fundamental para acceder a este reintegro es contar con la autorización del Servicio Murciano de Salud para recibir asistencia sanitaria fuera de la Región de Murcia en vigor (para centros integrados en el Sistema Sanitario Público, la validez de la autorización será de seis meses; para centros no integrados en el Sistema Sanitario Público la asistencia se autorizará para cada procedimiento o actuación).

La solicitud deberá acompañarse de la siguiente documentación:

- Fotocopia D.N.I., N.I.E. (Extranjeros) del paciente y, en su caso, del representante.

- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del paciente.
- Justificante del centro sanitario que ha atendido al paciente; se hará constar los días que el paciente ha permanecido ingresado y/o ha recibido asistencia ambulatoria externa.
- Factura de los gastos realizados expedidas conforme a la normativa sobre facturación en vigor, o bien, la documentación que acredite los gastos de estancia y desplazamiento.
- Certificado o justificante de la entidad financiera donde conste el nombre y apellidos del solicitante. o, cuando corresponda, de su representante, y los 20 dígitos de la cuenta bancaria.
- En caso de discapacidad, igual o superior al 66 %, fotocopia de la resolución de discapacidad.

NAVARRA

Para tener derecho a abono de dietas de hospedaje y manutención por derivación a otros centros de fuera de Navarra, será necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que la derivación sea justificada por un informe médico.
- Que el Servicio de Prestaciones y Conciertos dé su autorización previa.
- Que el desplazamiento implique la pernocta en la localidad de destino

Este reintegro deberá solicitarse ante el Servicio de prestaciones y conciertos del Servicio de Salud, y deberá acompañarse de la siguiente documentación:

- Facturas originales del alojamiento y manutención
- Justificante del centro sanitario en el que se haga constar los días que el paciente ha permanecido ingresado o ha recibido asistencia ambulatoria y, en su caso, si el acompañante ha recibido o no manutención.
- En el caso de pacientes en espera de un trasplante, el centro deberá hacer constar el tiempo que considera necesario que el paciente resida en la localidad dónde se va a realizar el trasplante.



PAÍS VASCO

La solicitud de reintegro de gastos por desplazamiento para recibir asistencia sanitaria debe ser presentada ante la Dirección Territorial que corresponda.

Debe tenerse en cuenta que para acceder a este reintegro, se debe aportar la siguiente documentación:

- Solicitud del titular del derecho cumplimentada y suscrita
- Datos bancarios de la titularidad de la cuenta o libreta (20 dígitos)
- Justificante de asistencia a centros de destino fuera de la CAPV
- Billetes del medio de transporte utilizado para el desplazamiento
- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del paciente
- Fotocopia del DNI del titular

Los órganos encargados de resolver serán la Dirección Territorial y la Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria.

MODELO DE SOLICITUD DE DERIVACIÓN¹

AL DIRECTOR DEL CENTRO SANITARIO _____

D _____, mayor de edad, con DNI núm. _____, con domicilio a los presentes efectos en _____, ante el Director del Centro Médico _____, comparezco y como mejor proceda, D I G O:

Que por medio del presente escrito intereso se proceda a **iniciar el proceso de derivación** de _____ [*datos del paciente cuando no sea el propio firmante*], requerido para poder ser atendido en el centro de referencia _____, sito en _____ conforme al procedimiento propuesto por el Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia, en base a lo dispuesto en el RD 1302/2006, de 10 de noviembre, en base a los siguientes Hechos y Fundamentos Jurídicos;

HECHOS

1º.- [*Detallar las circunstancias personales de cada supuesto, datos del paciente, su historia médica detallada*]

2º.- [*Indicar la falta de medios del centro en el que está siendo tratado actualmente*].

3º.- [*Acreditar que el centro de destino es un Centro de referencia reconocido*]

[*Si el centro no estuviera calificado como de referencia se deberá argumentar que reúne las condiciones requeridas para ser calificado como tal, siendo imputable a la Administración el no haberlo incluido en el listado de centros de referencia*]

A la vista de los hechos expuestos y conforme a los siguientes fundamentos jurídicos, entendemos que procede acceder a autorizar la derivación al centro de referencia arriba indicado, dentro del Sistema Nacional de Salud, para permitir continuar el desarrollo del tratamiento de la enfermedad que padezco [*o del pariente si es menor de edad o incapacitado*].

¹ Es conveniente acompañar los documentos o copias que acrediten cada una de las alegaciones que fundamenten el escrito.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

PRIMERO.- La Constitución Española, en su artículo 14, establece que los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. En esta misma línea, el artículo 139 del mismo texto, dispone que todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte de territorio del Estado.

En virtud de los referidos preceptos, no puede admitirse que un ciudadano, por el hecho de haber nacido en un determinado territorio, vaya a tener distintas prestaciones para una misma enfermedad. Es obvio que no recibirá la misma atención el ciudadano que es atendido en un hospital en el que no se está especializado en su enfermedad, que el ciudadano que dispone de un Centro de Referencia en el que el nivel de conocimiento del personal médico, los avances tecnológicos, y el número de casos estudiados será mucho más elevado, incrementando notablemente la posibilidad de supervivencia en casos de enfermedad más grave, y mejorando la atención en el resto de patologías.

SEGUNDO.- Los poderes públicos deben promover, en base al artículo 9.2 de la Constitución, las condiciones para asegurar la libertad e igualdad efectiva y real, y remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.

En esta misma línea y ya en el ámbito específico de la sanidad, en el artículo 43 de la norma suprema, se establece la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública mediante la adopción de medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios.

Parece impensable que desde la propia administración, contradiciendo un deber básico impuesto por la Constitución, se dificulte o pongan trabas al proceso de protección de la salud iniciado por el propio paciente, primer interesado en que esta protección sea efectiva.

Atendiendo a este precepto, la Administración, y consecuentemente los facultativos del hospital del paciente, a quien dirigimos esta solicitud, deberán llevar a cabo todas aquellas actuaciones que faciliten o favorezcan la efectiva protección de la salud.

TERCERO.- Como establece en su artículo 12 la Ley 14/1986, General de Sanidad, se debe garantizar, por parte de los poderes públicos, la corrección de las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso al servicio sanitario público en todo el territorio. Se estipula, así mismo, la dependencia de los Centros de referencia al

establecer en su artículo 15.2 la acreditación por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de los mismos para aquellos tratamientos con los que no se pueda continuar en la Comunidad Autónoma donde resida el paciente, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de esta comunidad.

Esta igualdad de acceso en todo el territorio está económicamente garantizada por el Fondo de cohesión.

CUARTO.- Igualmente, la Disposición Adicional Quinta del texto legal antes citado, señala que el Fondo de Cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca.

QUINTO.- Según lo expuesto en los antecedentes de hecho de este escrito, se dan en el presente caso todos y cada uno de los presupuestos para que por el Director del Centro al que nos dirigimos, se proceda a iniciar el expediente de derivación solicitado, al amparo de lo establecido en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

Al cumplirse todos los requisitos exigidos, el derecho del paciente a ser derivado a un centro de referencia deberá ser garantizado en la línea que dicta el Ministerio de Sanidad reconociendo el procedimiento de derivación propuesto por el Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia.

Se establece así por este órgano, el procedimiento general de derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud. Estos trámites deberán ser llevados a cabo por la autoridad competente en la correspondiente Comunidad Autónoma, siempre a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión, desarrollado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas.

Por todo lo expuesto,

SOLICITO: Tenga por presentado este escrito, con los documentos y copias que se acompañan y en su virtud, toda vez que se cumplen los presupuestos previstos en la normativa de aplicación (R.D 1207/2006, de 20 de octubre), se acuerde acceder a iniciar



el proceso de derivación requerido para poder ser atendido en el centro de referencia _____, sito en _____ y ello por ser de Justicia que solicito en _____ para _____, a __ de _____ de 20__.

Fdo: _____

MODELO DE RECURSO DE ALZADA FRENTE A DENEGACIÓN DE DERIVACIÓN²

AL SERVICIO _____ DE SALUD / A LA CONSEJERÍA DE _____ DEL
GOBIERNO DE _____

Ref: _____

DON _____, con DNI nº _____ actuando en nombre y representación de
_____, con domicilio en _____ comparece y como mejor proceda,

DICE:

[Si no he obtenido respuesta del Director del centro en tres meses, indicar que se recurre la denegación por silencio.]

Que con fecha _____ me ha sido notificada la Resolución dictada por el Director del Centro Médico _____ en el expediente de referencia (*o identificar el expediente*), mediante la que se deniega la petición de asistencia _____ y encontrándola no ajustada a Derecho, dentro del plazo establecido interpongo contra la misma RECURSO DE ALZADA ante _____, en base a las siguientes:

ALEGACIONES

PRIMERA.- Se cumplen los requisitos fácticos para admitir la derivación solicitada

1. El paciente cumple con los requisitos necesarios para proceder a su derivación:

[Establecer las circunstancias personales de cada supuesto, datos del paciente, su historia médica detallada]

2. El centro médico en el que el paciente está siendo tratado actualmente no reúne los medios necesarios para atender correctamente su enfermedad

² Es conveniente acompañar los documentos o copias que acrediten cada una de las alegaciones que fundamenten el escrito.

[Detallar la falta de medios del centro en el que está siendo tratado actualmente.]

3. El centro de destino es un Centro de referencia reconocido.

[Si el centro no estuviera calificado como de referencia se deberán argumentar que reúne las condiciones requeridas para ser incluido, siendo imputable a la Administración el no haberlo considerado como tal.]

Que a la vista de lo anterior y conforme a las siguientes disposiciones, entendemos que procede acceder a autorizar la derivación al centro de referencia arriba indicado, dentro del Sistema Nacional de Salud, para permitir continuar el desarrollo del tratamiento de la enfermedad que padezco *(o del pariente si es menor de edad o incapacitado)*.

SEGUNDA.- Se cumplen los requisitos jurídicos para admitir la derivación del paciente

La Constitución, en su artículo 14, establece que los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. En esta misma línea, el artículo 139 del mismo texto, dispone que todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte de territorio del Estado. En virtud de los referidos preceptos, no puede admitirse que un ciudadano, por el hecho de haber nacido en un determinado territorio, vaya a tener distintas prestaciones para una misma enfermedad.

Los poderes públicos deben promover, en base al artículo 9.2 de la Constitución, las condiciones para asegurar la libertad e igualdad efectiva y real, y remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud. Parece impensable que desde la propia administración, contradiciendo un deber básico impuesto por la Constitución, se dificulte o pongan trabas al proceso de protección de la salud iniciado por el propio paciente, primer interesado en que esta protección sea efectiva. Atendiendo a este precepto, la Administración, y consecuentemente los facultativos del hospital del paciente, a quien dirigimos esta solicitud, deberán llevar a cabo todas aquellas actuaciones que faciliten o favorezcan la efectiva protección de la salud.

Como establece en su artículo 12 la Ley 14/1986, General de Sanidad, se debe garantizar, por parte de los poderes públicos, la corrección de las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso al servicio sanitario público en todo el territorio. Se estipula, así mismo, la dependencia de los Centros de referencia al establecer en su artículo 15.2 la acreditación por parte del Ministerio de Sanidad y

Consumo de los mismos para aquellos tratamientos con los que no se pueda continuar en la Comunidad Autónoma donde resida el paciente, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de esta comunidad. Esta igualdad de acceso en todo el territorio está económicamente garantizada por el Fondo de cohesión.

Igualmente, la Disposición Adicional Quinta del texto legal antes citado, señala que el Fondo de Cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca.

TERCERA.- Según lo expuesto en los antecedentes de hecho de este escrito, se dan en el presente caso todos y cada uno de los presupuestos para que por el Director del Centro al que nos dirigimos, se proceda a iniciar el expediente de derivación solicitado, al amparo de lo establecido en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

Al cumplirse todos los requisitos exigidos, el derecho del paciente a ser derivado a un centro de referencia deberá ser garantizado en la línea que dicta el Ministerio de Sanidad reconociendo el procedimiento de derivación propuesto por el Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia.

Se establece así por este órgano, el procedimiento general de derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud. Estos trámites deberán ser llevados a cabo por la autoridad competente en la correspondiente Comunidad Autónoma, siempre a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión, desarrollado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas.

CUARTA.- *[En el caso de que la denegación se haya producido mediante resolución expresa, incluir una alegación rebatiendo uno a uno los argumentos de la resolución sobre la base de lo explicado en las alegaciones PRIMERA y SEGUNDA]*

Por todo lo expuesto,

AL _____ **SOLCITO:** Tenga por presentado este escrito, con las copias y documentos que se acompañan y por interpuesto en tiempo y forma **RECURSO DE**



ALZADA contra la resolución (*o acuerdo*) del director del Centro Médico _____, de fecha ____, mediante la que se deniega la derivación a D. _____
[*o contra la desestimación por silencio administrativo de la derivación solicitada por esta parte al director del Centro Médico _____ mediante escrito de fecha ____*] y en virtud de lo expuesto, previos los trámites que procedan, acuerde la estimación del presente recurso, dejando sin efecto la resolución (*o acuerdo*) recurrida, dictando otra más ajustada a derecho mediante la que se reconozca el derecho de ____ a ser atendido en el centro _____ y ello por ser de Justicia que solicito en ____ para _____, a ____ de _____ de 20__.

Fdo: _____