

MODIFICACIONES HABIDAS EN EL CONCIERTO SANITARIO PARA EL AÑO 2018 Y SIGUIENTES, por apartados.

1.1.5. Asistencia sanitaria transfronteriza: se obliga expresamente a su cobertura (hay resolución de la Mutualidad al respecto). Se desarrolla en el anexo 8.

1.3.4. Comunicación de datos de beneficiarios. Se establece que la Mutualidad General Judicial comunicará las altas, las bajas y las variaciones de datos de los beneficiarios a la Entidad, diariamente de forma telemática.

1.4.1. Posibilidad de cambio de entidad: Cuando manteniendo su localidad de destino, el mutualista cambie su domicilio a otra provincia. Propuesta de CCOO que ha sido aceptada.

1.6.1 Falta de emisión de tarjeta provisional por parte de la EEMM. Se establece un límite máximo de tiempo en que se puede facturar a la Mugeju determinados gastos por no haberse emitido tarjeta provisional (antes no existía). Cuando ante la solicitud expresa de un beneficiario de alta en la Entidad, no le fuera facilitada la tarjeta provisional o el documento que la sustituya, la Mutualidad General Judicial emitirá una Resolución en la que se hará constar que todos los gastos que se ocasionen por la asistencia de los beneficiarios a través de los medios incluidos en el Catálogo de proveedores de la Entidad, durante un período máximo de treinta días podrán ser facturados directamente a la Mutualidad General Judicial para su abono por cuenta de la Entidad. Posteriormente, el importe de estos gastos será deducido de las cuotas mensuales que deban abonarse a la Entidad, conforme al procedimiento previsto en la cláusula 5.5.3 del Concierto sin perjuicio de las compensaciones económicas que pudieran acordarse.

1.6.2. Formato de tarjeta sanitaria. Se establece que “mediante Resolución de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, se determinarán y podrán modificarse las especificaciones de las tarjetas y de sus sistemas de almacenamiento de datos, en especial en relación con la implantación de la prescripción electrónica recogida en la cláusula 2.8.2 de este Concierto”

Desaparece el apartado 1.7.- MUTUALISTAS NO ADSCRITOS A ENTIDAD MÉDICA., que regulaba el supuesto de que el mutualista no hubiese formalizado su adscripción a alguna de las EEMM o servicio público de salud y precisara de asistencia médica para sí o sus beneficiarios. Este precepto establecía el derecho del mutualista a recibirla por parte de la entidad a la que se dirigiese, y el abono por parte de la Mugeju de los gastos ocasionados a la EEMM.

Desaparece el apartado 2.1.2, que establecía que “los beneficiarios tendrán acceso a técnicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos incluidos en la cartera de servicios contenida en este Concierto, siempre que se establezca la correspondiente indicación por un facultativo del Catálogo de Proveedores, al margen de que se disponga o no de la técnica o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan”. Aunque no lo ponga siguen teniendo dicho derecho.

2.2.1. Prestaciones. Desaparece la expresión “como mínimo” respecto del derecho a prestaciones por parte de los beneficiarios en relación con el contenido de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios, que se ajustará al establecido en cada momento para el resto del Sistema Nacional de Salud (aquí es donde aparecía el como mínimo), con las especificidades recogidas en el Concierto. Ello se enmarca en la tendencia de que las EEMM no ofrezcan más prestaciones que las establecidas en la Cartera de Servicios. No supone nada nuevo, en tanto en cuanto como antes sólo se tiene derecho a las prestaciones establecidas en la Cartera de servicios del SNS y otras adicionales que puedan establecerse en el Convenio.

2.3.1 Nuevos apartados de la atención primaria (puede ser que se hayan incluido porque también existan en la cartera nacional de salud). Los nuevos apartados son:

c) Atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia.

d) Atención a los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. Comprende en general la valoración del estado de salud y de factores de riesgo, los consejos sobre estilos de vida saludable, la detección de los problemas de salud, la valoración de su estado clínico, la atención y seguimiento de personas polimedicadas y con pluripatologías, la información y consejo sanitario sobre su enfermedad, los cuidados precisos al paciente y cuidador/a en su caso.

2.4.3. Asistencia especializada en hospital de día. Se añade que “A los efectos del Concierto, se considera que los tratamientos de Hemodiálisis y de Quimioterapia oncológica ambulatorios se realizan siempre en régimen de hospital de día”. Suele ser así, pero no siempre.

2.4.4.1. Hospitalización en régimen de internamiento: a) Contenido: se suprimen de este párrafo los servicios básicos hoteleros inherentes a la misma. Es decir, con arreglo a esta redacción los hospitales de las EEMM no estarían obligados a facilitar las comidas a los pacientes; de todas formas imagino que en la cartera de servicios del SNS se establezca esta obligación, por lo que la supresión de la frase no tendría virtualidad alguna. Si no fuera así, que la gente se prepare para llevarse el bocadillo al hospital.

2.4.4. Desaparece en el apartado B, “Hospitalización por asistencia pediátrica” el derecho de la persona que le acompañe a cama y prestación alimenticia, y que en el supuesto de que por el centro no se facilite pensión alimenticia al acompañante, la entidad compensará al beneficiario con 20,00 €/día. En los supuestos de hospitalización en UCI, si no se facilita alojamiento, la entidad compensará además con la cantidad de 30,00 €/día, siempre que el acompañante resida en un municipio distante 50 kms o más del hospital.

2.4.4.6. Hospitalización en régimen de internamiento. Se añade un apartado 2.4.4.6, sobre Hospitalización en centros o unidades de media y larga estancia, con la siguiente redacción: Este tipo de hospitalización está destinada a pacientes con deterioro funcional o afectados por procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento que, una vez superada la fase aguda de la enfermedad, precisan cuidados sanitarios continuos, médico quirúrgicos, de rehabilitación y de enfermería, hasta su estabilización. En ningún caso se entiende incluido en este tipo de hospitalización, los internamientos de carácter social.

2.4.4.7. Hospitalización psiquiátrica.. El ingreso deberá realizarse en centros concertados por la Entidad (desaparece: sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 3.3 de este concierto, que es cuando la entidad carece de medios. Aunque desaparezca dicho inciso en nada afecta, pues si la entidad carece de medios debe realizarse el ingreso en centro privado o público)

2.4.7.1. Reproducción humana asistida. Nueva redacción en 2.4.7.1. Las técnicas de reproducción humana asistida serán a cargo de la Entidad cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar tenga la condición de beneficiaria, conforme a lo previsto en la cláusula 1.2, debiendo atenderse asimismo la cobertura de las pruebas incluidas en la cartera de servicios que hayan de realizarse al otro miembro de la pareja en el curso del tratamiento. Se excluye la financiación de los tratamientos farmacológicos a los que haya de someterse el otro miembro de la pareja.

Antes decía : Las técnicas de RHA serán a cargo de la Entidad cuando la mujer sobre la que se vaya a realizar tenga la condición de beneficiaria, conforme a lo previsto en la cláusula 1.2. Se especifica qué incluye respecto del cónyuge no beneficiario.

2.4.7.3. Tratamientos de RHA con fin terapéutico. Desaparece “No obstante, cuando estuviera en curso un tratamiento, al amparo de las previsiones recogidas en el Concierto vigente en 2013, la Entidad mantendrá su cobertura hasta la finalización del ciclo en curso, por los mismos servicios asistenciales, siempre que no se realice un cambio de Entidad.”

2.4.7.2. Inseminación artificial con gameto de donante: 3.º Número máximo de ciclos: seis (se suprime la expresión “límite que comprende los ciclos los ciclos de inseminación que se hubieran realizado con gametos propios”).

En Fecundación in Vitro desaparece el párrafo “Cuando se indiquen distintos procedimientos de fecundación in vitro, se atenderá la cobertura de un máximo de cuatro ciclos de tratamiento.”

d) Criopreservación de gametos o de preembriones para uso propio diferido para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos patológicos especiales. Se añade “En el caso de los hombres, la preservación se atenderá hasta el día anterior al cumplimiento de 55 años.”

2.7.6. Atención a la salud buco dental. Se añade : “Serán a cargo de la Entidad, los gastos de hospitalización, de quirófano, anestesia y sedación necesarios para la realización de los anteriores tratamientos y prestaciones odontológicas, a personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, y en el caso de discapacitados psíquicos”. Positivo

2.8.1. Prestación farmacéutica: se añade “identificando el principio activo del medicamento o la denominación genérica, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente”. Ya estaban obligados.

2.8.2. Prestación farmacéutica y con productos dietéticos. En relación con la receta electrónica se añade “Hasta su puesta en marcha y para las prescripciones manuales en formato papel la Entidad exigirá a sus facultativos que en la cumplimentación de dichas recetas figuren sus datos mínimos obligatorios: nombre y dos apellidos, número de colegiado, y provincia donde ejerza, y firma.” No supone nada, porque luego se establece esta obligación.

Se suprime que “Los facultativos deberán disponer de PC con impresora, conexión de banda ancha y lector de tarjetas con chip y banda magnética. El programa será objeto de financiación específica, mediante una cuota capitativa mensual variable, en función del grado de extensión del sistema, que se medirá por el porcentaje de recetas informatizadas sobre el total de las mismas dispensadas al colectivo adscrito a la entidad, en la provincia de implantación del sistema.”

2.8.3. Prestación farmacéutica y con productos dietéticos. Se añade en apartado 5, en relación con las tiras reactivas para medición de glucemia, glucosuria y combinadas glucosa/cuerpos cetónicos, etc, que en todo caso, la Entidad deberá garantizar a dichos pacientes cualquiera de los productos existentes en el mercado cuando a juicio del facultativo prescriptor se adapten mejor a sus necesidades individuales y a sus habilidades personales, siempre y cuando estén incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud

(se añade el subrayado). (reduce prestación a lo estrictamente obligatorio en la Cartera de servicios del SNS)

Nueva redacción del apartado 2.8.4. Dispensación por servicios de farmacia hospitalarios en supuestos especiales. Por los servicios de farmacia de centros hospitalarios concertados se dispensarán los medicamentos precisos para tratamientos ambulatorios a cargo de la Mutuality General Judicial, en los siguientes supuestos:

a) Los medicamentos que, sin tener la calificación de uso hospitalario, tienen establecidas reservas singulares en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistentes en limitar su dispensación a los pacientes no hospitalizados en los servicios de farmacia de los hospitales, por lo que no están dotados de cupón precinto, y que para su administración no requieren la intervención expresa de facultativos especialistas, se dispensarán al beneficiario por los servicios de farmacia hospitalaria. Estos medicamentos se facturarán para su abono directo por la Mutuality General Judicial al precio de financiación para el Sistema Nacional de Salud, más impuestos.

b) Los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario cuya dispensación se solicite expresamente por la Mutuality General Judicial para el tratamiento de un determinado paciente, ante la existencia de dificultades para su dispensación en oficinas de farmacia por problemas de desabastecimiento u otros, se dispensarán al beneficiario por los servicios de farmacia hospitalarios. Estos medicamentos se facturarán para su abono directo por la Mutuality General Judicial, al precio de venta al público (PVP), de financiación para el Sistema Nacional de Salud.

El apartado 2.8.6 pasa a ser el apartado 5.7. Procedimiento para la repercusión de costes de medicamentos indebidamente abonados por Mugeju.

2.9.2.4 Transporte sanitario no urgente. Desaparece la frase “la indicación del transporte sanitario no urgente requerirá la existencia de deficiencia, física, sensorial, cognitiva o psíquica, sea temporal o permanente, que cause incapacidad para poder desplazarse de forma autónoma y que no permita utilizar los medios ordinarios de transporte públicos o privados. (no supone modificación alguna)”. Luego se redacta de otra forma, como aspectos a valorar. Se mejora la redacción, propuesta de CCOO.

2.9.2.6. y 2.9.2.7. Aportación del usuario al Transporte sanitario no urgente. Desaparece estos párrafos, que regulaban la posibilidad de aportación del usuario al transporte sanitario no urgente y su exención (estaba pendiente de regulación por el Ministerio de Sanidad pero el proyecto de Orden Ministerial decayó hace 3 años, más o menos, por lo que no hay copago).

2.9.3.1. Desplazamientos por medios ordinarios. Se incluye en el apartado Desplazamientos a servicios del nivel IV y servicios de referencia, los realizados a servicios ubicados en una provincia distinta a la de residencia, o en un municipio dentro de la misma que diste más de 25 km del lugar de residencia, cuando en la provincia de residencia o de estancia no se disponga de este tipo de servicios. A propuesta de CCOO.

2.9.4. Transporte de acompañante: se suprime su transporte en caso de Beneficiarios que presenten minusvalía cognitiva, sensorial o psíquica que le limite la comprensión y la comunicación con el medio durante el traslado. Y Beneficiarios que por la evolución de su enfermedad, se encuentren en el momento del traslado en una situación de gran deterioro físico o psíquico. Se sustituye por el genérico Desplazamientos de beneficiarios cuando así lo indique su médico responsable, circunstancia que se acreditará mediante la presentación de la prescripción escrita del facultativo.

2.10.1 Programas preventivos. d) Se establece dentro de los programas preventivos el catálogo de enfermedades endocrino-metabólicas para las que se realiza el cribado neonatal (antes no se establecía este catálogo, es posible que sea por exigencia de la cartera de servicios del SNS).

Se añade : En los casos en que la Entidad no hubiera desarrollado alguno de los programas específicos señalados, deberá atenderla cobertura de las actuaciones realizadas a los beneficiarios en el marco de un programa de prevención desarrollado por las correspondientes administraciones sanitarias.

2.10.2 Prestación ortoprotésica. Se añaden dos nuevos supuestos en que están incluidos los implantes ostointegrados para prótesis dentales: b) Pacientes con procesos oncológicos que afecten a la cavidad oral e impliquen pérdida de dientes relacionada directamente con esta patología o su tratamiento. c) Pacientes con malformaciones congénitas que cursen con anodoncias.(positivo).

2.10.3. Terapias respiratorias. Se incluye el suministro de aspiraciones de secreciones.

2.10.5. Asistencia en el marco de estudios de monitorización. Se añade este apartado, por estar incluido dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

3.2 e) Medios de la entidad. Se añade que “la Entidad podrá coordinar sus dispositivos de emergencias sanitarias con otros centros coordinadores de urgencias y emergencias, incluidos aquellos dependientes de otras administraciones públicas”. Nuestra propuesta es que debe coordinarse, por lo que se queda corta.

3.7. Se suprime el apartado “Campañas promocionales” , relativo a la publicidad que cada entidad puede hacer de sus servicios.

3.7.1. Invariabilidad de catálogos. Se añade el supuesto de “por fallecimiento o incapacidad del facultativo para ejercer la profesión” como causa de baja en el catálogo de proveedores.

4.2.1.a) Denegación injustificada de asistencia. Se suprime la expresión subrayada: “Cuando se deniegue al beneficiario el libre acceso al catálogo de proveedores de la entidad, sin causa justificada.”

4.2.1. b) Supuesto de denegación injustificada de asistencia. Se añade “La respuesta de la Entidad deberá realizarse por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la misma.”

4.2.1 d y e). **Supuesto de denegación injustificada de asistencia.** Se mejora la redacción, que viene a decir lo mismo que el anterior apartado d).

Se establece la obligación, antes inexistente, de que el beneficiario, transcurridos 6 meses desde el inicio de la asistencia, solicite a la Entidad la renovación de la prestación o la continuidad de la asistencia, a fin de que, antes de que concluya el décimo día hábil siguiente a la fecha de solicitud, la Entidad autorice la renovación.

4.4. Asistencia sanitaria transfronteriza. Regula los aspectos esenciales de la misma, que no estaban recogidos en el concierto anterior, el cual se remitía a una resolución que dictara la Mugeju al respecto. Ahora se regula en el Anexo 8.

5.1.1. Régimen jurídico del concierto. Se adecua este apartado para establecer la regulación actual de las normas jurídicas vigentes que rigen el concierto.

5.3.4. b) Comisión Mixta Provincial: Se modifica en el siguiente sentido : Si los representantes de la Entidad no asisten a la reunión en la fecha señalada en la convocatoria, sin que medie causa debidamente justificada, se entenderá que, ésta acepta los acuerdos que adopte la Mutualidad General Judicial en relación con los asuntos incluidos en el orden del día de la reunión. En caso de que la falta de asistencia de los representantes de la Entidad sea por causa debidamente justificada, la reunión se celebrará en el plazo más breve posible siguiente a la referida fecha (mejor, porque antes simplemente se remitían los asuntos a la Comisión Mixta Nacional. Esto no quiere decir que la Mugeju adopte el acuerdo favorable al mutualista).

5.3.4. d). Comisión Mixta Provincial. Se suprime la remisión del acta a la Entidad para ser firmada. No supone nada añadido.

5.4.7. Comisiones Mixtas. Se modifica la redacción, para establecer que la doctrina sobre la adopción de resoluciones es de la Comisión Mixta Nacional.

Se suprime “No podrán presentarse reclamaciones en comisión mixta nacional o en la comisión mixta provincial correspondiente por temas similares que ya hayan sido resueltos previamente, de forma favorable a la pretensión del mutualista y de acuerdo con la Entidad, por la Gerencia de Mugeju o por el Delegado Provincial, respectivamente, debiéndose aplicar el criterio resultante de la correspondiente comisión mixta nacional o provincial precedente.”.

Nosotros proponíamos que se excluyera de la cuarta línea a los “Delegados Provinciales”, dado su carácter no profesional. La modificación va más allá, pues excluye la posibilidad de que no se puedan presentar reclamaciones en Comisiones mixtas provinciales sobre pretensiones ya resueltas antes, de forma favorable al mutualista, por la Gerencia de la Mugeju. Ahora se podrán presentar; lo único, que si favorables al mutualista, y la EEMM la recurre, la resolución de la Comisión Mixta Nacional será la misma que la adoptada anteriormente.

5.5.1 Ejecución de resoluciones estimadas. Apartado a) se reduce a cinco días (antes 10) el plazo para que la Entidad emita la correspondiente autorización, tras acordarlo la Comisión Mixta. Apartado b) se suprime el plazo (antes un mes) para que la entidad abone directamente algún gasto.

7.1.5. Duración del Concierto. Se añade que “cuanto se dispone en la cláusula 7.1.3 será de plena aplicación para el caso de que, prorrogado el Concierto para 2019, no se prorrogase, para 2020, o que prorrogado para 2020, no se prorrogase para 2021, entendiéndose que las referencias de fechas en aquélla contenidas se desplaza a los años siguientes”. Se sobreentendía-

El 7.2.8 Régimen económico del concierto pasa a ser 7.3.2 párrafo primero. En 7.3.2 se añade que “asimismo, del importe que cada mes deba abonarse a la Entidad, en concepto de primas se deducirán: ☐ Las compensaciones económicas que deban aplicarse, conforme a lo previsto en la cláusula 5.6. ☐ El importe de los pagos que hayan debido realizarse por cuenta de la Entidad, atendiendo a las previsiones establecidas las cláusulas 1.6.1, 4.4, 5.4, 5.6 y en el ANEXO 1. ☐ Los descuentos contemplados en la cláusula 5.7.”. Ya se decía en cada uno de los apartados mencionados.

Anexo I. Medios de asistencia en zonas rurales. Se añade apartado 5. MEDIOS PARA LA ASISTENCIA EN MUNICIPIOS DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS CON LAS QUE NO SE HAYA

FORMALIZADO CONVENIO, con la siguiente redacción: “En los municipios de menos de 20.000 habitantes pertenecientes a Comunidades Autónomas con las que no se hayan formalizado Convenios de colaboración o éstos sólo tengan por objeto la asistencia sanitaria de urgencias, y en los que la Entidad no disponga de medios propios o concertados y no existan medios privados, ésta facilitará el acceso de los beneficiarios a los servicios de Atención Primaria dependientes de la correspondiente Comunidad Autónoma, tanto para la asistencia ordinaria como de urgencia, asumiendo la Entidad directamente los gastos que puedan facturarse”. Realmente no es nada nuevo, pues dicha obligación ya resultaba del apartado 4. Utilización de medios no concertados, y no resuelve el problema, que es que ante los servicios públicos de salud, salvo convenio, el obligado al pago es quien percibe la asistencia médica, es decir, el mutualista, y por tanto, salvo convenio, a la persona a la que pueden facturar.

Anexo II. Autorización previa para determinados tratamientos. Apartado 2, se añade la posibilidad de solicitar autorización por “e) Otros procedimientos telemáticos”. Se suprime la relación de medios con que la Entidad médica puede remitir la autorización.

Anexo III. Disponibilidad de medios asistenciales por niveles

Apartado 2.1. Incluye a los graduados en enfermería (señal de que se podían modificar cuestiones muy puntuales del concierto, otra cosa es que haya habido voluntad para ello)

Tabla 4. Se añaden nuevas Unidades/equipos multidisciplinares/ Consejo Genético/Tratamientos complejos del cáncer, en Nivel IV: Unidad de lesionados medulares Unidad de daño cerebral Unidad de grandes quemados Unidad de atención temprana Cirugía radioguiada Cirugía curativa del cáncer de esófago Cirugía curativa del cáncer pancreático Cirugía de las metástasis hepáticas Cirugía combinada de órganos pélvicos Trasplante de órganos, tejidos y células Cirugía robotizada Radiocirugía de SNC y extracraneal

Todas estas unidades en el anterior concierto formaban parte de los llamados “Servicios de Referencia”, respecto de los cuales la Entidad debía ofertar, como mínimo, tres alternativas, de las cuales al menos una debía estar ubicada en la Comunidad Autónoma de residencia del beneficiario o, de no existir en esa, en la Comunidad Autónoma limítrofe más cercana a la residencia del beneficiario. Ahora pasan a Unidades del nivel IV, grandes municipios, con lo que sigue habiendo al menos una unidad por cada Comunidad Autónoma. A este respecto resulta beneficioso para las Comunidades autónomas con más de una ciudad en Nivel IV (Andalucía, Canarias, Galicia y Comunidad Valenciana), ya que en dichas comunidades tendrán al menos tantas unidades de tratamiento de estas patologías como ciudades en Nivel IV existan.

5. Servicios de referencia: Desaparece la necesidad de que la entidad tenga sus propios servicios de referencia para la asistencia de enfermedades raras y de enfermedades que requieren técnicas, tecnologías y procedimientos, de elevado nivel de especialización. Ahora se establece que “la Entidad facilitará el acceso a los servicios y unidades de referencia designados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial” (yo creo que es mejor).

6. Condiciones en Archipiélagos

Se añade que “en el caso de Formentera, La Gomera y El Hierro, también se atenderán los gastos de desplazamiento interinsular para el acceso a las especialidades de N II”. Positivo

Anexo 5. Sistemas de información asistencial. Se suprime la Información sobre transporte sanitario no urgente (no es ahora necesaria al no estar sujeta a copago).

Anexo 8. Se añade un anexo sobre Asistencia Sanitaria Transfronteriza.

Anexo B. Se incluye un modelo de subconcierto, por el cual una entidad médica que haya firmado el concierto, si carece de medios para prestar la asistencia concertada en una determinada provincia, puede subconcertar con otra entidad que no lo haya suscrito las obligaciones de la entidad concertada.

El modelo no incluye nuestra propuesta relativa al apartado 3.1., en que solicitábamos que *“El empleo de medios concertados por parte de la Entidad en ningún supuesto podrá suponer cesión de las pólizas ni el reaseguro a entidad distinta, ni cualquier otro contrato o pacto que derive las obligaciones asumidas por la Entidad a otra entidad diferente, sea o no firmante del Concierto. Las Entidades serán responsables de la atención médica prestada en las entidades subconcertadas, sin que en ningún caso puedan los representantes de estas últimas acudir a las Comisiones Mixtas que, en su caso, se convoquen”*. El modelo de subconcierto debería haber establecido mayores cautelas, conforme nuestra propuesta.