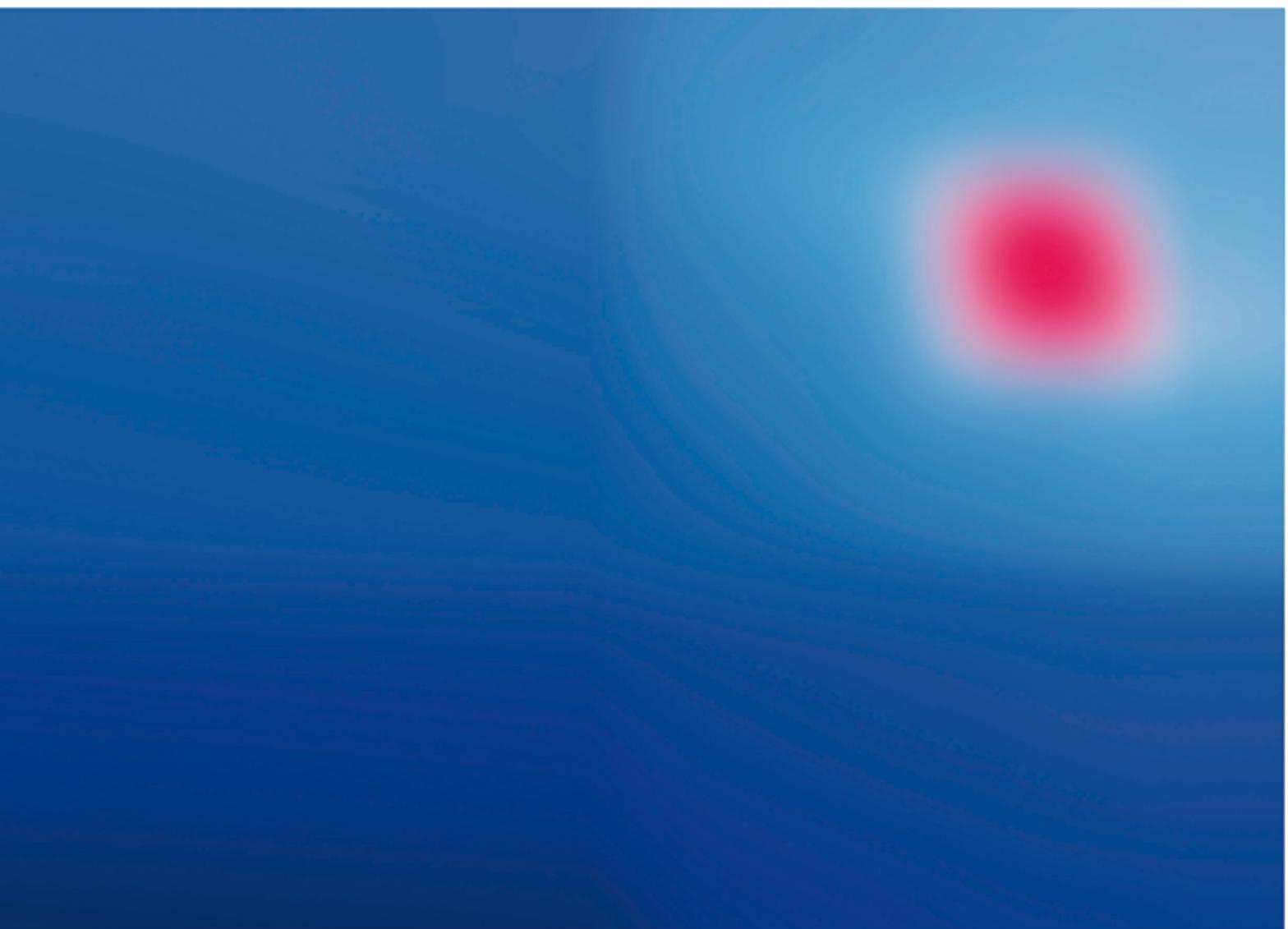


# El circuito de asistencia sanitaria a los trastornos adictivos en Galicia



**EL CIRCUITO DE ASISTENCIA  
SANITARIA A LOS TRASTORNOS  
ADICTIVOS EN GALICIA**

### **AGRADECIMIENTOS:**

El Servicio Gallego de Salud agradece a todas las personas que participaron en el diseño del circuito de asistencia sanitaria a los trastornos adictivos en Galicia su desinteresada colaboración.

### **COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN:**

López Crecente, M<sup>a</sup> Fernanda (Subdirectora General de Gestión Sociosanitaria y Salud Mental)  
Arrojo Romero, Manuel (Jefe de Servicio de Salud Mental y Asistencia a Drogodependencias. SG Gestión Sociosanitaria y Salud Mental)

### **COLABORADORES:**

#### **Grupo de trabajo:**

Carmona Barros, Julio (UAD Pontevedra)  
Cartelle Fernández, Jesús (UAD Ribeira)  
Fernández García, José Manuel (SG Gestión Sociosanitaria y Salud Mental)  
Flórez Menéndez, Gerardo (UCA Ourense)  
Fraga Ares, Jaime (SG Gestión Sociosanitaria y Salud Mental)  
Guimeráns Freijeiro, Carmen (UTA Vigo)  
García Rodríguez, Julia (UAD A Coruña)  
Miguel Arias, Domingo (C.H.Universitario A Coruña)  
Osorio López, Jesús (SG Gestión Sociosanitaria y Salud Mental)  
Otero Lamas, Francisco (UAD CEDRO)  
Otero Nieto, Eugenio (Gerencia de Atención Primaria de A Coruña)  
Pedreira Quiroga, Mercedes (UAD Lugo)  
Pereiro Gómez, César (C.H. Arquitecto Marcide- Novoa Santos)  
Pérez Vázquez, M<sup>a</sup> José (UAD Monforte)  
Rodríguez Campos, José (Centro de Salud de Padrón)  
Suárez Fernández, Lourdes (UAD Carballo)

#### **Edita:**

Xunta de Galicia  
Servizo Galego de Saúde  
Dirección de Asistencia Sanitaria

#### **Maquetación:**

Difux, S.L.

# Índice

1. JUSTIFICACIÓN: LA ASISTENCIA A LAS ADICCIONES EN EL CONTEXTO DE UNA GESTIÓN INTEGRADA EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD. UNA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y TRATAMIENTO A LOS TRASTORNOS ADICTIVOS . . .	7
2. EL MODELO DE GESTIÓN BASADO EN PROCESOS. GENERALIDADES . . . . .	15
3. PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA A LOS TRASTORNOS ADICTIVOS EN LOS RECURSOS SANITARIOS DE GALICIA . . . . .	21
3.1 Organización funcional de los centros de asistencia a los trastornos Adictivos en el Servicio Gallego de Salud . . . . .	23
3.2 Recursos que integran el tratamiento de las conductas adictivas . . . . .	26
4. EL PROCESO ASISTENCIAL . . . . .	29
4.1 Definición del proceso asistencial en trastornos adictivos . . . . .	32
4.2 Objetivos del proceso asistencial . . . . .	33
4.3 Los flujos en la atención a los trastornos adictivos . . . . .	35
4.4 Límites del proceso . . . . .	40
5. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS . .	43
6. INDICADORES DE EVALUACIÓN . . . . .	51
7. PLAN DE IMPLANTACIÓN . . . . .	59
8. PLAN DE COMUNICACIÓN . . . . .	63
ANEXO 1: Recursos asistenciales de trastornos Adictivos en Galicia . . . . .	71
ANEXO 2: Legislación aplicable . . . . .	99



## Prólogo

Como gerente del Servicio Gallego de Salud, es gratificante poder presentar este circuito de asistencia sanitaria a trastornos adictivos, que surge del trabajo de un grupo técnico multidisciplinar creado desde la Dirección de Asistencia Sanitaria en el año 2010, bajo la coordinación de la Subdirección General de Gestión Sociosanitaria y Salud Mental.

El documento elaborado tiene sus pilares en la Estrategia Sergas 2014, la Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016 y el Plan de trastornos adictivos de Galicia 2011-2016 que surgió en el mismo período.

Unificar todas las inquietudes y asegurar una asistencia integral a la persona con un trastorno adictivo, favoreciendo la uniformidad en el tratamiento y minimizando la variabilidad clínica, es una tarea complicada, pero al mismo tiempo ilusionante; el resultado de todo este trabajo es un documento breve y conciso que describe claramente la situación a la que se pretende llegar, los pasos a seguir para su consecución y unos indicadores precisos para su seguimiento.

En Galicia estamos asistiendo a un verdadero cambio en la asistencia a los trastornos adictivos. Desde el comienzo de la legislatura, hemos promovido el acercamiento al Servicio Gallego de Salud de la red de asistencia a los trastornos adictivos con el fin de que la dependencia funcional, regulada por la Orden de 12 de marzo de 2007, se convirtiera en una realidad, garantizando una asistencia integral y de calidad a los pacientes con trastornos adictivos a lo largo de todo el proceso y en igualdad de condiciones que las personas afectadas por cualquier otra patología.

De todos es conocido que, en la década de los ochenta, en Galicia se articularon una serie de recursos para atender las demandas asistenciales planteadas en el campo de las adicciones, fundamentalmente motivadas por problemas de consumo de heroína.

En los últimos años, el perfil del consumidor ha variado notablemente, al mismo tiempo que se han ido dando pasos en la búsqueda de la coordinación y colaboración entre los distintos servicios. Quedaba todavía un último paso a realizar, con el fin de promover una respuesta conjunta entre las unidades de tratamiento de trastornos adictivos, los servicios de salud mental y atención primaria, tres pilares esenciales y básicos en el tratamiento integrado y comunitario.

Regular y ordenar la puerta de entrada a través de atención primaria, acercando al paciente a su médico de cabecera, crear el proceso asistencial para asegurar una atención continuada, evitar las duplicidades y conseguir disponer de una única historia clínica que facilite la prestación de una atención sanitaria eficaz y de calidad por parte de todos los profesionales que atienden a los pacientes, han sido los objetivos fundamentales de la elaboración de este circuito asistencial.

Este proyecto precisa también del impulso institucional para su mejor desarrollo y de la imprescindible colaboración e implicación de los profesionales que trabajan en las estructuras de atención sanitaria.

Estoy segura de que el circuito elaborado, y su puesta en marcha, contribuirá a normalizar y, consecuentemente, a mejorar la atención a las personas con trastornos adictivos.

Por ello, quiero agradecer sinceramente su colaboración a todos los que participaron en la elaboración de este documento y a todos aquellos que van a contribuir a que su implantación sea una realidad.

**1. JUSTIFICACION:  
LA ASISTENCIA A LAS ADICCIONES  
EN EL CONTEXTO DE UNA GESTIÓN  
INTEGRADA EN EL SERVICIO  
GALLEGO DE SALUD. UNA MEJORA  
EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y  
TRATAMIENTO A LOS TRASTORNOS  
ADICTIVOS**



Las respuestas que se articularon en la década de los ochenta en Galicia para atender las demandas asistenciales planteadas en el campo de las adicciones, fundamentalmente motivadas por problemas de adicción a la heroína, se caracterizaron por la creación de estructuras específicas para el tratamiento de las drogodependencias (paralelas a las redes generales de salud o servicios sociales) y por el protagonismo en la gestión de los servicios asistenciales de las organizaciones no gubernamentales y de los ayuntamientos, que dieron una respuesta muy eficaz en aquellos difíciles momentos y a lo largo de las dos últimas décadas. Todo ello trajo como consecuencia el desarrollo de una red específica de atención a las drogodependencias que precisa de la imprescindible coordinación e integración con el resto de los servicios sanitarios y sociales.

En los últimos años el perfil del consumidor ha variado notablemente, con una tendencia al policonsumo y un creciente protagonismo de otras sustancias como el alcohol, la cocaína o el cannabis, cuyo consumo no se limita a sectores desfavorecidos socialmente, sino que también es habitual en clases más acomodadas.

Al mismo tiempo, la coordinación y colaboración entre los distintos servicios se han ido concretando en diferentes actuaciones (elaboración y dispensación de metadona, desintoxicación hospitalaria, vacunaciones, etc.) que han permitido intervenciones conjuntas en el ámbito de las drogodependencias. Sin embargo, queda mucho camino por recorrer y continúan observándose con frecuencia dificultades de comunicación y coordinación entre las unidades de tratamiento a los trastornos adictivos y los servicios de salud mental y atención primaria, tres pilares esenciales y básicos en el tratamiento integrado y comunitario a los trastornos adictivos.

Otro campo en el que se han conseguido grandes avances en las últimas décadas es la prevención y tratamiento de las enfermedades físicas derivadas de la adicción a sustancias, y en especial, de las enfermedades infecciosas.

Por otro lado, es de gran trascendencia la frecuente coexistencia de adicción y trastorno mental. En este sentido, resaltar que el estudio COPSIAD (Comorbilidad Psiquiátrica en Adicciones) reportó una comorbilidad entre ambos trastornos en un 56,2% de los 2.304 usuarios incluidos de las Unidades de Conductas Adictivas y de Alcoholismo de Galicia.

Este aspecto confiere mayores dificultades al diagnóstico, tratamiento y seguimiento, tanto del trastorno adictivo como del trastorno mental asociado. Por todo ello, se hace necesario una adecuada derivación de estos pacientes entre los dispositivos que se traduzca en una respuesta óptima, integradora y de calidad, lo que equivale a una extensión de las mejores prácticas a todos los dispositivos por medio de procedimientos y medidas que involucren a todos los actores de los diferentes niveles asistenciales.

Siendo conscientes de la necesidad de mejorar la coordinación entre los Centros de Drogodependencias, Salud Mental y Atención Primaria, y siempre con la finalidad de ofrecer una prestación sanitaria equitativa, de calidad y eficiente, se hace necesario realizar un análisis y revisión de la situación actual con el fin de mejorar la asistencia a los pacientes con un trastorno adictivo.

Se intenta elaborar un proceso asistencial integral que contenga las líneas básicas de actuación entre el Servicio Gallego de Salud y los diferentes dispositivos y recursos de atención a los pacientes con trastornos adictivos. Es importante resaltar que este documento **pretende ser un punto de partida, un documento base, abierto y flexible**, sujeto a posteriores modificaciones que enriquezcan su contenido y mejoren sus prestaciones.

Así mismo, precisa del **impulso institucional** para su mejor desarrollo y de la **imprescindible colaboración e implicación de los profesionales** que trabajan en las estructuras de atención.

En esta línea, la estrategia SERGAS 2014 apuesta por una estructura organizativa de gestión integrada con el objetivo de lograr una atención integral de los problemas de salud de los ciudadanos, eliminando las barreras entre los diferentes niveles asistenciales y superando la fragmentación de la asistencia. Así mismo, recoge la necesidad de dar atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas, entre los que se incluyen las personas con trastornos adictivos, para las que recomienda el desarrollo de programas de atención.

Con este propósito, se hace necesario normalizar la asistencia de las personas que acceden a las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), definir la cartera de servicios prestados, optimizar y racionalizar los recursos existentes, de acuerdo con la Estrategia Sergas 2014, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y el Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016.

Para ello se deberá:

- Homogeneizar los servicios y prestaciones a las que acceden los usuarios en los distintos servicios.
- Potenciar el desarrollo de guías de procedimientos y protocolos de actuación documentados, que orienten las prácticas profesionales ante situaciones similares y que ayudarán a mejorar la continuidad de los procesos terapéuticos y la prestación de una respuesta integrada y coordinada a los usuarios (sobre todo a los afectos por una patología dual).
- Establecer estrategias de coordinación, comunicación e interconsulta/enlace con otros servicios implicados en los procesos terapéuticos (servicios de salud de Atención Primaria y Especializada, etc.).

- Implementar sistemas de información común y accesible, al mismo nivel de las otras especialidades que conforman el Servicio Gallego de Salud.
- Aumentar el grado de conocimiento de los recursos existentes y de los programas que se llevan a cabo en los distintos niveles asistenciales.
- Potenciar el desarrollo de actuaciones coordinadas en formación e investigación.

Solamente contando con un modelo que defina de manera precisa los procesos y actividades que integran la asistencia ambulatoria y que identifique los procedimientos con que deben ser llevados a cabo, se estará en condiciones de asegurar la homogeneización y calidad asistencial de los recursos existentes en Galicia, así como la convergencia de éstos con el resto de servicios del Sistema de Salud.

Al mismo tiempo, se estará en consonancia con lo contemplado en el Decreto 168/2010 del 7 de Octubre, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud. El modelo de gestión que se implanta da cumplimiento a los principios rectores y de actuación del sistema público de salud de Galicia, cuyos objetivos son:

- Centrar la atención en el paciente con la implicación de todos los profesionales en la toma de decisiones mediante el uso de la gestión clínica como herramienta para evolucionar de un sistema ya superado de organización por compartimentos a otro transversal u horizontal;
- Garantizar la equidad, accesibilidad, continuidad, calidad y seguridad de la atención, mediante la gestión por procesos, con priorización según los criterios de planificación, gravedad, urgencia y frecuencia establecidos;

- Minimizar la variabilidad en la práctica clínica y eliminar la duplicidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos mediante la implantación de las recomendaciones contenidas en las guías de práctica clínica;
- Garantizar la transparencia y la autonomía de decisión de los pacientes establecida en la legislación vigente, mediante el desarrollo adecuado de los sistemas de información y comunicación;
- Orientar la planificación de los procesos relacionados con los problemas de salud, entendiendo ésta como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (OMS, 1946), con especial atención a los priorizados por las directrices sanitarias del Servicio Gallego de Salud.
- Utilizar eficientemente todos los recursos mediante la promoción del trabajo en equipo y la implicación de los profesionales en la gestión.



## **2. EL MODELO DE GESTIÓN BASADO EN PROCESOS. GENERALIDADES**



La estandarización de los procesos y procedimientos asistenciales entre el conjunto de centros encargados del tratamiento de las adicciones en Galicia es una cuestión de enorme relevancia, no sólo porque es imprescindible para instaurar un modelo de gestión de calidad, sino porque resulta crucial para facilitar la convergencia de las prácticas y los servicios ofertados por los diferentes centros, con orientaciones, perfiles de pacientes y prácticas profesionales diferentes.

La gestión por procesos asegura la atención integral al usuario de una manera más adecuada y eficiente que en aquellas estructuras organizadas por funciones o por áreas, donde es fácil perder la perspectiva de las necesidades de los usuarios, así como dar una respuesta coordinada de atención y cuidados. Supone un cambio de visión del proceso asistencial, optando por un modelo transversal, donde el usuario es el eje alrededor del cual se producen las decisiones y actuaciones de los profesionales implicados, asegurando, por último, la equidad en la gestión dentro del Sistema Sanitario, mediante la introducción de parámetros que atenúan la variabilidad asistencial, propia de cada equipo profesional.

Se considera proceso el conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) con un fin determinado.

Desde la perspectiva de una organización sanitaria pública, un proceso asistencial es el conjunto de actividades, realizadas por los profesionales de la atención sanitaria (actividades preventivas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras), lógicamente interrelacionadas y ordenadas, que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos estos en un sentido amplio (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

A nivel práctico, la gestión por procesos supone “reordenar los flujos de trabajo”, de forma que aporten un valor añadido, destinado a aumentar la satisfacción de los pacientes y a facilitar las tareas a desarrollar por los profesionales. Es fundamentalmente una metodología de trabajo en equipo.

Los principios básicos que sustentan la gestión por procesos implica para la organización la aplicación de una serie de principios básicos de calidad, como son:

1. Satisfacción del cliente: todo proceso ha de estar orientado a la satisfacción de las necesidades de sus clientes, tanto internos (profesionales) como externos (pacientes y familiares), mediante el establecimiento de un flujo de información bidireccional que permita establecer los requisitos o criterios válidos y diseñar los procesos de trabajo que garanticen la satisfacción de los mismos.
2. Seguimiento y control/ Mejora continua:
  - Todos los procesos deben tener un responsable designado que asegure el cumplimiento de los objetivos preestablecidos y vigile de forma continuada la eficacia del proceso.
  - Todos los procesos claves y relevantes deben estar sujetos a revisión y mejora continua.
  - Todos los procesos tienen que tener indicadores que faciliten visualizar su evolución respecto a los objetivos o estándares planificados para los mismos.
  - Todos los procesos tienen que ser auditados para verificar el grado de cumplimiento de los objetivos y eficacia de los mismos. Para ello, es necesario documentarlos, estableciendo indicadores y sistemas de seguimiento y control.

3. Dirección basada en resultados: un sistema de gestión por procesos ha de acompañarse de instrumentos o procedimientos de apoyo a la dirección que, de forma sistemática, permitan la recogida de la información necesaria sobre los resultados obtenidos y su interpretación objetiva, facilitando la toma de decisiones para la mejora continua.
3. Satisfacción del personal:

Los sistemas de gestión por procesos contribuyen a:

- Que el personal de la organización adquiera los conocimientos, habilidades y formación necesarios para desarrollar los procesos de forma eficaz y eficiente.
- Incrementar la comunicación en el lugar de trabajo, reforzar el trabajo en equipo y la participación del personal en la identificación de mejoras y su implantación.
- Potenciar la racionalización del trabajo desarrollado por el personal, facilitando su ejecución de forma homogénea.

La incorporación del sistema de gestión por procesos en la organización implica:

- a) La búsqueda de la excelencia y la calidad deben ser el fin último de todas las actividades a realizar. Ello supone una disposición permanente al cambio, a romper con prácticas y rutinas que en ocasiones pueden llevar años consolidadas en la organización pero que tienen que adaptarse a las nuevas necesidades. Para asegurar estos objetivos es importante seguir avanzando en la coordinación y capacidad de respuesta de la organización.
- b) La apuesta por una gestión integral y coordinada de los servicios ofertados a los pacientes, como mecanismo para garantizar la continuidad asistencial.

La diversidad de profesionales y servicios que participan en el proceso asistencial, obliga a tener siempre como perspectiva la existencia de un único paciente, con el que trabajan en etapas y momentos evolutivos diferentes, evitando fragmentar la asistencia. No basta con establecer de forma precisa los procesos y actividades que deben ponerse en marcha en cada servicio y el cómo deben implementarse para mejorar su efectividad y eficiencia, sino que resulta imprescindible establecer el cuándo. La temporalización de las intervenciones pretende romper las interfases, evitar vacíos en la asistencia y eliminar las duplicidades en las actuaciones entre diferentes servicios, que no aportan valor añadido al proceso de atención.

- c) La implicación de los profesionales en la mejora de la gestión asistencial.

Los profesionales deben implicarse activamente en la gestión del proceso asistencial, convertirse en los impulsores del cambio, asumiendo un papel protagonista en la formulación de aportaciones para la mejora permanente y la incorporación de innovaciones, la gestión de los recursos, la organización de las actividades que componen el proceso, los procedimientos adecuados en cada momento y la mejor forma de hacer efectiva la prestación de los servicios.

- d) La incorporación de prácticas basadas en evidencias a través de Guías clínicas y de buenas prácticas asistenciales.

- e) La implantación de un sistema de información integrado e informatizado.

Este sistema de información debe permitir conocer qué tipos de actividades se realizan en cada uno de los centros o servicios, por parte de qué profesional y a quién van dirigidas las mismas. Esta información resulta imprescindible, no sólo para mejorar la gestión de los servicios, sino para poder evaluar la efectividad de las actuaciones que llevan a cabo y sus costes (eficiencia).

### **3. PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA A LOS TRASTORNOS ADICTIVOS EN LOS RECURSOS SANITARIOS DE GALICIA**



### **3.1 Organización funcional de los centros de asistencia a los Trastornos Adictivos en el Servicio Gallego de Salud**

Para conseguir una adecuada prestación sanitaria, se hace necesario elaborar un procedimiento de atención integrador, en concordancia con la Orden de 12 de marzo de 2007, por la que se regula la integración funcional de los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas en el Servicio Gallego de Salud, que refrenda esta necesidad y obliga a su desarrollo e implantación operativa.

En su artículo único, esta orden dispone que *“los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas que reciban financiación de la comunidad autónoma dependerán funcionalmente, en cuanto al desarrollo de programas de intervención, del responsable de salud mental de área en consonancia con lo dispuesto en la Orden de 20 de abril de 1999 sobre atribución de las funciones definidas en el artículo 3.2º del Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia, y de conformidad con el Decreto 46/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud”*.

En el Decreto 311/2009, del 28 de mayo, por el que se establece la actual estructura orgánica de los servicios centrales del Servicio Gallego de Salud, la Subdirección de Gestión Socio-sanitaria y Salud Mental es la encargada entre otras acciones *“de coordinar la gestión de la red de centros asistenciales de drogodependencias”*. Asimismo, entre sus funciones está la de *“colaborar en la implantación y seguimiento de programas de mantenimiento y deshabituación de pacientes drogodependientes o cualquier*

*otro de prevención y reinserción que se lleve a cabo en la Comunidad Autónoma, así como la de asumir las funciones asistenciales que se le asignen al comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas en el Decreto 254/1997, de 10 de septiembre, por el que se procede a la creación del comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas”.*

Consecuentemente, la progresiva integración en el funcionamiento de la actual red de asistencia a los trastornos adictivos aporta equidad en el acceso a una asistencia integral de las personas con este problema, favoreciendo también la uniformidad en el tratamiento de la patología dual.

Por ello se deberá facilitar y poner los medios necesarios para que:

- El personal médico de las UCAs tendrá acceso a las pruebas complementarias que se necesiten de forma homogénea y semejante a las unidades de salud mental.
- El personal médico de las UCAs pueda solicitar interconsultas a otros especialistas del Sistema Público de Salud, siguiendo un procedimiento común que sirva de instrumento de comunicación habitual mediante un documento normalizado.
- Los profesionales sanitarios de las UCAs puedan acceder a la historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud (IANUS) para la atención sanitaria a los pacientes a tratamiento en dichas unidades ajustándose a la legislación vigente (Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica y las relacionadas).
- Los profesionales sanitarios del Servicio Gallego de Salud que necesiten prestar asistencia a cualquiera de estos pacientes puedan acceder a la información clínica registrada en las unidades de atención a los trastornos adictivos.

- Se realicen acciones formativas e investigadoras conjuntas.
- Se mantenga la colaboración en los programas de vacunación de los pacientes que reciban tratamiento en las unidades de acuerdo con las directrices de la Consellería de Sanidade.
- Se promueva la continuidad en la administración de metadona en los centros de atención primaria.

### **3.2 Recursos que integran el Tratamiento de las conductas adictivas**

Los dispositivos y servicios que integran el circuito asistencial para el tratamiento de los trastornos adictivos se estructuran en tres niveles:

#### **a) Dispositivos de Primer Nivel**

Centros y recursos no especializados en el tratamiento de trastornos adictivos, que constituyen la puerta de entrada a la Red de Tratamiento de Conductas Adictivas de Galicia. Estos servicios asumen funciones relacionadas con la detección, captación, asistencia, motivación y derivación, en caso necesario, a los servicios especializados de segundo nivel, así como la atención de las necesidades sanitarias y sociales básicas de las personas con problemas de adicción y de sus familiares.

Entre los recursos que forman parte de este nivel se incluyen los Servicios de Atención Primaria y especializada en general.

Otros servicios con funciones de detección y derivación son:

- Servicios Sociales
- Juzgados
- ONGs.
- Instituciones penitenciarias

En este punto, es importante recalcar la importancia de los **Servicios de Atención Primaria**, que según lo dispuesto en la Ley 8/2008, del 10 de Julio, de salud de Galicia constituyen el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Público de Salud de Galicia y se caracterizan por un enfoque global e integrado de la atención y la salud y por asumir un papel orientador y de canalización de la asistencia requerida por el o la paciente en cualquier punto del sistema sanitario.

Igualmente, no debemos perder de vista el papel fundamental que debe prestar el médico de Atención Primaria en el ámbito comunitario.

#### **b) Dispositivos de Segundo Nivel**

Dentro de la red de tratamiento de conductas adictivas son las Unidades de Conductas Adictivas y las Unidades de Salud Mental. Entre otras, sus funciones incluyen las de prestar **atención especializada de carácter ambulatorio** y de coordinar las intervenciones que realizan diferentes servicios de apoyo al tratamiento adscritos al tercer nivel asistencial.

El acceso a estos centros debe realizarse a través de la derivación de los recursos de primer nivel, salvo en aquellos casos ya seguidos en recursos especializados de salud mental.

Una excepción a la norma, en una primera fase de implantación de este modelo, son las personas que consumen **drogas ilícitas** que tradicionalmente, y por diferentes motivos históricos, acceden en muchas ocasiones directamente a las unidades. Teniendo en cuenta esta situación y con el fin de favorecer la atención a cualquier usuario, se deberá continuar facilitando el acceso directo a las Unidades de Conductas Adictivas a estos pacientes, sin perder de vista el papel fundamental que debe prestar el médico de AP en los procesos sanitarios de tipo comunitario y sin perjuicio de que dicho acceso se deba canalizar progresivamente a través de los Servicios de Atención Primaria.

### **c) Dispositivos de Tercer Nivel**

Destinados fundamentalmente al tratamiento y la rehabilitación (recuperación funcional) de personas con trastornos adictivos que precisan atención de forma intensiva, ya sea de carácter ambulatorio o en régimen de ingreso. Atendiendo al grado de especialización, el acceso de pacientes a estos dispositivos debe ser realizado preferentemente mediante derivación desde los dispositivos especializados en la atención a las conductas adictivas.

Al tercer nivel pertenecen los siguientes recursos:

- Unidades de día.
- Comunidades Terapéuticas.
- Programas de desintoxicación hospitalaria.

### **d) Otros recursos complementarios**

Programas de incorporación social de apoyo al tratamiento y reinserción de pacientes estabilizados.

## **4. EL PROCESO ASISTENCIAL**



Esta iniciativa se engloba dentro de una **estrategia amplia** cuyo fin es la normalización de la asistencia a las personas con trastornos adictivos, garantizando el acceso al conjunto de servicios y prestaciones del sistema sanitario público de salud, mediante la mejora de los mecanismos de coordinación entre las unidades de conductas adictivas y los servicios de Atención Primaria y Especializada (en particular con los servicios de salud mental) promoviendo la homogeneidad y equidad de los servicios prestados a esta población.

## **4.1 Definición del proceso asistencial en trastornos adictivos**

El proceso asistencial sería el conjunto de actividades que realizan los proveedores de la atención terapéutica destinadas al tratamiento y rehabilitación de los individuos con trastornos adictivos, mejorando su salud y bienestar, previniendo riesgos y reduciendo los daños asociados a la adicción y mejorando la satisfacción de los pacientes con los servicios recibidos.

## 4.2 Objetivos del proceso asistencial

### a) Objetivos Generales

- Lograr la resolución del trastorno adictivo o al menos, minimizar las consecuencias del mismo.
- Propiciar la equidad asistencial de los pacientes con trastornos adictivos con respecto a los que padecen otro tipo de problemas de salud.
- Facilitar el acceso de los personas con trastornos adictivos a la red especializada de tratamiento.
- Mejorar el grado de adherencia al tratamiento de estos pacientes.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados a los pacientes y sus familiares.

### b) Objetivos específicos

#### Objetivos en el área sanitaria

- Diagnosticar y tratar los trastornos adictivos.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las patologías orgánicas y trastornos mentales asociados a los trastornos adictivos.
- Promover la aplicación de cuidados personalizados y de autocuidados.

- Educar en la salud y prevenir riesgos y enfermedades derivadas del consumo de sustancias.
- Desarrollar habilidades personales y sociales básicas que permitan mejores mecanismos de afrontamiento de problemas por parte del paciente.
- Mejorar la capacidad de autocontrol.
- Favorecer el desarrollo personal, la autonomía y la autoestima.
- Facilitar el aprendizaje y la interiorización de hábitos y normas.
- Mejorar el estado de salud mental de los pacientes.
- Facilitar pautas de manejo familiar para la implicación y apoyo al proceso de tratamiento.

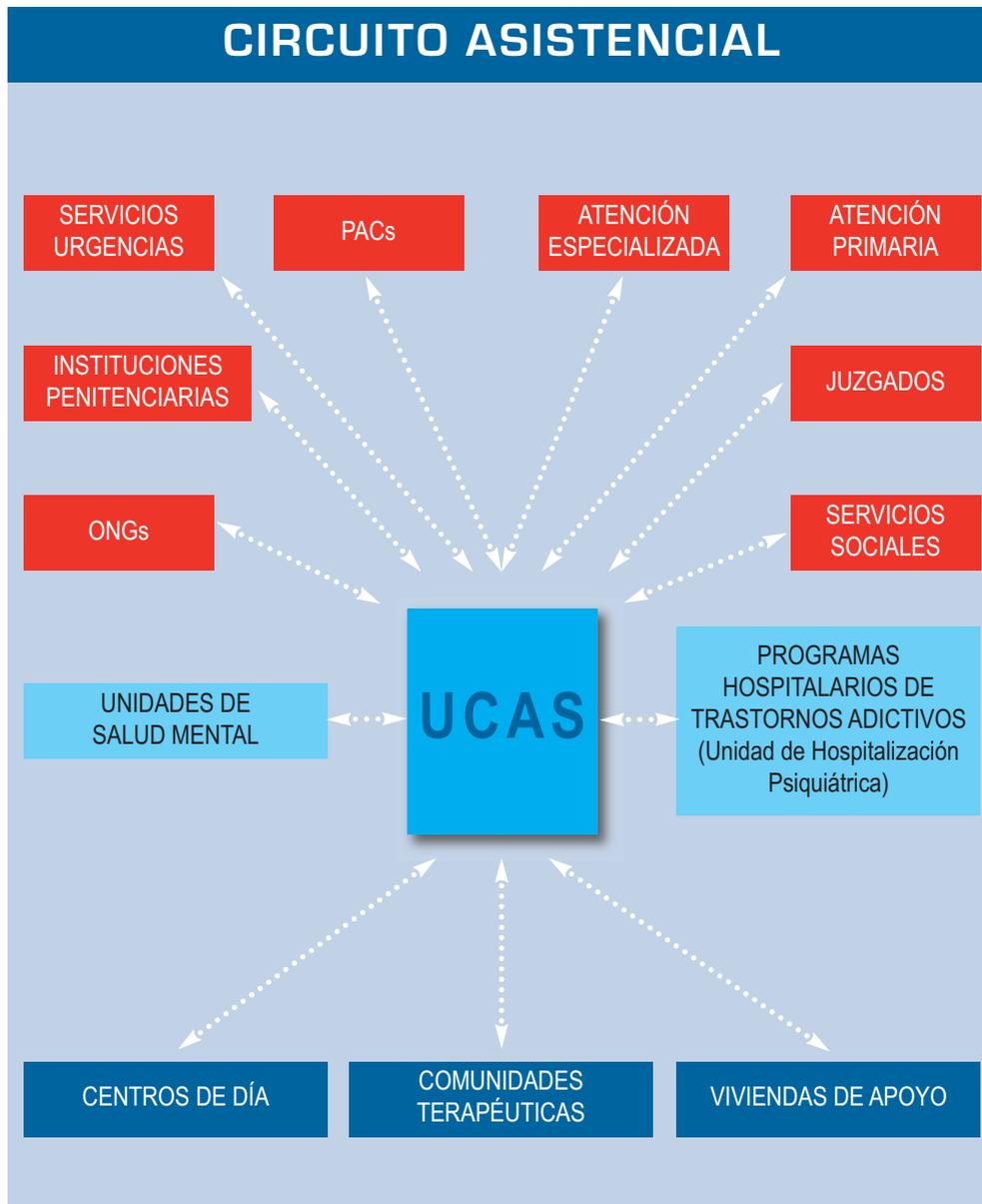
### **Objetivos en el área social**

- Identificar la presencia de problemas familiares y sociales asociados a los trastornos adictivos y facilitar la atención de los mismos.
- Facilitar el acceso y coordinación con los recursos sociales disponibles para la satisfacción de necesidades sociales básicas.
- Favorecer la capacitación profesional y la adquisición de competencias básicas para facilitar la incorporación laboral.
- Evitar el aislamiento social de los pacientes, fomentando las relaciones interpersonales y el establecimiento de redes sociales con personas sin trastornos adictivos.
- Mejorar la autonomía personal mediante la realización de itinerarios de inserción personalizados.

### 4.3 Los flujos en la atención a trastornos adictivos

Aplicando un enfoque pragmático y de optimización de los recursos existentes, se pretende conseguir un modelo de intervención coordinada entre los distintos dispositivos de atención, regulando las puertas de entrada de estos pacientes para hacerlos más eficaces y eficientes.

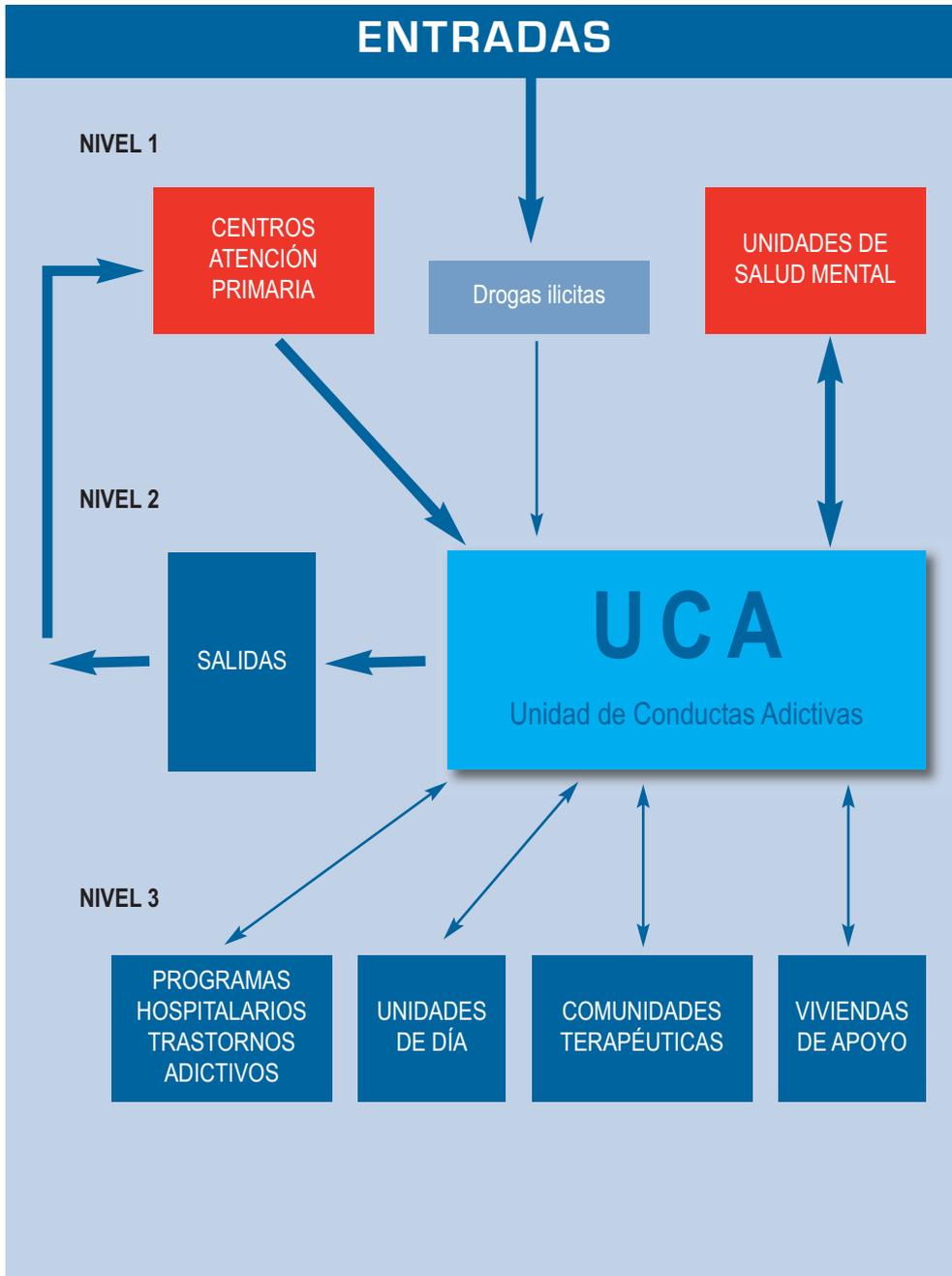
El circuito terapéutico recoge los principales flujos existentes en la actualidad entre el conjunto de servicios que participan en el tratamiento de los trastornos adictivos y **se muestra en el** siguiente esquema, que representa las relaciones fundamentales entre las UCAs y el resto de recursos con los que entran en contacto las personas con trastornos adictivos.



1. Según este esquema funcional la mayoría de los usuarios que son atendidos en las UCAs por primera vez, son generalmente derivados desde diferentes dispositivos de primer nivel (Servicios de Atención Primaria y Especializada, Servicios Sociales, Juzgados, Instituciones Penitenciarias, ONGs). **En este sentido, se recomienda que** las personas con trastornos adictivos que solicitan tratamiento sean atendidos inicialmente en los Servicios de Atención Primaria, quienes los derivarán; en caso necesario a las UCAs o a los servicios de salud mental según el problema que presente cada paciente. Al mismo tiempo, algunos pacientes serán derivados desde las unidades de salud mental a las UCAs y viceversa. Todo ello, sin perjuicio de la prestación de asistencia a pacientes que acceden directamente a las unidades, como ocurre habitualmente con usuarios de drogas ilícitas.
2. Por otro lado, deben establecerse mecanismos de coordinación eficientes entre las unidades de conductas adictivas y los dispositivos asistenciales de Salud Mental, especialmente con las Unidades de Hospitalización de los servicios de Psiquiatría, **en las que se llevan a cabo las desintoxicaciones hospitalarias (alcohol y otras sustancias)** dentro de los Programas Hospitalarios de Trastornos Adictivos.
3. **En cuanto al abordaje de la patología dual, y atendiendo a las dificultades que podrían plantearse en algunos casos se recomienda:**
  - Que los pacientes con patología dual a tratamiento con metadona sean seguidos en las unidades de Conductas Adictivas.
  - Que pacientes con patología dual a tratamiento con sales de litio, clozapina o en terapia electroconvulsiva de mantenimiento sean supervisados en Unidades de Salud Mental.

- Que el manejo de las comorbilidades de mayor complejidad corresponda a los profesionales de las distintas unidades con amplia experiencia en las mismas.
4. De igual forma, la comunicación entre los profesionales de los distintos dispositivos que comparten el seguimiento de los pacientes debe ser fluida y permanente, con independencia de los mecanismos formales de coordinación.
  5. Por último, el circuito asistencial deberá finalizar:
    - Con una imprescindible coordinación con los servicios sociales y laborales dependientes de la Consellería de Traballo e Benestar, con el fin de promover por parte de las instituciones competentes, la puesta en marcha de mecanismos que faciliten la reinserción sociolaboral de estos pacientes, dando respuesta a los problemas y las consecuencias derivadas del consumo de sustancias.
    - Con una adecuada coordinación e interrelación con el Servicio de Atención Primaria **correspondiente**, una vez finalizado el proceso de tratamiento y rehabilitación, para su posterior seguimiento y control continuado y permanente. Deberán establecerse los protocolos necesarios para su seguimiento en el ámbito de la atención primaria.

Por tanto, los flujos que seguirán los pacientes y las interrelaciones existentes entre el conjunto de dispositivos específicos que participan directamente en el tratamiento de las conductas adictivas **se articularán** en base al siguiente esquema, **que sintetiza el funcionamiento** del circuito asistencial para la atención a las adicciones en Galicia.



## 4.4 Límites del proceso

### a) Límite de entrada

El usuario debe ser, por norma general, derivado desde Servicios de Atención Primaria o bien desde otros dispositivos de la Red de Trastornos Adictivos o de los Servicios de Salud Mental; aunque por las especiales connotaciones de los usuarios de sustancias ilícitas debe facilitarse la asistencia cuando acceden de forma directa.

### b) Límite de salida

Paciente que concluye tratamiento en la UCA por alta terapéutica o por cualquier otro de los motivos de finalización del tratamiento:

- Causa de fuerza mayor
- Alta voluntaria
- Abandono del tratamiento
- Traslado definitivo a otro servicio asistencial, sociosanitario o social

### c) Límites marginales

- Personas con conductas y/o trastornos comportamentales no reconocidas como adicciones en las clasificaciones internacionales (CIE y DSM).
- Abordaje de problemas de estricta índole social.

**d) Destinatarios de los servicios**

Estos servicios están destinados a:

- Personas con trastornos adictivos\*.
- Familiares de personas con trastornos adictivos.
- Profesionales de otros servicios sanitarios, sociales o judiciales.
- Ciudadanos en general.

*\*Reconocidos como tales en las clasificaciones internacionales (CIE y DSM).*



# **5. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LAS UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS**



El servicio deberá prestarse con una atención personalizada por parte de un equipo multidisciplinar de profesionales especializados comprometidos con la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Se llevará a cabo siempre que sea posible con la colaboración de la familia y en coordinación con las instituciones sociales, sanitarias y judiciales, dentro de un marco comunitario que permita la integración social y laboral del paciente en su entorno.

Dentro de los servicios ofertados se encuentran:

### **a) Acogida e información**

La acogida tendrá la función de facilitar información al usuario, familia y/o persona que solicita ayuda. Además, tras la recogida de datos administrativos y del entorno social, se fijará la fecha de la primera consulta médica. Siempre que las posibilidades del servicio lo permitan, ésta deberá realizarse en el mismo día. Cuando esto no sea posible, se intentará que sea en el mínimo tiempo posible. Se informará sobre el funcionamiento general de la Unidad, así como de la gestión de las primeras y sucesivas consultas, los horarios y de la cartera de Servicios disponible.

Se responsabiliza asimismo de la actualización de los datos administrativos, de la gestión de las sugerencias y de las reclamaciones.

Podrá ser realizada por cualquier categoría profesional de las unidades de conductas adictivas, a criterio organizativo de cada unidad.

## b) Evaluación y diagnóstico

La planificación de las intervenciones se llevará a cabo de forma personalizada en función de las necesidades de cada usuario, si bien éstas se apoyarán en **guías clínicas basadas en la evidencia científica**. Serán realizadas por equipos de profesionales sanitarios con formación específica en trastornos adictivos.

Las principales funciones serán:

- Realización de la primera consulta, en la que deberá completarse una historia clínica para obtener una visión global del estado de salud del paciente. Esta historia clínica incluirá:
  - Valoración clínica, (anamnesis y exploración sistemática) de la patología adictiva, patología orgánica y patología mental asociada.
  - Solicitud de pruebas diagnósticas si se considera pertinente.
  - Valoración social del paciente en caso necesario (autonomía personal, eventos relevantes en la historia familiar laboral o personal del paciente) para evaluar su repercusión en la adicción.
- Establecimiento de un primer juicio clínico, con indicación de la intervención apropiada en función del problema o patología presente, teniendo en cuenta los procedimientos de evaluación y diagnóstico estandarizados.
- Diseño de un plan terapéutico individualizado para el tratamiento de la adicción.
- Gestión de la Historia Clínica Informatizada siguiendo las directrices que determine el Servicio Gallego de Salud.

**c) Tratamiento y seguimiento terapéutico**

Será llevado a cabo por un **equipo** de profesionales facultativos con una formación específica y profesionales no facultativos (enfermería, Auxiliares de Clínica, Trabajadores Sociales, Educadores sociales, Terapeutas ocupacionales, etc.).

Las actuaciones sobre el caso podrán transferirse y/o complementarse de un profesional a otro a lo largo del tratamiento, en función de la evolución del mismo y de cuáles sean en cada momento las áreas en las que se precise la intervención terapéutica, según las competencias de cada profesional, dentro de las intervenciones planificadas por los profesionales sanitarios.

Las principales funciones serán:

- Garantizar la continuidad en el tratamiento llevada a cabo por el equipo multidisciplinar.
- Educación sanitaria.
- Seguimiento de la deshabitación y desintoxicación.
- Controles toxicológicos para detectar consumo de drogas.
- Atención a la patología mental.
- Exploraciones sistemáticas y seguimiento médico de patologías en tratamiento.
- Indicación y control de tratamientos farmacológicos.
- Profilaxis y control de enfermedades infectocontagiosas.

- Psicoterapias (individuales o grupales).
- Intervenciones grupales destinadas a:
  1. La prevención de recaídas
  2. El entrenamiento en habilidades sociales
  3. Habilidades para el afrontamiento del estrés
  4. La instauración de prácticas sexuales seguras
  5. La reducción de daños asociados al consumo de drogas.
- Establecer la coordinación y cooperación con otros dispositivos sanitarios, educativos, sociales y jurídicos
- Evaluar periódicamente el programa terapéutico propuesto para el paciente (eficacia, efectividad, eficiencia).

**d) Actividades transversales**

A lo largo de todo el proceso asistencial, los equipos de profesionales de las unidades de conductas adictivas deberán encargarse de:

- Discriminar entre aquellas situaciones susceptibles de ser tratadas en otros recursos sanitarios o sociosanitarios.
- Realizar el seguimiento de las acogidas de los pacientes con el fin de valorar la evolución de las mismas y la priorización en caso necesario.

- Tareas de coordinación con los equipos de salud mental del área correspondiente en todo lo referente a derivaciones y cartera de servicios, así como la participación activa en la planificación y desarrollo de las actividades científicas de los Servicios de Psiquiatría (reuniones, sesiones clínicas,...).
- Elaboración de informes clínicos en el momento de alta del usuario de la Unidad, así como en las derivaciones a servicios de Atención Primaria, Psiquiatría u otros servicios de Atención Especializada, así como otros informes de seguimiento.
- Orientación y apoyo a las familias de personas con trastornos adictivos.

**e) Otras actividades de coordinación**

Se realizarán las actuaciones de apoyo individualizado necesarias para facilitar y asegurar la curación y rehabilitación efectiva, con el fin de minimizar las consecuencias de la enfermedad.

Se desarrollarán en coordinación con los dispositivos directamente implicados en esta atención (Incorporación social, seguimiento de los procesos judiciales, Educación, y Fiscalía etc.).



## **6. INDICADORES DE EVALUACIÓN**



Considerando que se trata de un circuito y proceso de actuación conjunto que requiere de una serie de acciones de integración funcional entre instituciones y profesionales de estructuras distintas, creemos adecuado proponer que la evaluación, en principio, se dirija a una serie de **indicadores básicos de implantación y asistencia**, para más adelante, una vez supervisado su funcionamiento, recoger otros indicadores relativos a actividades y a resultados. Por ello, se proponen **inicialmente** los siguientes indicadores generales de carácter anual:

## 6.1 Indicadores estructurales

- Número de recursos con acceso directo a pruebas diagnosticas del Servicio Gallego de Salud.
- Número de recursos con acceso a IANUS.

## 6.2 Indicadores de proceso y resultado

- Número de sesiones clínicas del área con participación del personal de las UCAs.
- Número de acciones formativas comunes e integradoras para los profesionales de salud mental y trastornos adictivos.
- Número de pacientes atendidos/potenciales.
- Número de pacientes atendidos en 1ª consulta facultativo el primer día de la acogida/ total de admisiones.
- Número de pacientes con 1ª consulta facultativo/ número de acogidas.
- Número de pacientes con historia clínica en IANUS codificados con CIAP/ número de admisiones.
- Número de pacientes con planes terapéuticos de tratamiento individualizado/ número de tratamientos iniciados.
- Número de pacientes con diagnóstico de patología dual/ pacientes atendidos.
- Número de admisiones y readmisiones/ pacientes atendidos.

- Número de pacientes derivados desde otros dispositivos/ número de pacientes atendidos:
  - Desde AP.
  - Desde salud mental.
  - Desde otros servicios del SERGAS.
  - Desde Centros penitenciarios.
  - Otras derivaciones.
  - Iniciativa propia, directamente.
  
- Número de interconsultas de pacientes derivados temporalmente a otros dispositivos de la red asistencial de salud Mental y adicciones/ pacientes atendidos/ pacientes totales:
  - Derivaciones a Unidades Salud Mental.
  - Derivaciones a Unidades de Hospitalización psiquiátrica.
  - Derivaciones a comunidades terapéuticas.
  - Derivaciones a unidades de día.
  - Derivaciones a otros dispositivos.

- Número de pacientes con patología orgánica / pacientes atendidos.
  - Infecciosa.
  - No infecciosa.
- Número de pacientes con alta terapéutica/ pacientes atendidos.
- Número de pacientes con recaídas/atendidos.
- Número de profesionales que conocen el circuito de las UCAs y de las USMs.
- Número de profesionales de Atención Primaria que conocen el circuito.
- Número de pacientes con intervención social/ numero de admisiones.
- Número de pacientes con intervención social/ pacientes atendidos.
- Número de pacientes de la UCA en tratamiento con metadona/total atendidos.
- Número de pacientes de la UCA en tratamiento con metadona con dispensación en AP/total atendidos.

La recogida de esta información se hará a nivel local por los referentes de cada centro, para integrarla más tarde por áreas.



# 7. PLAN DE IMPLANTACIÓN



Una vez finalizada la elaboración del documento, el equipo técnico responsable de la elaboración de dicho documento y los responsables de la Subdirección Xeral de Xestión sociosanitaria y salud mental y del Servicio Gallego de Salud establecerán el cronograma de implantación del proyecto.

A la hora de ejecutar dicho proyecto se considerará fundamental la fidelidad con los elementos básicos señalados en este documento.



## **8. PLAN DE COMUNICACIÓN**



El objetivo de este plan es organizar una comunicación eficiente entre los diferentes recursos que integran el circuito para dar a conocer el circuito a los potenciales profesionales involucrados.

Los destinatarios directos internos serán los responsables de gestión, profesionales relacionados con la atención directa de trastornos adictivos y profesionales del Servicio Gallego de Salud.

Los destinatarios directos externos serán profesionales de Salud Pública de servicios sociales, profesionales centros penitenciarios y médicos forenses.

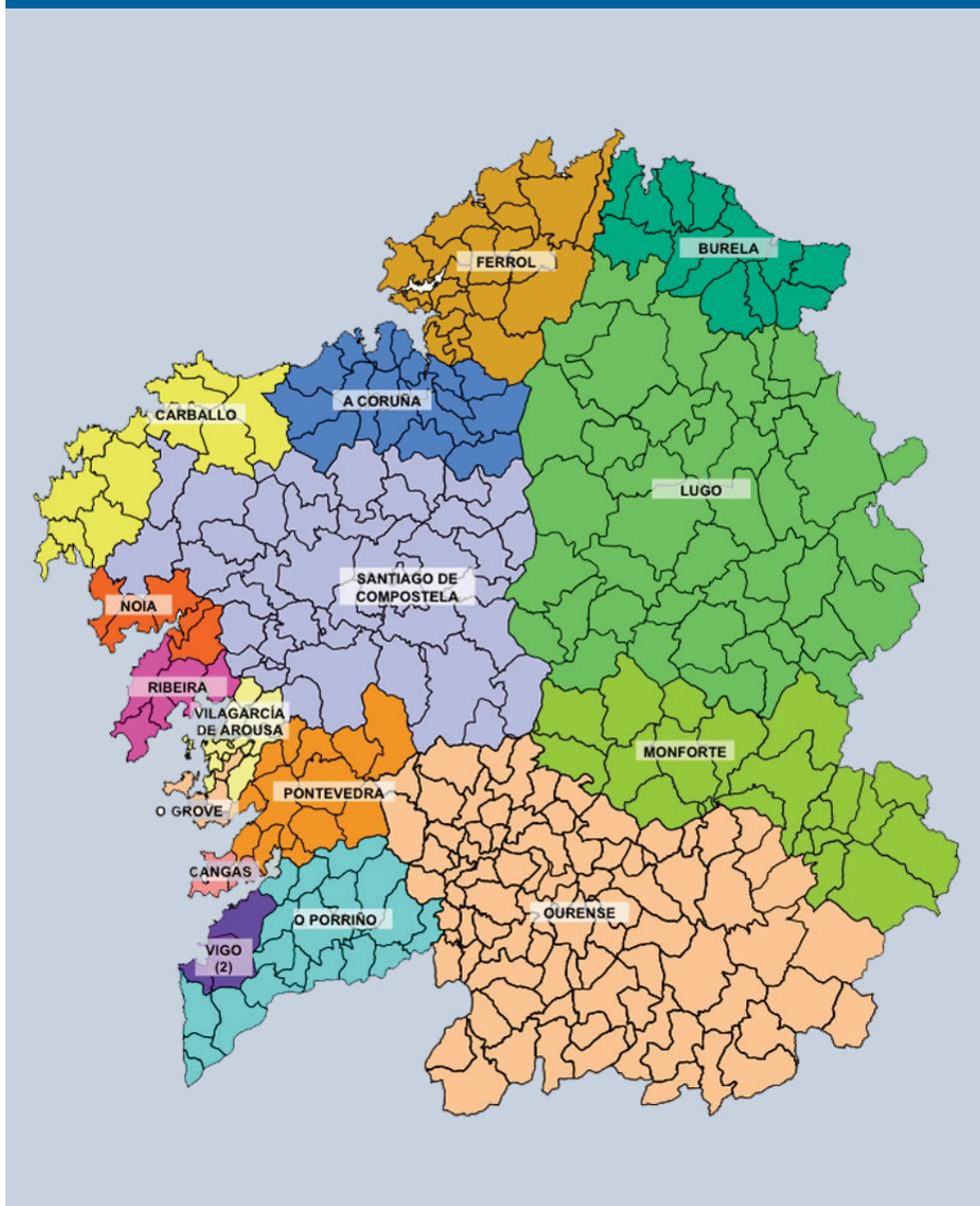
En este sentido, se organizarán diferentes actividades para proceder a su difusión a los distintos colectivos implicados al mismo tiempo que se publicará en la página web del Servicio Gallego de Salud y en folleto de difusión digital para su fácil acceso de todos los grupos destinatarios.



**ÁREAS DE INFLUENCIA DE LAS  
UNIDADES ASISTENCIALES DE  
DROGODEPENDENCIAS**



UNIDADES ASISTENCIALES DE DOROGODEPENDENCIAS (UAD)  
ÁREAS DE INFLUENCIA





# **ANEXO I.**

**RECURSOS ASISTENCIALES DE  
TRASTORNOS ADICTIVOS EN GALICIA**



## **1.1 Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD)**

Las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UAD) son centros o servicios de tratamiento ambulatorio en los que se desarrollan diferentes tipos de programas terapéuticos para el tratamiento de los trastornos adictivos.

En la actualidad, las UAD subvencionadas por el SERGAS son 17 y dan cobertura a toda la comunidad:

**Tabla 1:** Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UAD). Año 2010

ENTIDAD	UAD
Asociación ciudadana de lucha contra la droga (Alborada)	Vigo
Asociación ciudadana de lucha contra la droga (ACLAD)	A Coruña
Asociación ferrolana de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Asociación Cruz Roja de Lugo	Lugo
Concello de Burela	Burela
Concello de Cangas	Cangas
Concello de Carballo	Carballo
Concello de O Grove	O Grove
Concello de Monforte de Lemos	Monforte
Concello de Noia	Noia
Concello de Ourense	Ourense
Concello de Pontevedra	Pontevedra
Concello de O Porriño	O Porriño
Concello de Ribeira	Ribeira
Concello de Santiago de Compostela	Santiago de Compostela
Concello de Vigo	Vigo
Concello de Vilagarcía de Arousa	Vilagarcía de Arousa

## 1.2 Unidad de Tratamiento de Alcoholismo (UTA)

Las Unidades de Tratamiento de Alcoholismo (UTA) son centros o servicios de tratamiento ambulatorio en los que se desarrollan diferentes tipos de programas terapéuticos para el tratamiento de los trastornos adictivos relacionados mayoritariamente con el alcohol.

En la actualidad, las UTAs que están en funcionamiento son:

**Tabla 2:** Unidades de Tratamiento de Alcoholismo. Año 2010

ENTIDAD	UTA
Asociación Luis Miguel Moras	A Coruña
Asociación Ferrolterra	Ferrol
Asociación Viguesa de Alcoholología (ASVIDAL)	Vigo
Asociación As Burgas	Ourense
Servizo Galego de Saúde	Lugo
Servizo Galego de Saúde	Santiago

### **1.3 Unidad Móvil (UM)**

Debido a la gran dispersión geográfica, y con la finalidad de facilitar el acercamiento de los recursos a todos los usuarios, se habilitaron las unidades móviles y servicios tipo dispensario.

Las unidades móviles (UM) facilitan la labor de acercamiento de los recursos a los usuarios de drogas a tratamiento, a modo de extensión de las propias UAD. Se trata de dispositivos asistenciales dirigidos a los usuarios de los programas de tratamiento con derivados opiáceos, principalmente y los de baja exigencia, siempre que sean pacientes ya a tratamiento en las UAD de referencia.

En este momento solo existe una unidad móvil en funcionamiento en la ciudad de A Coruña.

## 1.4 Servicio Tipo Dispensario (STD)

Este tipo de servicio asistencial supone el desplazamiento de varios profesionales de la UAD de referencia a un centro sanitario colaborador, para desarrollar allí las actividades asistenciales propias de una UAD. En la actualidad, los servicios tipo dispensario del PGD son los siguientes:

**Tabla 3:** Servicios Tipo Dispensario. Año 2010

DISPENSARIO	UAD DE LA QUE DEPENDE
Cee	UAD de Carballo
O Barco	UAD de Monforte
Sanxenxo	UAD do Grove

Figura 1: Localización de los centros ambulatorios de atención a trastornos adictivos



## 1.5 Unidad de Día (UD)

Este dispositivo asistencial funciona en modalidad semirresidencial y ofrece un abanico de actividades terapéuticas y ocupacionales dirigidas a la deshabituación y rehabilitación, quedando fuera de sus funciones los procesos de desintoxicación y su utilización como residencia. Dadas sus características (régimen de internamiento parcial) permite la no desvinculación del paciente de su ambiente, favoreciendo la colaboración familiar y facilitando su incorporación social. En la actualidad, las unidades de día en funcionamiento son las siguientes:

**Tabla 5:** Unidades de Día. Año 2010

ENTIDAD	UAD
Asociación ciudadana de lucha contra la droga (Alborada)	Vigo
Asociación ciudadana de lucha contra la droga (ACLAD)	A Coruña
Asociación ferrolana de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Asamblea provincial de la Cruz Roja de Lugo	Lugo
Concello de Ourense	Ourense
Concello de Pontevedra	Pontevedra
Concello de Ribeira	Ribeira
Concello de Santiago de Compostela	Santiago de Compostela
Concello de Vigo	Vigo
Concello de Vilagarcía de Arousa	Vilagarcía de Arousa

## 1.6 Comunidad Terapéutica (CT)

Las Comunidades Terapéuticas son dispositivos que realizan tratamientos de deshabituación y rehabilitación en régimen residencial (internamiento). Se concibe como un marco físico que permite la ruptura temporal con el medio habitual del paciente. Así mismo, se constituye como un sistema en el que el individuo tiene la posibilidad de desarrollar nuevas pautas de comportamiento tendentes a facilitar su incorporación social. En la actualidad, las Comunidades Terapéuticas con las que cuenta el PGD son las siguientes:

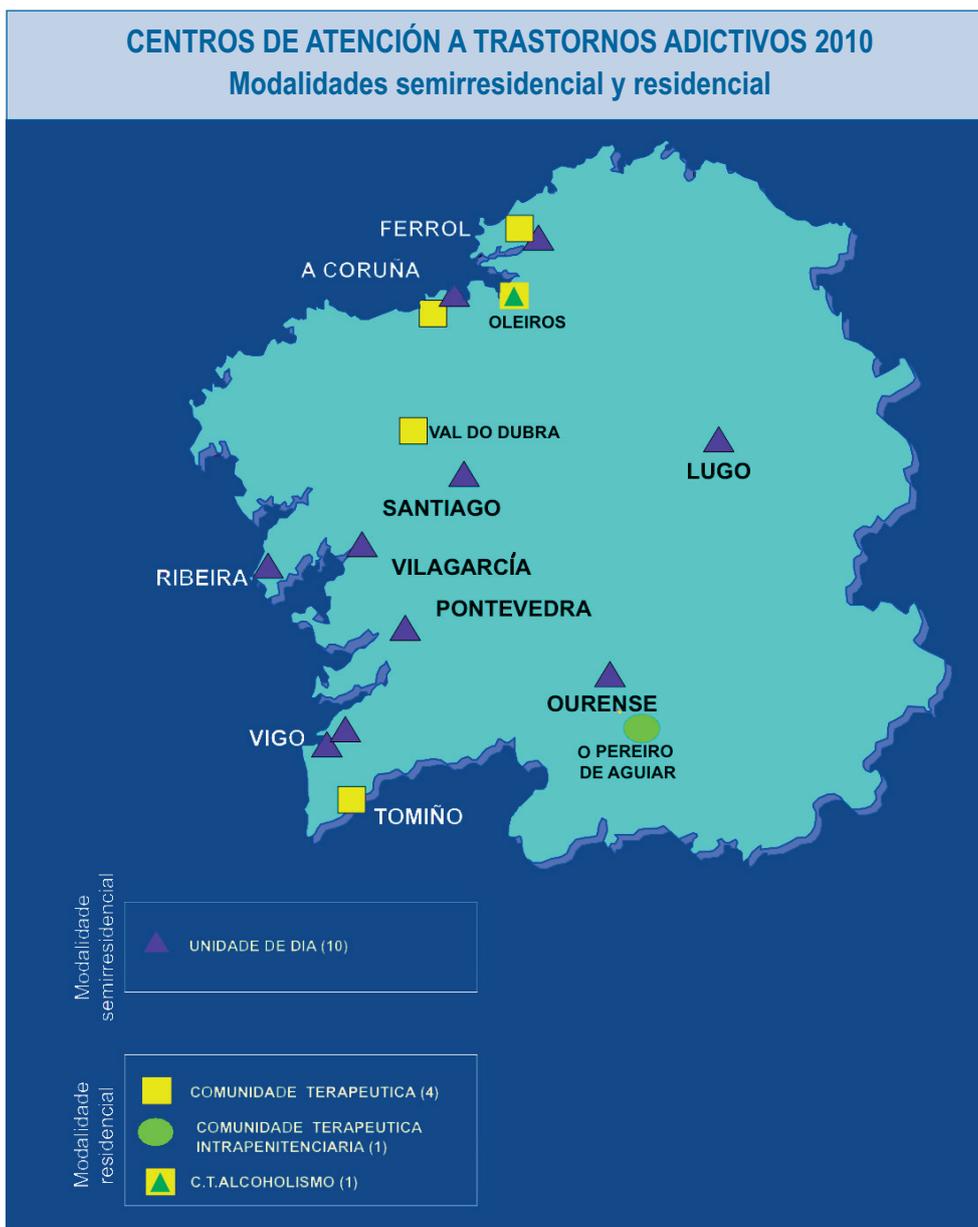
**Tabla 6:** Comunidades Terapéuticas. Año 2010

ENTIDAD	LOCALIDAD
Asociación ciudadana de lucha contra la droga (Alborada)	Vigo
Asociación ciudadana de lucha contra la droga (ACLAD)	A Coruña
Asociación ferrolana de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Fundación Monte del Gozo	Val do Dubra
Fundación Monte del Gozo (1)	Pereiro de Aguiar
Fundación Monte del Gozo (2)	Oleiros

(1) CT Inrapenitenciaria

(2) CT de Alcoholismo

**Figura 2:** Localización de los centros semirresidenciales y residenciales de atención a trastornos adictivos



## LISTADO DE RECURSOS EN TRASTORNOS ADICTIVOS EN GALICIA

### 1. UNIDADES ASISTENCIALES DE DROGODEPENDENCIAS

#### PROVINCIA DE A CORUÑA

- **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Asociación Ferrolana de Drogodependencias (ASFEDRO)  
R/ Cádiz, s/n  
15406 CARANZA - FERROL  
Teléfono: (981) 37 21 12 / 13 • Fax: (981) 31 95 74
  
- **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Santiago  
Avda. do Ambulatorio, s/n  
15100 CARBALLO  
Teléfono y fax: (981) 75 62 75
  
- **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga (ACLAD)  
R/ Ermita, 2-A. Polígono da Grela  
15008 A CORUÑA  
Teléfono: (981) 24 33 27/ 24 30 00 • Fax: (981) 24 30 40
  
- **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Noia  
R/ República Argentina. Casa do Mar  
15200 NOIA  
Teléfono y fax (981) 82 25 00

■ **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**

Concello de Ribeira

Avda. da Coruña, 174 - C (tra-lo Instituto F.P.)

15960 RIBEIRA

Teléfono: (981) 87 38 27/ (981) 83 56 63 • Fax: (981) 87 38 24

■ **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**

Concello de Santiago

Manuel María, 8 UMAD

15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA

Teléfono: (981) 52 87 70 • Fax: (981) 52 87 80

**PROVINCIA DE LUGO**

■ **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**

Concello de Burela

R/ Laxelas, s/n

(Escolas Vellas)

27880 BURELA

Teléfono: (982) 58 02 01 • Fax: (982) 58 06 65

■ **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**

Asamblea provincial de la CRUZ ROJA

R/ San Eufrasio, s/n

27002 LUGO

Teléfono: (982) 28 0434 • Fax: (982) 28 08 48

■ **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**

Concello de Monforte de Lemos

R/ Otero Pedrayo, s/n (Ant. Casa de Socorro)

27400 MONFORTE DE LEMOS

Teléfono: (982) 40 04 95 • Fax: (982) 40 51 72

## **PROVINCIA DE ORENSE**

### **■ UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS**

Concello de Ourense  
Complexo Hospitalario de Ourense  
R/ Ramón Puga, 52-56 (CHOU)  
32005 OURENSE  
Teléfono: (988) 36 98 29 • Fax: (988) 38 54 82

## **PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

### **■ UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**

Concello de Cangas  
Avda. de Ourense, 46  
36940 CANGAS  
Teléfono: (986) 30 34 02/30 05 14 • Fax: (986) 30 06 87

### **■ UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**

Concello de O Grove  
R/ Lordelo, s/n (Edificio Policía Municipal)  
36980 O GROVE  
Teléfono: (986) 73 16 14 • Fax: (986) 73 35 26

### **■ UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**

Concello de Pontevedra  
Plaza de Valentín García Escudero, 1 bajo  
36002 PONTEVEDRA  
Teléfono: (986) 85 86 09 • Fax: (986) 86 07 12

- **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Porriño  
R/ Domingo Bueno, 15-Sótano  
36400 PORRIÑO-PONTEVEDRA  
Teléfono (986) 33 08 61 • Fax.: (986) 33 54 62
  
- **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga “ALBORADA”  
R/ Isaac Peral nº 8 - A - Baixo  
36201 VIGO  
Teléfono: (986) 22 48 48 • Fax: (986) 22 42 36
  
- **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS “CEDRO”**  
Concello de Vigo  
R/ Pintor Colmeiro, 9  
36211 VIGO  
Teléfono: (986) 48 27 50 • Fax: (986) 48 30 19
  
- **UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS**  
Concello de Villagarcía de Arousa  
Avda. Juan Carlos I, 38  
36600 VILAGARCIA DE AROUSA  
Teléfono: (986) 50 79 70 • Fax: (986) 50 57 96

## 2. UNIDADES DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO

### PROVINCIA DE A CORUÑA

#### ■ UNIDAD DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO

Servizo Galego de Saúde  
HOSPITAL CLÍNICO (CONSULTAS EXTERNAS. CONTROL D)  
A Choupana, s/n (CHUS)  
15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Teléfono : (981) 95 10 66 • Fax: (981) 95 10 61

#### ■ UNIDAD DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO

ASOCIACIÓN DE EXALCOHÓLICOS DA CORUÑA  
Praza Laxes de Orro, 2 baixo - Birloque  
15008 A CORUÑA  
Teléfono: (981) 29 30 00 • Fax: (981) 29 31 21

#### ■ UNIDAD DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO

ASOCIACIÓN DE EXALCOHÓLICOS DE FERROLTERRA  
R/ Álvaro Cunqueiro, 6 baixo – Apdo. de Correos 546  
15402 FERROL  
Teléfono : (981) 35 13 95 • Fax: (981) 35 99 88

### PROVINCIA DE LUGO

#### ■ UNIDAD DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO

Servizo Galego de Saúde  
Hospital Lucus Augusti (Consultas Externas)  
R/ San Cibrao, s/n  
27003 LUGO  
Teléfono: (982) 29 60 00

**PROVINCIA DE OURENSE**

■ **UNIDAD DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO**

Asociación AS BURGAS  
Hospital Santa María Nai (CHOU)  
R/ Ramón Puga, 52-56  
32005 OURENSE  
Teléfono: (988) 36 98 29 • Fax: (988) 36 98 28

**PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

■ **UNIDAD DE TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO**

ASOCIACIÓN VIGUESA DE ALCOHOLOGÍA  
R/ Escultor Gregorio Fernández, 8 - bajo  
36204 VIGO  
Teléfono: (986) 22 62 69 • Fax: (986) 22 62 40

### **3. PROGRAMAS HOSPITALARIOS DE TRASTORNOS ADICTIVOS**

#### **PROVINCIA DE A CORUÑA**

- **HOSPITAL GIL CASARES (CHUS)**  
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA  
A Choupana, s/n  
15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Teléfono : (981) 95 00 00 • Fax: (981) 95 09 85
  
- **COMPLEJO HOSP. JUAN CANALEJO-MARITIMO DE OZA (CHUAC)**  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
Carretera de las Jubias, 84  
15006 A CORUÑA  
Teléfono: (981) 17 81 72 • Fax: (981) 17 80 01
  
- **COMPLEJO HOSP. ARQUITECTO MARCIDE-NOVOA SANTOS**  
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA  
Carretera de San Pedro de Leixa, s/n  
15405 FERROL  
Teléfono : (981) 33 40 00 • Fax: (981) 33 40 78

#### **PROVINCIA DE LUGO**

- **HOSPITAL LUCUS AUGUSTI**  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
R/ San Cibrao, s/n  
27003 LUGO  
Teléfono: (982) 29 60 00

**PROVINCIA DE OURENSE**

- **HOSPITAL SANTA M<sup>a</sup> MADRE (CHOU)**  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
R/ Ramón Puga, 56  
32005 OURENSE  
Teléfono: (988) 38 54 99 • Fax: (988) 38 54 62

**PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

- **COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO**  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
R/ Pizarro, 22  
36204 VIGO  
Teléfono: (986) 816000
- **COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA**  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
R/ Mourente, s/n  
36071 PONTEVEDRA  
Teléfono: (986) 800000

## 4. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

### PROVINCIA DE A CORUÑA

- **COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ACLAD “FONTE DE OURO”**  
Fonte de Ouro, s/n  
15189 TARRIO-CULLEREDO  
Teléfono: (981) 66 10 29 • Fax: 981 243 040
  
- **COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ASFEDRO “ O CONFURCO”**  
15593-DONIÑOS-FERROL  
Teléfono: 981 44 50 51 • Fax: 981 31 95 74
  
- **COMUNIDAD TERAPÉUTICA DO PROXECTO HOME**  
Cernadas - Portomouro  
15871-VAL DO DUBRA  
Teléfono: 981 57 25 24 – 57 30 20 • Fax: 981 57 36 06
  
- **COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ALCOHOLISMO (P. HOMBRE)**  
Rúa Ocaso, 2 Bastiagueiro  
15172 OLEIROS  
Telefono: 981 295432 • Fax: 981 299788

### PROVINCIA DE PONTEVEDRA

- **COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE “ALBORADA”**  
Piñeiro – Rías, 10  
36739 TOMIÑO - PONTEVEDRA  
Teléfono y Fax: 986 63 34 02

## 5. UNIDADES DE DÍA

### PROVINCIA DE A CORUÑA

- **UNIDAD DE DÍA “ASFEDRO”**  
R/ Cádiz, s/n  
15406 CARANZA - FERROL  
Teléfono: (981) 37 21 12 / 13 • Fax: (981) 31 95 74
  
- **UNIDAD DE DÍA DE ACLAD**  
R/ Ermita, 2-A. Polígono de la Grela  
15008 A CORUÑA  
Teléfono y Fax: (981) 24 33 27
  
- **UNIDAD DE DÍA DE RIBEIRA**  
Avda. da Coruña, 174- C (tra-lo Instituto F.P.)  
15960 RIBEIRA  
Teléfono: (981) 87 05 59 • Fax: (981) 87 38 24
  
- **UNIDAD DE DÍA DE SANTIAGO**  
R/ Manuel María, 8 –UMAD–  
15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Teléfono: (981) 52 87 70 Fax. 52 87 80

### PROVINCIA DE LUGO

- **UNIDAD DE DÍA DE CRUZ ROJA**  
Cidade de Vivero, 14 bajo  
LUGO  
Teléfono: (982) 23 03 15 • Fax: (de la UAD) (982)-28 08 48

## **PROVINCIA DE OURENSE**

- **UNIDAD DE DIA DE OURENSE**  
Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU)  
R/ Ramón Puga, 52-56  
32005 OURENSE  
Teléfono: (988) 23 14 61 • Fax: (988) 24 71 00

## **PROVINCIA DE PONTEVEDRA**

- **UNIDAD DE DIA DE ALBORADA**  
Isaac Peral, 8-A-Baixo  
36201 VIGO  
Teléfono: (986) 22 48 48 • Fax: (986) 22 42 36
- **UNIDAD DE DIA DE VILLAGARCIA**  
Avda. de Juan Carlos I, 38  
36600 VILAGARCIA DE AROUSA  
Teléfono: (986) 50 79 70 • Fax: (986) 50 57 96
- **UNIDAD DE DIA DE CEDRO**  
R/ Pintor Colmeiro, 9  
36211 VIGO  
Teléfono y Fax: (986) 48 27 50
- **UNIDAD DE DIA DE PONTEVEDRA**  
Rúa Sor Lucía, 2, 2º  
36002 PONTEVEDRA  
Teléfono y Fax: 986 85 14 89

## 6. OTROS RECURSOS

### PROVINCIA DE A CORUÑA

- **CENTRO DE ACOGIDA**  
Asociación Proyecto Hombre Galicia  
R/ Virxe da Cerca, 6  
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Teléfono: (981) 57 25 24/ 57 30 20 • Fax: (981) 57 36 06

### PROVINCIA DE LUGO

- **CENTRO DE ACOGIDA**  
Asociación Proyecto Hombre Galicia  
R/ Monte Faro, 2  
27003 LUGO  
Teléfono: (982) 20 26 93 • Fax: (982) 20 26 33

### PROVINCIA DE OURENSE

- **CENTRO DE ACOGIDA**  
Asociación Proyecto Hombre Galicia  
Pazo de Guizamonde, s/n  
32001 OURENSE  
Teléfono: (988) 37 11 92 • Fax: (988) 37 25 60

### PROVINCIA DE PONTEVEDRA

- **CENTRO DE ACOGIDA**  
Asociación Proyecto Hombre Galicia  
Avda. Ramón Nieto, 245  
36205 VIGO  
Teléfono: (986) 37 46 46 • Fax: (986) 37 44 88

## 7. Centros dependientes del Ministerio de Interior en los que se desarrollan los PROGRAMAS PENITENCIARIOS DE TRASTORNOS ADICTIVOS

- **CENTRO PENITENCIARIO DE A CORUÑA**  
Carretera de Paradela, s/n  
15310 TEIXEIRO-CURTIS- A CORUÑA  
Teléfono: (981) 77 95 00 • Fax: (981) 77 95 85
  
- **CENTRO PENITENCIARIO DE BONXE**  
Outeiro de Rei, s/n  
27153 LUGO  
Teléfono: (982) 39 32 18 • Fax: (982) 39 32 25
  
- **CENTRO PENITENCIARIO DE MONTERROSO**  
Carretera de Vegadeo-Pontevedra, s/n  
27071 MONTERROSO-LUGO  
Teléfono: (982) 37 70 43 • Fax: (982) 37 71 62
  
- **CENTRO PENITENCIARIO DE PEREIRO DE AGUIAR**  
32071 OURENSE  
Teléfono: (988) 40 55 66 • Fax: (988) 40 56 21
  
- **CENTRO PENITENCIARIO DE A LAMA**  
Avda Monte Racelo, s/n  
36830-A LAMA-PONTECALDELAS-PONTEVEDRA  
Teléfono: (986) 75 80 00 / 19 • Fax: (986) 75 80 11

## AYUNTAMIENTOS QUE ATIENDE CADA UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

MUNICIPIOS	UAD	MUNICIPIOS	UNIDAD
Abadín	Lugo	Monforte de Lemos	Monforte
Abegondo	A Coruña	Montederramo	Ourense
Agolada	Santiago de Compostela	Monterrei	Ourense
Alfoz	Burela	Monterroso	Lugo
Allariz	Ourense	Moraña	Pontevedra
Ames	Santiago de Compostela	Mos	Porriño (O)
Amoeiro	Ourense	Mugardos	Asfedro
Antas de Ulla	Lugo	Muiños	Ourense
Aranga	A Coruña	Muras	Lugo
Arbo	Porriño (O)	Muros	Noia
Ares	Asfedro	Muxía	Carballo
Arnoia (A)	Ourense	Narón	Asfedro
Arteixo	A Coruña	Navia de Suarna	Lugo
Arzúa	Santiago de Compostela	Neda	Asfedro
Avión	Ourense	Negreira	Santiago de Compostela
Baiona	Cedro	Negueira de Muñiz	Lugo
Baiona	Alborada	Neves (As)	Porriño (O)
Baleira	Lugo	Nigrán	Cedro
Baltar	Ourense	Nigrán	Alborada
Bande	Ourense	Nogais (As)	Lugo
Baña (A)	Santiago de Compostela	Nogueira de Ramuín	Ourense
Baños de Molgas	Ourense	Noia	Noia
Baralla	Lugo	Noia	Noia
Barbadás	Ourense	Oia	Porriño (O)
Barco de Valdeorras (O)	Monforte	Oímbra	Ourense
Barreiros	Burela	Oleiros	A Coruña
Barro	Pontevedra	Ordes	Santiago de Compostela
Beade	Ourense	Oroso	Santiago de Compostela
Beariz	Ourense	Ortigueira	Asfedro
Becerreá	Lugo	Ourense	Ourense
Begonte	Lugo	Ourol	Burela
Bergondo	A Coruña	Outeiro de Rei	Lugo
Betanzos	A Coruña	Outes	Noia
Blancos (Os)	Ourense	Oza dos Ríos	A Coruña
Boborás	Ourense	Paderne	A Coruña

MUNICIPIOS	UAD	MUNICIPIOS	UNIDAD
Boimorto	Santiago de Compostela	Paderne de Allariz	Ourense
Boiro	Ribeira	Padrenda	Ourense
Bola (A)	Ourense	Padrón	Santiago de Compostela
Bolo (O)	Monforte	Palas de Rei	Lugo
Boqueixón	Santiago de Compostela	Pantón	Monforte
Bóveda	Monforte	Parada de Sil	Ourense
Brión	Santiago de Compostela	Paradela	Lugo
Bueu	Cangas	Páramo (O)	Lugo
Burela	Burela	Pastoriza (A)	Lugo
Cabana de Bergantiños	Carballo	Pazos de Borbén	Porriño (O)
Cabanas	Asfedro	Pedrafita do Cebreiro	Lugo
Caldas de Reis	Vilagarcía de Arousa	Pereiro de Aguiar (O)	Ourense
Calvos de Randín	Ourense	Peroxa (A)	Ourense
Camariñas	Carballo	Petín	Monforte
Cambados	Vilagarcía de Arousa	Pino (O)	Santiago de Compostela
Cambre	A Coruña	Piñor	Ourense
Campo Lameiro	Pontevedra	Pobra de Brollón (A)	Monforte
Cangas	Cangas	Pobra de Trives (A)	Ourense
Cañiza (A)	Porriño (O)	Pobra do Caramiñal (A)	Ribeira
Capela (A)	Asfedro	Poio	Pontevedra
Carballeda de Avia	Ourense	Pol	Lugo
Carballeda de Valdeorras	Monforte	Ponteareas	Porriño (O)
Carballedo	Monforte	Ponte Caldelas	Pontevedra
Carballiño (O)	Ourense	Ponteceso	Carballo
Carballo	Carballo	Pontecesures	Santiago de Compostela
Cariño	Asfedro	Pontedeume	Asfedro
Carnota	Noia	Pontedeva	Ourense
Carral	A Coruña	Pontenova (A)	Lugo
Cartelle	Ourense	Pontes de García Rodríguez (As)	Asfedro
Castrelo de Miño	Ourense	Pontevedra	Pontevedra
Castrelo do Val	Ourense	Porqueira	Ourense
Castro Caldelas	Ourense	Porriño (O)	Porriño (O)
Castro de Rei	Lugo	Portas	Vilagarcía de Arousa
Castroverde	Lugo	Porto do Son	Noia
Catoira	Vilagarcía de Arousa	Portomarín	Lugo
Cedeira	Asfedro	Punxín	Ourense
Cee	Carballo	Quintela de Leirado	Ourense
Celanova	Ourense	Quiroga	Monforte
Cenlle	Ourense	Rábade	Lugo
Cerceda	A Coruña	Rairiz de Veiga	Ourense
Cerdedo	Pontevedra	Ramirás	Ourense
Cerdido	Asfedro	Redondela	Porriño (O)

MUNICIPIOS	UAD	MUNICIPIOS	UNIDAD
Cervantes	Lugo	Rianxo	Ribeira
Cervo	Burela	Ribadavia	Ourense
Cesuras	A Coruña	Ribadeo	Burela
Chandrexa de Queixa	Ourense	Ribadumia	O Grove
Chantada	Monforte	Ribas de Sil	Monforte
Coirós	A Coruña	Ribeira	Ribeira
Coles	Ourense	Ribeira de Piquín	Lugo
Corcubión	Carballo	Riós	Ourense
Corgo (O)	Lugo	Riotorto	Lugo
Coristanco	Carballo	Rodeiro	Santiago de Compostela
Cortegada	Ourense	Rois	Santiago de Compostela
Coruña (A)	A Coruña	Rosal (O)	Porriño (O)
Cospeito	Lugo	Rúa (A)	Monforte
Cotobade	Pontevedra	Rubiá	Monforte
Covelo (O)	Porriño (O)	Sada	A Coruña
Crecente	Porriño (O)	Salceda de Caselas	Porriño (O)
Cualedro	Ourense	Salvaterra de Miño	Porriño (O)
Culleredo	A Coruña	Samos	Lugo
Cuntis	Santiago de Compostela	San Amaro	Ourense
Curtis	Santiago de Compostela	San Cibrao das Viñas	Ourense
Dodro	Santiago de Compostela	San Cristovo de Cea	Ourense
Dozón	Santiago de Compostela	San Sadurniño	Asfedro
Dumbría	Carballo	San Xoán de Río	Ourense
Entrimo	Ourense	Sandiás	Ourense
Esgos	Ourense	Santa Comba	Santiago de Compostela
Estrada (A)	Santiago de Compostela	Santiago de Compostela	Santiago de Compostela
Fene	Asfedro	Santiso	Santiago de Compostela
Ferrol	Asfedro	Sanxenxo	O Grove
Fisterra	Carballo	Sarreus	Ourense
Folgoso do Courel	Monforte	Sarria	Lugo
Fonsagrada (A)	Lugo	Saviñao (O)	Monforte
Forcarei	Pontevedra	Silleda	Santiago de Compostela
Fornelos de Montes	Porriño (O)	Sober	Monforte
Foz	Burela	Sobrado	Santiago de Compostela
Frades	Santiago de Compostela	Somozas (As)	Asfedro
Friol	Lugo	Soutomaior	Pontevedra
Gomesende	Ourense	Taboada	Lugo
Gondomar	Cedro	Taboadela	Ourense
Gondomar	Alborada	Teixeira (A)	Ourense
Grove (O)	O Grove	Teo	Santiago de Compostela
Guarda (A)	Porriño (O)	Toén	Ourense

MUNICIPIOS	UAD	MUNICIPIOS	UNIDAD
Gudiña (A)	Ourense	Tomíño	Porriño (O)
Guitiriz	Lugo	Toques	Santiago de Compostela
Guntín	Lugo	Tordoia	Santiago de Compostela
Illa de Arousa (A)	Vilagarcía de Arousa	Touro	Santiago de Compostela
Incio (O)	Lugo	Trabada	Burela
Irixo (O)	Ourense	Trasmiras	Ourense
Irixoa	A Coruña	Trazo	Santiago de Compostela
Lalín	Santiago de Compostela	Triacastela	Lugo
Lama (A)	Pontevedra	Tui	Porriño (O)
Láncara	Lugo	Val do Dubra	Santiago de Compostela
Laracha (A)	Carballo	Valadouro (O)	Burela
Larouco	Monforte	Valdoviño	Asfedro
Laxe	Carballo	Valga	Santiago de Compostela
Laza	Ourense	Vedra	Santiago de Compostela
Leiro	Ourense	Veiga (A)	Monforte
Lobeira	Ourense	Verea	Ourense
Lobios	Ourense	Verín	Ourense
Lourenzá	Burela	Viana do Bolo	Ourense
Lousame	Noia	Vicedo (O)	Burela
Lugo	Lugo	Vigo	Cedro
Maceda	Ourense	Vigo	Alborada
Malpica de Bergantiños	Carballo	Vila de Cruces	Santiago de Compostela
Manzaneda	Ourense	Vilaboa	Pontevedra
Mañón	Asfedro	Vilagarcía de Arousa	Vilagarcía de Arousa
Marín	Pontevedra	Vilalba	Lugo
Maside	Ourense	Vilamarín	Ourense
Mazaricos	Santiago de Compostela	Vilamartín de Valdeorras	Monforte
Meaño	O Grove	Vilanova de Arousa	Vilagarcía de Arousa
Meira	Lugo	Vilar de Barrio	Ourense
Meis	Vilagarcía de Arousa	Vilar de Santos	Ourense
Melide	Santiago de Compostela	Vilardevós	Ourense
Melón	Ourense	Vilariño de Conso	Ourense
Merca (A)	Ourense	Vilarmaior	Asfedro
Mesía	Santiago de Compostela	Vilasantar	Santiago de Compostela
Mezquita (A)	Ourense	Vímianzo	Carballo
Miño	Asfedro	Viveiro	Burela
Moaña	Cangas	Xermade	Lugo
Moeche	Asfedro	Xinzo de Limia	Ourense
Mondariz	Porriño (O)	Xove	Burela
Mondariz-Balneario	Porriño (O)	Xunqueira de Ambía	Ourense
Mondoñedo	Burela	Xunqueira de Espadanedo	Ourense
Monfero	Asfedro	Zas	Santiago de Compostela

# **ANEXO II.**

## **LEGISLACIÓN APLICABLE**



## A) LEGISLACIÓN DE ÁMBITO ESTATAL

NORMA	ASPECTOS REGULADOS
1) Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de persona dependientes de los mismos.	Regula los tratamientos con opiáceos (principalmente metadona).
2) Real Decreto 5/1996 de 15 de enero sobre modificación del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regula los tratamientos con opiáceos de persona dependientes de los mismos.	Medicación, centros y actividades de tratamiento con opiáceos.
3) Real Decreto 2490/1998 por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo especialista en Psicología Clínica	Regulación título psicólogo clínico.
4) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal	Consentimiento afectado, datos relativos a salud. Acceso y comunicación de datos a terceros.
5) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica	Derecho a la información, intimidad y autonomía de los pacientes. Historia Clínica
6) Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios	Criterios autorización servicios sanitarios.
7) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias	Relaciones entre personal sanitario y pacientes. Cometidos de licenciados y diplomados sanitarios. Relaciones interprofesionales, trabajo en equipo.
8) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud	Carteras de servicios complementarias de las Comunidades Autónomas.
9) Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016	Actuaciones disminución riesgos y reducción daños. Actuaciones en asistencia e integración social.

## B) LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

NORMA	ASPECTOS REGULADOS
10) Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre Drogas.	Dispositivo asistencial, criterios actuación, la asistencia sanitaria pública, papel de los servicios sociales en la atención necesidades sociales pacientes.
11) Orden del 15 de mayo de 2000, por la que se aprueba el procedimiento de acreditación administrativa para el desarrollo de actividades de tratamientos de mantenimiento con sustancias opiáceas.	Realizar actividades relacionados con el tratamiento de pacientes con sustancias opiáceas.
12) Decreto 58/2005, del 24 de febrero que modifica el Decreto 74/2002, del 28 de febrero, por el que se crea el registro de entidades colaboradoras del Plan de Galicia sobre Drogas, y se regula el procedimiento para su declaración de interés.	Requisitos para declaración de interés en materia de drogodependencias.
13) Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.	Consentimiento informado. Historia Clínica.
14) Orden de 12 de marzo de 2007, por la que se regula la integración funcional de los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas en el Servicio Gallego de Salud.	Dependencia funcional de los servicios de Salud Mental.
15) Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia	Derecho a la autonomía de los pacientes, la confidencialidad y la información, la documentación sanitaria y la prestación de servicios sanitarios. Deberes de los pacientes.
16) Decreto 12/2009, de 8 de enero, por el que se regula la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.	Requisitos en materia de personal y documentación clínica.
17) Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.	Acceso H <sup>a</sup> Clínica por los distintos profesionales del Sistema Público de Salud de Galicia.
18) Decreto 168/2010, do 7 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud.	Regula la estructura organizativa del Sergas según un modelo basado en la gestión integrada.

## DETALLES LEGISLATIVOS DE INTERÉS

- 1) Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regula los tratamientos con opiáceos de persona dependientes de los mismos.( B.O.E 23 de enero de 1990).
- 2) Nota: La redacción del art 3.3 es la dada por el Real Decreto 1131/1990, de 14 de septiembre (BOE 18 de septiembre de 1990) y las de los arts.3.2, 9 y la ampliación del Anexo por el Real Decreto 5/1996, de 15 de enero (B.O.E 20 de febrero de 1996).

### Artículo 1º Objeto.

Constituye el objeto de la presente norma regular los tratamientos con los principios activos que se incluyen en la lista del anexo al presente Real Decreto, cuando se prescriban para el tratamiento de la dependencia de opiáceos en aquellas pautas cuya duración exceda de veintiún días.

### Artículo 2º Centros o servicios de tratamiento.

1. Los tratamientos a que hace referencia la presente norma serán realizados únicamente por Centros o Servicios sanitarios públicos o privados sin ánimo de lucro, debidamente acreditados para ello por los órganos competentes de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o, en su caso, por los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo
2. A los efectos que establece el presente Real Decreto, y siempre que se considere oportuno, las autoridades sanitarias de aquellas Comunidades Autónomas que tengan atribuciones en esta materia o, en su caso, el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de sus órganos competentes, podrán acreditar servicios en Centros penitenciarios o en otros establecimientos de carácter no estrictamente sanitario.

**Artículo 3º** Prescripción, elaboración, conservación, dispensación, administración y formulación.

1. La prescripción de los tratamientos regulados en la presente norma será realizada por los facultativos de los Centros o Servicios acreditados.
2. La medicación utilizada para estos tratamientos será elaborada, cuando proceda, conservada, dispensada y administrada por los servicios farmacéuticos de los Centros acreditados, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2º . En defecto de los mismos, así como también en supuesto previsto en la disposición adicional segunda, dicha medicación será elaborada, cuando proceda, conservada y dispensada por los órganos de la Administración sanitaria competente o por las oficinas de farmacia acreditadas al efecto. El control de la administración de la indicada medicación será llevado a cabo por profesionales del equipo sanitario que reúnan los requisitos exigidos por las normas vigentes en cada Comunidad Autónoma.
3. En todo caso, la elaboración, conservación o dispensación de la medicación a que hace referencia el apartado anterior estará sujeta a la normativa vigente, quedando sometida al control de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, o de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas competentes en la materia.
4. Los medicamentos utilizados para estos tratamientos serán prescritos, formulados, dispensados y administrados en solución oral extemporánea, siempre que sea posible.

**Artículo 9º** Admisión a tratamiento.

A efectos de la inclusión en los programas de tratamiento regulados por la presente norma se exigirá previamente diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos. Podrán ser solicitados por las comisiones documentos acreditativos del cumplimiento de dicho requisito.

## ANEXO

Lista de principios activos sometidos a lo dispuesto en el Real Decreto por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos.

- Buprenorfina
- Butorfanol
- Codeína
- Dextropropoxifeno
- Dihidrocodeína
- Etilmorfina
- Folcodina
- Levo alfa acetilmetadol (LAAM)\*
- Metadona
- Morfina
- Noscapina
- Opio extracto
- Pentazocina
- Petidina
- Tilidina

(\*) Añadido a la lista por el Real Decreto 5/1996. Según el Art. 3.2. del citado Real Decreto, “la prescripción, conservación, dispensación y administración del citado principio activo (LAAM) en los tratamientos regulados por el RD 75/1990, quedarán condicionadas a la inscripción de la especialidad que contenga dicho principio activo en el Registro Comunitario de Medicamentos o en el Registro de Especialidades Farmacéuticas del Ministerio de Sanidad y Consumo”.

### **3) Real Decreto 2490/1998 por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo especialista en Psicología Clínica.**

**Disposición adicional segunda.** Normativa aplicable al personal estatutario.

El personal estatutario que, estando en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, preste servicio en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en puestos de trabajo que requieran los conocimientos inherentes a dicho título, estará incluido en el ámbito de aplicación del Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social al que accederá, por el procedimiento establecido para los facultativos especialistas

**Disposición adicional tercera.** Efectos de la creación del título de Psicólogo Especialista en relación con otros profesionales.

La creación del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y la realización por estos titulados de diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico, se entenderá, sin perjuicio de las competencias que corresponden al médico o al especialista en psiquiatría, cuando la patología mental atendida exija la prescripción de fármacos o cuando de dicha patología se deriven procesos biológicos que requieran la intervención de los citados profesionales.

**4) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.**

**Artículo 5.** Derecho de información en la recogida de datos.

1. Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco:
  - a. De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
  - b. Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas.
  - c. De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.
  - d. De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
  - e. De la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante.

Cuando el responsable del tratamiento no esté establecido en el territorio de la Unión Europea y utilice en el tratamiento de datos medios situados en territorio español, deberá designar, salvo que tales medios se utilicen con fines de trámite, un representante en España, sin perjuicio de las acciones que pudieran emprenderse contra el propio responsable del tratamiento.

2. Cuando se utilicen cuestionarios u otros impresos para la recogida, figurarán en los mismos, en forma claramente legible, las advertencias a que se refiere el apartado anterior.

3. No será necesaria la información a que se refieren las letras b, c y d del apartado 1 si el contenido de ella se deduce claramente de la naturaleza de los datos personales que se solicitan o de las circunstancias en que se recaban.
4. Cuando los datos de carácter personal no hayan sido recabados del interesado, éste deberá ser informado de forma expresa, precisa e inequívoca, por el responsable del fichero o su representante, dentro de los tres meses siguientes al momento del registro de los datos, salvo que ya hubiera sido informado con anterioridad, del contenido del tratamiento, de la procedencia de los datos, así como de lo previsto en las letras a, d y e del apartado 1 del presente artículo.
5. No será de aplicación lo dispuesto en el apartado anterior, cuando expresamente una ley lo prevea, cuando el tratamiento tenga fines históricos, estadísticos o científicos, o cuando la información al interesado resulte imposible o exija esfuerzos desproporcionados, a criterio de la Agencia Española de Protección de Datos o del organismo autonómico equivalente, en consideración al número de interesados, a la antigüedad de los datos y a las posibles medidas compensatorias.

Asimismo, tampoco regirá lo dispuesto en el apartado anterior cuando los datos procedan de fuentes accesibles al público y se destinen a la actividad de publicidad o prospección comercial, en cuyo caso, en cada comunicación que se dirija al interesado se le informará del origen de los datos y de la identidad del responsable del tratamiento así como de los derechos que le asisten.

#### **Artículo 6.** Consentimiento del afectado.

1. El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa.
2. No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias; cuando se refieran a las partes de un contrato o precontrato de una relación negocial, laboral o administrativa y sean necesarios para su mantenimiento o cumplimiento; cuando el tratamiento de los datos tenga por finalidad proteger un interés vital del interesado en los tér-

minos del artículo 7, apartado 6, de la presente Ley, o cuando los datos figuren en fuentes accesibles al público y su tratamiento sea necesario para la satisfacción del interés legítimo perseguido por el responsable del fichero o por el del tercero a quien se comuniquen los datos, siempre que no se vulneren los derechos y libertades fundamentales del interesado.

3. El consentimiento a que se refiere el artículo podrá ser revocado cuando exista causa justificada para ello y no se le atribuyan efectos retroactivos.
4. En los casos en los que no sea necesario el consentimiento del afectado para el tratamiento de los datos de carácter personal, y siempre que una ley no disponga lo contrario, éste podrá oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal. En tal supuesto, el responsable del fichero excluirá del tratamiento los datos relativos al afectado.

#### **Artículo 7.** Datos especialmente protegidos.

1. De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 16 de la Constitución, nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.  
Cuando en relación con estos datos se proceda a recabar el consentimiento a que se refiere el apartado siguiente, se advertirá al interesado acerca de su derecho a no prestarlo.
2. Sólo con el consentimiento expreso y por escrito del afectado podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión y creencias. Se exceptúan los ficheros mantenidos por los partidos políticos, sindicatos, iglesias, confesiones o comunidades religiosas y asociaciones, fundaciones y otras entidades sin ánimo de lucro, cuya finalidad sea política, filosófica, religiosa o sindical, en cuanto a los datos relativos a sus asociados o miembros, sin perjuicio de que la cesión de dichos datos precisará siempre el previo consentimiento del afectado.
3. Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por ra-

zones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.

4. Quedan prohibidos los ficheros creados con la finalidad exclusiva de almacenar datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial o étnico, o vida sexual.
5. Los datos de carácter personal relativos a la comisión de infracciones penales o administrativas sólo podrán ser incluidos en ficheros de las Administraciones públicas competentes en los supuestos previstos en las respectivas normas reguladoras.
6. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto. También podrán ser objeto de tratamiento los datos a que se refiere el párrafo anterior cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento.

#### **Artículo 8.** Datos relativos a la salud.

Sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad.

**Artículo 10.** Deber de secreto.

El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo.

**Artículo 11.** Comunicación de datos.

1. Los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado.
2. El consentimiento exigido en el apartado anterior no será preciso:
  - a. Cuando la cesión está autorizada en una ley.
  - b. Cuando se trate de datos recogidos de fuentes accesibles al público.
  - c. Cuando el tratamiento responda a la libre y legítima aceptación de una relación jurídica cuyo desarrollo, cumplimiento y control implique necesariamente la conexión de dicho tratamiento con ficheros de terceros. En este caso la comunicación sólo será legítima en cuanto se limite a la finalidad que la justifique.
  - d. Cuando la comunicación que deba efectuarse tenga por destinatario al Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal o los Jueces o Tribunales o el Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones que tiene atribuidas. Tampoco será preciso el consentimiento cuando la comunicación tenga como destinatario a instituciones autonómicas con funciones análogas al Defensor del Pueblo o al Tribunal de Cuentas.
  - e. Cuando la cesión se produzca entre Administraciones públicas y tenga por objeto el tratamiento posterior de los datos con fines históricos, estadísticos o científicos.

- f. Cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica.
3. Será nulo el consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal a un tercero, cuando la información que se facilite al interesado no le permita conocer la finalidad a que destinarán los datos cuya comunicación se autoriza o el tipo de actividad de aquel a quien se pretenden comunicar.
4. El consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal tiene también un carácter de revocable.
5. Aquel a quien se comuniquen los datos de carácter personal se obliga, por el solo hecho de la comunicación, a la observancia de las disposiciones de la presente Ley.
6. Si la comunicación se efectúa previo procedimiento de disociación, no será aplicable lo establecido en los apartados anteriores.

#### **Artículo 12.** Acceso a los datos por cuenta de terceros.

1. No se considerará comunicación de datos el acceso de un tercero a los datos cuando dicho acceso sea necesario para la prestación de un servicio al responsable del tratamiento.
2. La realización de tratamientos por cuenta de terceros deberá estar regulada en un contrato que deberá constar por escrito o en alguna otra forma que permita acreditar su celebración y contenido, estableciéndose expresamente que el encargado del tratamiento únicamente tratará los datos conforme a las instrucciones del responsable del tratamiento, que no los aplicará o utilizará con fin distinto al que figure en dicho contrato, ni los comunicará, ni siquiera para su conservación, a otras personas.

En el contrato se estipularán, asimismo, las medidas de seguridad a que se refiere el artículo 9 de esta Ley que el encargado del tratamiento está obligado a implementar.

3. Una vez cumplida la prestación contractual, los datos de carácter personal deberán ser destruidos o devueltos al responsable del tratamiento, al igual que cualquier soporte o documentos en que conste algún dato de carácter personal objeto del tratamiento.
4. En el caso de que el encargado del tratamiento destine los datos a otra finalidad, los comunique o los utilice incumpliendo las estipulaciones del contrato, será considerado también responsable del tratamiento, respondiendo de las infracciones en que hubiera incurrido personalmente.

**5) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

**Artículo 2.** Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. **El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.**
4. **Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.**
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

## CAPÍTULO II

### El derecho de información sanitaria

#### **Artículo 4.** Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

#### **Artículo 5.** Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la

información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

#### **Artículo 6.** Derecho a la información epidemiológica.

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

### **CAPÍTULO III** **Derecho a la intimidad**

#### **Artículo 7.** El derecho a la intimidad.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.
2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

## CAPÍTULO IV

### El respeto de la autonomía del paciente

#### Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

## CAPÍTULO VI

### La Historia Clínica

#### **Artículo 14.** Definición y archivo de la historia clínica.

1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

#### **Artículo 15.** Contenido de la historia clínica de cada paciente.

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.
2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:
  - a. La documentación relativa a la hoja clínico estadística.
  - b. La autorización de ingreso.
  - c. El informe de urgencia.
  - d. La anamnesis y la exploración física.
  - e. La evolución.
  - f. Las órdenes médicas.
  - g. La hoja de interconsulta.

- h. Los informes de exploraciones complementarias.
- i. El consentimiento informado.
- j. El informe de anestesia.
- k. El informe de quirófano o de registro del parto.
- l. El informe de anatomía patológica.
- m. La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n. La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ. El gráfico de constantes.
- o. El informe clínico de alta.

Los párrafos b, c, i, j, k, l, ñ y o sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

- 3. La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.
- 4. La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

#### **Artículo 16.** Usos de la historia clínica.

- 1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.
- 2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.
4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.
6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

**Artículo 18.** Derechos de acceso a la historia clínica.

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
  2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
  3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
  4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.
- 6) **Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.**

## **ANEXO II Definiciones de centros, unidades asistenciales y establecimientos sanitarios**

### **OFERTA ASISTENCIAL**

La oferta asistencial de los centros sanitarios anteriormente indicados podrá estar integrada por uno o varios de los siguientes servicios o unidades asistenciales:

**U.71 Atención sanitaria a drogodependientes: unidad asistencial pluridisciplinar en la que, bajo la supervisión de un facultativo sanitario, se prestan servicios de prevención, atención y rehabilitación al drogodependiente, mediante la aplicación de técnicas terapéuticas.**

## 7) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

### TÍTULO I Del ejercicio de las profesiones sanitarias

#### Artículo 4. Principios generales.

1. De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los requisitos previstos en esta ley y en las demás normas legales que resulten aplicables.
2. El ejercicio de una profesión sanitaria, por cuenta propia o ajena, requerirá la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello o, en su caso, de la certificación prevista en el artículo 2.4, y se atenderá, en su caso, a lo previsto en ésta, en las demás leyes aplicables y en las normas reguladoras de los colegios profesionales.
3. Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias.
4. Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.
5. Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

6. Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.
7. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:
  - a. **Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica, que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él.** La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.
  - b. Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.
  - c. La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
  - d. La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.
  - e. La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

**Artículo 5.** Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos.

1. La relación entre los profesionales sanitarios y de las personas atendidas por ellos, se rige por los siguientes principios generales:
  - f. Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.
  - g. Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos.
  - h. **Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.**
  - i. Los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles. Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercerá de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible. En esta situación el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones sanitarias a dicha persona sólo si ello no conlleva desatención. En el ejercicio en el sistema público o privado, dicha renuncia se ejercerá de acuerdo con procedimientos regulares, establecidos y explícitos, y de ella deberá quedar constancia formal.
  - j. Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la

especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución.

- k. Los pacientes tienen derecho a recibir información de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2. Para garantizar de forma efectiva y facilitar el ejercicio de los derechos a que se refiere el apartado anterior, los colegios profesionales, consejos autonómicos y consejos generales, en sus respectivos ámbitos territoriales, establecerán los registros públicos de profesionales que, de acuerdo con los requerimientos de esta ley, serán accesibles a la población y estarán a disposición de las Administraciones sanitarias. Los indicados registros, respetando los principios de confidencialidad de los datos personales contenidos en la normativa de aplicación, deberán permitir conocer el nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio y los otros datos que en esta ley se determinan como públicos.

Asimismo, podrán existir en los centros sanitarios y en las entidades de seguros que operan en el ramo de la enfermedad, otros registros de profesionales de carácter complementario a los anteriores, que sirvan a los fines indicados en el apartado anterior, conforme a lo previsto en los artículos 8.4 y 43 de esta ley. Los criterios generales y requisitos mínimos de estos registros serán establecidos por las Administraciones sanitarias dentro de los principios generales que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que podrá acordar la integración de los mismos al del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

#### **Artículo 6.** Licenciados sanitarios.

1. **Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios**, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, **la prestación per-**

**sonal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.**

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciados las siguientes:
  - a. Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.
  - b. Farmacéuticos: corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.
  - c. Dentistas: corresponde a los Licenciados en Odontología y a los Médicos Especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los Médicos Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental y a la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental.
  - d. Veterinarios: corresponde a los Licenciados en Veterinaria el control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal, así como la prevención y lucha contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis, y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades.

3. Son, también, profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta Ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior.

Estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, dentro del marco general establecido en el artículo 16.3 de esta Ley.

#### **Artículo 7.** Diplomados sanitarios.

1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.
2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:
  - a. Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.
  - b. Fisioterapeutas: corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.

- c. Terapeutas ocupacionales: corresponde a los Diplomados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.
  - d. Podólogos: los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina.
  - e. Ópticos-optometristas: los Diplomados universitarios en Óptica y Optometría desarrollan las actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental, a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual, y a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas.
  - f. Logopedas: los Diplomados universitarios en Logopedia desarrollan las actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.
  - g. Dietistas-nutricionistas: los Diplomados universitarios en Nutrición Humana y Dietética desarrollan actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública.
3. Cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Diplomado, en la correspondiente norma se enunciarán las funciones que correspondan a la misma, dentro del marco general previsto en el apartado 1 de este artículo.

#### **Artículo 8.** Ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias.

- 1. El ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias se regirá por las normas reguladoras del vínculo entre los profesionales y tales organizaciones, así como

por los preceptos de ésta y de las demás normas legales que resulten de aplicación.

2. Los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más centros, aun cuando mantengan su vinculación a uno solo de ellos, cuando se mantengan alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida entre distintos establecimientos sanitarios. En este supuesto, los nombramientos o contratos de nueva creación podrán vincularse al proyecto en su conjunto, sin perjuicio de lo que establezca, en su caso, la normativa sobre incompatibilidades.
3. Los centros sanitarios revisarán, cada tres años como mínimo, que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta Ley y en las demás normas aplicables, entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente. Los centros dispondrán de un expediente personal de cada profesional, en el que se conservará su documentación y al que el interesado tendrá derecho de acceso.
4. Para hacer posible la elección de médico que prevé el artículo 13 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 5.2 de esta Ley, los centros sanitarios dispondrán de un registro de su personal médico, del cual se pondrá en conocimiento de los usuarios el nombre, titulación, especialidad, categoría y función de los profesionales.
5. En el supuesto de que, como consecuencia de la naturaleza jurídica de la relación en virtud de la cual se ejerza una profesión, el profesional hubiere de actuar en un asunto, forzosamente, conforme a criterios profesionales diferentes de los suyos, podrá hacerlo constar así por escrito, con la salvaguarda en todo caso del secreto profesional y sin menoscabo de la eficacia de su actuación y de los principios contenidos en los artículos 4 y 5 de esta Ley.

**Artículo 9.** Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo.

1. **La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.**
2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.
3. **Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo,** en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.
4. Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse.  
Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.
5. Los equipos de profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de organizaciones o instituciones sanitarias serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas, por los órganos directivos y gestores de las mismas. Los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que les sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo.

**Artículo 10.** Gestión clínica en las organizaciones sanitarias.

A los efectos de esta Ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

**8) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.**

**Artículo 11.** Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.

1. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.
2. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. En todo caso, estos servicios complementarios, que deberán reunir los mismos requisitos establecidos en el artículo 5, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones, sobre el establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 71.1.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
4. Las comunidades autónomas pondrán en conocimiento del Ministerio de Sanidad y Consumo los servicios complementarios no contemplados en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud que hubieran sido incorporados a la cartera de servicios específicos de la comunidad autónoma, que se recogerán en el sistema de información contemplado en el artículo 12.

## 9) Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

### Ámbitos de actuación:

**5.1.2 Disminución del riesgo y reducción del daño.** Se trata de dos conceptos próximos, pero no idénticos. La disminución del riesgo se encuentra más próxima a la prevención (como en el caso de los programas orientados a evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico), mientras que la reducción del daño atañe más a la faceta asistencial (es el caso de los programas de mantenimiento con derivados opiáceos, o las salas de venopunción asistida).

En cualquier caso, se trata de actividades y programas que, desde hace años, han experimentado un elevado nivel de desarrollo en España y en otros países, y que merecen una consideración especial en esta Estrategia.

Los objetivos a los que deben dirigirse las intervenciones en este ámbito son: evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado y, sobre todo, reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos socio sanitarios indeseables relacionados con su uso.

Las actividades que deben mantenerse y las que deberán mejorar en el marco de esta Estrategia son distintas cuando se relacionan tanto con los riesgos como con los daños producidos por el consumo de drogas legales, medicamentos y sustancias eventualmente adictivas de fácil acceso, que cuando se refieren al consumo de drogas ilegales, aunque, no obstante, comparten algunos aspectos.

### Poblaciones diana:

Es razonable afirmar que la sociedad en su conjunto debe tener una información adecuada y suficiente sobre la intención, las características y la sólida evidencia de efec-

tividad que informa aquellos programas y actividades dirigidos a disminuir los riesgos y reducir los daños que ocasiona el consumo de drogas. Al mismo tiempo, es preciso enfatizar la necesidad de velar para que programas, campañas y materiales específicos, no acaben utilizándose en contextos inadecuados (por ejemplo, con población general).

Los grupos de población beneficiarios de estos programas y actividades son:

Sectores de población consumidores de drogas, no susceptibles de inclusión en programas encaminados a la abstención del consumo.

Consumidores de heroína de larga duración.

Entornos de población en situación de marginalidad o exclusión social (por ejemplo, personas que viven en barrios marginales, grupos vinculados a los «mercados de las drogas», personas internas en centros penitenciarios, etc.).

Grupos de población que frecuentan entornos y participan en situaciones donde existe una especial facilidad para el consumo (por ejemplo, concentraciones juveniles en contextos de ocio y fiesta, discotecas, etc.).

Colectivos que por determinadas circunstancias pueden verse especialmente afectados por el consumo de sustancias psicoactivas, como pueden ser los conductores de vehículos o las mujeres embarazadas.

Este tipo de programas comprende una serie variada de actuaciones entre las que cabe citar: programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas y kits sanitarios, talleres de sexo seguro, etc. Si bien en un principio estuvieron muy relacionados con la prevención de la infección del VIH y el SIDA, y en estrecha relación con el consumo de heroína, estos programas han ido evolucionando y en la actualidad incluyen actividades de prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol y otras drogas, así como actuar en relación con lo anterior, los sectores de población que más se benefician de ellos se han ampliado desde unos colectivos de heroinómanos en situación marginal en sus inicios, a capas cada vez más amplias e integradas en la sociedad.

## Contextos de actuación:

Para obtener un resultado eficaz en la disminución del riesgo y en la reducción del daño, las actuaciones deben llevarse a cabo, básicamente a nivel comunitario, en dos grandes ámbitos: el de la atención social, y el sanitario. En relación con ellos, cabe señalar los siguientes aspectos estratégicos:

### En el ámbito de la atención social:

- Fomentar la orientación comunitaria del conjunto del sistema de atención social, promoviendo y reforzando actividades coordinadas entre los distintos servicios existentes (recursos de calle, dispositivos itinerantes, sistema judicial, servicios de urgencias, etc.), tanto autonómicos como locales.
- Mejorar la cobertura y la accesibilidad de las personas internas en los centros penitenciarios a programas específicos de reducción de daños-intercambio de jeringuillas, metadona, etc.
- Mejorar los programas de medidas alternativas a la prisión.
- Facilitar la respuesta oportuna de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y otros colectivos dedicados a la atención ciudadana y de urgencias, frente a situaciones en las que es necesaria una intervención rápida para evitar muertes por sobredosis u otros daños evitables.
- Ampliar la cobertura de programas de calle o de contacto, acceso y detección precoz de problemas que afectan a grupos de población en situación de riesgo.
- Reforzar los sistemas de alerta y detección de nuevos consumos.
- Mejorar la información relativa a los recursos asistenciales y optimizar los procesos de cribaje y derivación a los servicios pertinentes.

**En el ámbito sanitario:**

- Fomentar la orientación comunitaria del conjunto del sistema sanitario y su coordinación con los recursos sociales, promoviendo y reforzando actividades coordinadas entre los distintos servicios existentes (Salud Pública, Atención Primaria, servicios sanitarios de urgencias, etc.), tanto autonómicos como locales.
- Promover la coordinación entre la atención primaria, los centros de atención a drogodependientes, los centros de salud mental y los dispositivos de apoyo, con el propósito de generar sinergias en el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de drogas.
- Optimizar la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas de intercambio de jeringuillas y de información y consejo.
- Mejorar la calidad de la actuación de los servicios de urgencias hospitalarios mediante la capacitación de los profesionales y el diseño conjunto de procedimientos de atención con el objetivo principal de la reducción de daños (morbimortalidad directa e indirecta) y la detección y derivación de los pacientes
- Mejorar la respuesta de los servicios de emergencias y de la atención especializada.

**5.1.3 Asistencia e integración social.** El análisis y la revisión de las políticas de drogas en los últimos años en España permiten observar el cambio producido en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas y de las drogodependencias. Quizás el más significativo resida en la concepción de las adicciones como una enfermedad más y, por tanto, en el reconocimiento de que los afectados por las mismas tienen derecho a la correspondiente atención sanitaria y social.

La atención sanitaria y social de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas debe estar adaptada a las nuevas necesidades, siendo necesario que se garantice, atienda, facilite, coordine e incremente la misma, desde la máxima de que cualquier programa está en función de las necesidades del individuo.

Las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar, como principios básicos, la individualización del tratamiento, **la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integralidad y coordinación de los recursos implicados, así como la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico.**

El contexto asistencial en el que se desarrolla la desintoxicación y la deshabituación de la conducta adictiva es de relevante importancia, y cada vez está más extendida la conclusión de que existe una relación directamente proporcional entre las actuaciones sanitarias y sociales en el marco natural del entorno del paciente y el éxito terapéutico.

Por otro lado, al alto grado de calidad ya alcanzado por las redes asistenciales en el conjunto del Estado en la actualidad, se trata de añadir la máxima precocidad posible en las intervenciones (detección de factores de riesgo y cribaje, derivación, diagnóstico de la adicción, inicio de la deshabituación, y estrategias de mantenimiento y consolidación de la abstinencia), así como de garantizar la calidad (efectividad, eficiencia, equidad) de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, para lo cual es imprescindible la coordinación entre los servicios sociales, el sistema judicial y los servicios sanitarios.

Las recaídas en el consumo de drogas, una vez iniciado el proceso de tratamiento, forman parte del mismo, y como tal han de abordarse, tanto por los profesionales como por el propio paciente y el entorno familiar y social que le rodea.

Se debe tener en cuenta que, para muchas personas, el problema no es única y exclusivamente el abandonar el consumo de una determinada sustancia, sino otras circunstancias: policonsumos, enfermedad mental, precariedad económica, desarraigo social, laboral y/o familiar, y en general ruptura o inexistencia de vínculos sociales integradores. En este sentido, se debe prestar una especial atención a la potenciación y mejora de los recursos de inserción social para aquellas personas que abandonan las instituciones penitenciarias.

Asimismo, es fundamental reforzar los mecanismos que promueven la «no desvinculación» de las personas en tratamiento de su medio laboral y, en todo caso, que faciliten la reinserción en el mismo. Se hace necesaria una atención integral y coordinada dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos (vivienda, empleo, educación, salud, protección social, etc.), que, además, tenga en cuenta los distintos perfiles de las personas, no sólo desde las carencias, sino, sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades, lo que exige la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento.

### **Poblaciones diana:**

En este apartado, los sectores de población sobre los que se debe trabajar son:

- Personas con problemas de adicción que se hallan en tratamiento en los diversos recursos de la red pública o específica de atención (centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, etc.).
- Personas que consumen drogas y que acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.
- Personas con problemas de adicción o que han logrado la abstinencia y, en ambos casos, se hallan en vías de inserción social (laboral, formativa, etc.).
- Personas que se hallan internas en centros penitenciarios o están siguiendo programas alternativos al cumplimiento de penas de prisión.
- Menores consumidores de drogas, internos en centros de protección o reforma.
- Las familias o el entorno de las personas con problemas de adicción, con especial atención a los descendientes.
- Las personas afectadas por patología dual, que presentan cuadros comórbidos complicados que se cronifican y empeoran la evolución y el pronóstico del problema adictivo.

### **Contextos de actuación:**

Los entornos desde donde se desarrolla este ámbito de intervención son:

**El sistema sanitario:** Mediante la implicación de los servicios de atención primaria y de los dispositivos de apoyo específicos (centros de atención y seguimiento; centros de salud mental, etc.), pero siempre tendiendo a la «no duplicación» de redes asistenciales. Adicionalmente, hay que prestar atención al fomento de la coordinación entre el primer escalón asistencial y la atención especializada.

**Los servicios sociales:** Mediante la coordinación entre trabajadores sociales de los sistemas social y sanitario.

**El ámbito laboral:** Asegurando la coordinación de los servicios de prevención de riesgos laborales, los comités de empresa y los sindicatos, tanto con los servicios sanitarios como con los sociales.

**El sistema judicial:** Promoviendo la coordinación con el sector socio-sanitario y facilitando un enfoque judicial orientado a la incorporación social de las personas en situaciones vulnerables.

**10) Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre Drogas****TITULO II****De la asistencia y reinserción de los afectados  
por el consumo de drogas****Artículo 16.** Del dispositivo asistencial.

1. Los poderes públicos de la Comunidad Autónoma gallega garantizarán, en iguales condiciones que al resto de la población, el proceso de atención al drogodependiente en los servicios sanitarios y sociales, respetando los derechos y obligaciones que establece la normativa básica y autonómica en esta materia.
2. Los recursos de tratamiento de las drogodependencias se ajustarán a la siguiente tipología básica y distribución sanitaria:
  - a) Unidades asistenciales de drogodependencias (UAD): centros o servicios de tratamiento ambulatorio que, dependiendo o no de un hospital, desarrollen cualquier tipo de actividad terapéutica en drogodependencias. Se promoverá la implantación de una UAD por área de salud.
  - b) Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH): aquellas que, dentro de un servicio hospitalario, realizan tratamiento de desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario. Se promoverá la dotación de una UDH por región sanitaria.
  - c) Unidades de día (UD): aquellas que, en régimen de estancia de día, realizan tratamiento de deshabituación mediante terapia farmacológica, psicológica u ocupacional. Se promoverá la implantación, como mínimo, de una UD por cada una de las siete grandes ciudades de Galicia.
  - d) Comunidades terapéuticas (CT): aquellas unidades, centros o servicios que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabituación mediante terapia farmacológica, psicológica u ocupacional. Se promoverá la dotación de una CT por cada región sanitaria.

3. En función de la evolución del consumo de drogas y de sus consecuencias, podrán crearse otro tipo de centros, establecimientos o servicios y alterar la distribución anteriormente indicada.

#### **Artículo 17.** Criterios de actuación.

Serán criterios de actuación de los servicios sanitarios y sociales:

1. Promover la reducción de la morbi/mortalidad asociada al consumo de drogas.
2. Atender a las personas con problemas derivados del consumo de drogas preferentemente en su ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales de régimen ambulatorio (UAD), de hospitalización parcial (UD) y de atención domiciliaria, evitando, en la medida de lo posible, la necesidad de internamiento. los procesos que así lo requieran, la hospitalización de los pacientes drogodependientes se realizará en las unidades correspondientes de los hospitales de la red sanitaria general.
3. **Facilitar al drogodependiente una respuesta terapéutica de carácter global, mediante la coordinación permanente de los servicios sanitarios y sociales y la optimización racional de los recursos, procurando la adaptación social de los afectados y su reinserción en la sociedad.**

#### **Artículo 18.** De la asistencia sanitaria pública.

1. **Las administraciones públicas de Galicia velarán por el desarrollo de las actividades asistenciales precisas para el tratamiento de los diversos problemas derivados del consumo de drogas, la desintoxicación, la deshabituación-rehabilitación y la atención a las complicaciones orgánicas, psíquicas y sociales y a las urgencias derivadas del uso de las drogas.** Al objeto de garantizar las prestaciones adecuadas, la Administración autonómica, en el marco de sus competencias, podrá establecer acuerdos, convenios, contratos o conciertos con entidades tanto públicas como privadas, preferentemente con aquéllas que no tengan ánimo de lucro.

2. La Administración sanitaria desarrollará programas de promoción de la salud orientados de forma prioritaria a colectivos de riesgo, especialmente de vacunación y quimioprofilaxis de los sujetos afectados y personas que con él convivan, considerándose preferentes los de hepatitis, tétanos y tuberculosis. También llevará a cabo acciones de educación sanitaria, de detección y tratamiento de enfermedades infecciosas asociadas y de disponibilidad de material y adecuada utilización del mismo como profilaxis en la transmisión de enfermedades infecciosas, especialmente VIH-SIDA.

**Artículo 19.** De los servicios sociales.

1. Las administraciones públicas de Galicia velarán por el desarrollo y **promoción de actuaciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los afectados y a favorecer su integración social, mediante la utilización conjunta y coordinada de los diferentes programas de la red general de servicios sociales.**
2. Directamente o en colaboración con las administraciones locales o la iniciativa social, la Administración autonómica desarrollará programas orientados a la promoción del movimiento asociativo y a la integración familiar y social de los afectados y fomentará el voluntariado social u otras formas de apoyo y ayuda al drogodependiente que actúen coordinadamente con la red general de servicios sociosanitarios.

**11) Orden del 15 de mayo de 2000, por la que se aprueba el procedimiento de acreditación administrativa para el desarrollo de actividades de tratamientos de mantenimiento con sustancias opiáceas.**

**Artículo 1º.** Objeto.

1. Constituye el objeto de la presente norma regular el procedimiento de acreditación administrativa para desarrollar en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia actividades de tratamiento de mantenimiento con los principios activos que regula el R.D. 75/1990, de 19 de enero, y demás normativa concordante, con pautas de más de 21 días de duración, para personas dependientes de sustancias opiáceas en los siguientes supuestos:
  - a) Centros o servicios sanitario-asistenciales públicos y privados sin ánimo de lucro.
  - b) Centros o servicios dependientes de instituciones penitenciarias o de otras entidades que tengan por finalidad principal una función no estrictamente sanitaria.
  - c) Con carácter excepcional y únicamente para la prescripción de tratamientos regulados en esta orden, profesionales facultativos médicos no integrados en centros o servicios acreditados al efecto.
  - d) Oficinas de farmacia que pretendan llevar a cabo actividades de elaboración o, cuando proceda, conservación, dispensación o administración.
2. En los supuestos a) y b) se podrá solicitar acreditación para el desarrollo de actividades de prescripción, formulación, elaboración, conservación, distribución, dispensación o administración, siempre y cuando cuenten con los requisitos de personal exigidos por la legislación vigente y el equipamiento necesario para el desarrollo de las actividades.

**Artículo 2º.** Inclusión en el programa de tratamiento.

A los efectos de inclusión de personas dependientes de opiáceos en los programas de tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos regulados en esta orden, será requisito indispensable el previo diagnóstico confirmado de la referida dependencia a opiáceos.

**Artículo 10º.** Vigencia y renovación de la acreditación.

1. De acuerdo con lo señalado en el artículo 7 del R.D. 75/1990, de 19 de enero, la Administración sanitaria autonómica sólo podrá otorgar acreditación con una vigencia no superior a dos años.

**Artículo 12º.** Prescripción y dispensación.

1. La prescripción de medicamentos agonistas opiáceos a pacientes incluidos en programas de mantenimiento con derivados opiáceos solo podrán realizarla los facultativos médicos pertenecientes a los centros o servicios acreditados para el desarrollo de las actividades de prescripción reguladas en el artículo 1º de esta orden.

**Artículo 13º.** De las obligaciones de los centros, servicios o facultativos acreditados.

1. Todos los centros, servicios o facultativos a los que se les otorgue una acreditación para desarrollar cualquiera de las actividades señaladas en la presente orden, quedarán obligados a:
  - a) Aceptar las medidas de coordinación y programación, así como las directrices que, en relación con las actividades objeto de acreditación, establezca la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales a través del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

- b) Coordinarse con otras unidades, centros, servicios o profesionales sanitario-asistenciales asegurando el principio de continuidad terapéutica de las personas sometidas a tratamiento de mantenimiento con opiáceos.
  - c) Facilitar toda la información que les sea solicitada tanto por la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales como por la Comisión Gallega de Acreditación, Evaluación y Control del Programa de Tratamiento con Opiáceos.
  - d) Notificar a la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales cualquier modificación de las condiciones de base que se produzcan durante la vigencia de la acreditación concedida.
  - e) Notificar trimestralmente a la Comisión Gallega de Acreditación, Evaluación y Control del Programa de Tratamiento con Opiáceos información sobre las actividades que desarrollen.
2. Respecto de este último apartado e), cada centro, servicio o facultativo deberá notificar, como mínimo, los datos de las variables que se recogen en el anexo V de la presente orden y que estén relacionadas con las actividades para las que tienen acreditación.

Quedan exentos de esta notificación de información todos los servicios, centros o facultativos que estén adheridos u obligados a notificar esos datos a los sistemas de información sanitaria de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales o del Sergas, y a través de los cuales ya se registra información relacionada con las actividades objeto de acreditación.

La Comisión Gallega de Acreditación, Evaluación y Control del Programa de Tratamiento con Opiáceos acordará qué servicios, centros o facultativos quedan exentos de la notificación de datos y, de oficio, solicitará a las correspondientes unidades administrativas de la Administración sanitaria autonómica los datos oportunos para conocer el desarrollo del programa de tratamiento con opiáceos.

No obstante todo lo anterior, la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales podrá recabar de todos los centros, servicios o facultativos cualquier otra información sobre las actividades acreditadas que desarrollen.

- 12) **Decreto 58/2005, del 24 de febrero que modifica el Decreto 74/2002, del 28 de febrero, por el que se crea el registro de entidades colaboradoras del Plan de Galicia sobre Drogas, y se regula el procedimiento para su declaración de interés.**

**Artículo 2.** Registro de Entidades colaboradoras del Plan de Galicia sobre Drogas.

2. Se crea el Registro de Entidades Colaboradoras del Plan de Galicia sobre Drogas, en el que se inscribirán las asociaciones, fundaciones, organizaciones no gubernamentales y otras entidades públicas o privadas que, desarrollando sus actividades en el territorio de la Comunidad Autónoma, se constituyan o se hayan constituido para llevar a cabo programas de prevención, asistencia, incorporación social, formación o investigación en el campo de las drogodependencias y pretendan cooperar con la Consellería de Sanidad en la consecución de objetivos en estos ámbitos.
3. Para ser objeto de inscripción en el registro, será necesario que el funcionamiento de por lo menos uno de los programas desarrollados en los centros y servicios de los que sean titulares las entidades anteriormente mencionadas se adecue a los criterios y contenidos de alguno de los programas establecidos en el documento del Plan de Galicia sobre Drogas vigente en cada momento.
4. El registro es único para toda la Comunidad Autónoma de Galicia, y depende orgánicamente de la Dirección General de Salud Pública y funcionalmente de la Consellería de Sanidad. Su gestión ordinaria corresponde al Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

**Artículo 3.** Solicitudes

1. Las inscripciones en el registro se realizarán a instancia de parte, sin perjuicio de las facultades de inscripción de oficio, por la Consellería de Sanidad, de aquellas entidades o instituciones que vengán desarrollando actividades en el ámbito de las drogodependencias a la entrada en vigor de este Decreto, siempre que

cumplan los requisitos exigidos legalmente y vengan actuando como entidades colaboradoras en dicha materia.

#### **Artículo 7.** Conciertos y convenios.

La inscripción en el registro de entidades colaboradoras del Plan de Galicia sobre Drogas se considerará requisito previo y necesario para el establecimiento de conciertos o convenios y para la obtención, por las citadas entidades, de ayudas o subvenciones de la Administración autonómica en el ámbito de la prevención, asistencia, rehabilitación, incorporación social, formación o investigación en materia de drogodependencias, de acuerdo con lo previsto en el artículo 29 de la Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre Drogas.

#### **Artículo 8.** Declaración de interés.

La Xunta de Galicia, previa solicitud del interesado, podrá declarar de interés para la Comunidad Autónoma gallega, mediante orden del conselleiro de Sanidad, las entidades sin ánimo de lucro inscritas en el Registro de Entidades Colaboradoras del Plan de Galicia sobre Drogas. A estos efectos, dichas entidades deberán estar llevando a cabo exclusivamente programas o servicios en el campo de las distintas drogodependencias, siempre y cuando se adecuen a los criterios y contenidos de los programas recogidos en el documento del Plan de Galicia sobre Drogas vigente en cada momento.

Para acreditar este extremo, se podrá solicitar el proyecto mencionado en el artículo 3.2º e), así como cualesquiera otros documentos que se estimen pertinentes, para actualizar los datos que consten en aquél, siempre que estén relacionados directamente con los programas o servicios que estén desarrollando, y en virtud de los que efectúen la solicitud de declaración de interés.

**13) Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.**

**Artículo 3.** Definición (de consentimiento informado).

1. A los efectos de la presente ley, se entiende por consentimiento informado el prestado libre y voluntariamente por el afectado para toda actuación en el ámbito de su salud y una vez que, recibida la información adecuada, hubiera valorado las opciones propias del caso. El consentimiento será verbal, por regla general, y se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
2. La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico.
3. El paciente tiene derecho a decidir libremente, tras recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Asimismo, tiene derecho a negarse al tratamiento, salvo en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

**Artículo 9.** Responsabilidad de información previa al consentimiento.

El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o que le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarlo.

**Artículo 13.** Definición (de historia clínica).

La historia clínica es el conjunto de documentos en los que se contienen los datos, las valoraciones y las informaciones de cualquier tipo sobre la situación y la evolución clí-

nica de los pacientes a lo largo de su proceso asistencial, así como la identificación de los médicos y demás profesionales que intervinieron en éste.

#### **Artículo 16.** Contenido.

La historia clínica contendrá suficiente información para identificar al paciente y documentar su proceso de atención sanitaria. A tal efecto, incluirá, al menos:

- a) Datos suficientes para la adecuada identificación del paciente.
- b) Médico o profesional responsable.
- c) Datos que identifiquen el proceso de atención sanitaria.
- d) Datos relativos al proceso, que incluirán, como mínimo:
  1. Anamnesis y exploración física.
  2. Órdenes médicas.
  3. Hoja de evolución y de planificación de cuidados de enfermería.
  4. Evolución clínica.
  5. Informe sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos e interconsultas realizadas.
  6. Informe de alta del episodio de atención u hoja de problemas en atención primaria.
  7. Documento de consentimiento informado.
  8. Documento firmado de alta voluntaria.

#### **Artículo 17.** Requisitos.

1. La elaboración de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervienen en la misma.
2. Las historias clínicas deberán ser claramente legibles, evitándose, en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas, y estarán normalizadas en cuanto a su estructura lógica, de conformidad con lo que se disponga reglamentariamente.

Cualquier información incorporada a la historia clínica habrá de ser datada y firmada de manera que se identifique claramente el personal que la realice.

#### **Artículo 19.** Acceso.

1. El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en la misma. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos. Este derecho de acceso podrá ejercitarse por representación debidamente acreditada.
2. En los supuestos de procedimientos administrativos de exigencia de responsabilidad patrimonial o en las denuncias previas a la formalización de un litigio sobre la asistencia sanitaria se permitirá que el paciente tenga acceso directo a la historia clínica, en la forma y con los requisitos que se regulen legal o reglamentariamente. También tendrán acceso a la historia clínica los órganos competentes para tramitar y resolver los procedimientos de responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de la Administración sanitaria, así como la inspección sanitaria en el ejercicio de sus funciones.
3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia se rige por lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de modo que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente hubiera dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos en cada caso.

4. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
5. El acceso por otras personas distintas al paciente a la información contenida en la historia clínica habrá de estar justificado por la atención sanitaria del mismo. En todo caso, el personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
6. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite.  
En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudiquen a terceros.  
Cualquier otra razón de carácter excepcional habrá de responder a un interés legítimo susceptible de protección y estar convenientemente motivada.
7. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, del respeto de los derechos del paciente o de cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.
8. En todos los casos quedará plenamente garantizado el derecho del paciente a su intimidad personal y familiar, por lo que el personal que acceda a esta información guardará el correspondiente secreto profesional.

- 14) **Orden de 12 de marzo de 2007, por la que se regula la integración funcional de los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas en el Servicio Gallego de Salud.**

**Artículo único.** Los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas que reciban financiación de la comunidad autónoma dependerán funcionalmente, en cuanto al desarrollo de programas de intervención, del responsable de salud mental del área en consonancia con lo dispuesto en la Orden de 20 de abril de 1999 sobre atribución de las funciones definidas en el artículo 3.2º del Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia, y de conformidad con el Decreto 46/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud.

**15) Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.**

La atención especializada es el nivel de asistencia que, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, se caracteriza por una alta intensidad de los cuidados requeridos o por la especificidad del conocimiento y/o la tecnología que los y las pacientes precisan para su adecuada atención sanitaria.

En dicha ley, se recogen las siguientes funciones dentro de la atención especializada:

- a. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- b. Las atenciones de salud mental y la asistencia psiquiátrica y psicológica.
- c. La atención a las urgencias hospitalarias.
- d. La atención paliativa a enfermos terminales.
- e. La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
- f. La educación para la salud y la prevención de enfermedades en su ámbito de actuación, así como la participación en los sistemas de vigilancia e información.
- g. La participación en la docencia, la formación continuada y la investigación.
- h. La realización de las prestaciones sociosanitarias que se corresponden a este nivel de asistencia, en coordinación con el sistema de servicios sociales que se determine, así como la búsqueda de alternativas para el alta hospitalaria.
- i. Cualesquier otras funciones o modalidades asistenciales que se le encomienden, así como los restantes servicios y prestaciones facilitados en cada momento por el Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a este ámbito de la atención sanitaria.
- j. La participación en las acciones de coordinación, producción de documentación clínica y consultoría con los centros de atención primaria a través de los procedimientos que se determinen.

**Artículo 8.** Derechos relacionados con la autonomía de decisión.

Serán derechos relacionados con la autonomía de decisión los siguientes:

1. Derecho a que se solicite consentimiento informado en los términos establecidos en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, (Reguladora del Consentimiento informado y la Hª Clínica de los pacientes) y en la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la anterior. Se entenderá por consentimiento informado el prestado libre y voluntariamente por la persona afectada para toda actuación en el ámbito de su salud y una vez que, recibida la información adecuada, hubiera valorado las opciones propias del caso. El consentimiento será verbal, por regla general, prestándose por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del o la paciente.
2. **Derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso y a rechazar el tratamiento, excepto en los casos señalados en ésta u otras leyes, debiendo para ello solicitar y firmar el alta voluntaria. Si no lo hiciera así, corresponderá darle el alta a la dirección del centro. Todo esto sin perjuicio de que el o la paciente pueda recibir otros tratamientos alternativos, curativos o paliativos y sanitarios.**
3. Derecho a otorgar el consentimiento por sustitución y a manifestar sus instrucciones previas al amparo de lo establecido en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, y en la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la anterior, y disposiciones concordantes.
4. Derecho a elegir médico general y pediatra de entre los que presten sus servicios en la zona sanitaria de su lugar de residencia en conformidad con las normas reglamentarias que resulten de aplicación.
5. Derecho a una segunda opinión médica con el objetivo de fortalecer la relación médico-paciente y complementar las posibilidades de la atención sanitaria.

6. Derecho a disponer de los tejidos y muestras biológicas que provienen de biopsias o extracciones en su proceso asistencial, con la finalidad de conseguir una segunda opinión médica y garantizar la continuidad asistencial.
7. **Derecho a rechazar aquellas acciones preventivas que se propongan, para situaciones que no impliquen riesgos a terceros, sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa sanitaria de aplicación.**
8. Derecho a rechazar la participación en procedimientos experimentales como alternativa terapéutica para su proceso asistencial.
9. Derecho a rechazar el uso o conservación, fuera de su proceso asistencial, de sus tejidos y muestras biológicas que provengan de biopsias, extracciones o nacimientos y, por tanto, derecho a que se proceda a su eliminación como residuo sanitario.

#### **Artículo 9.** Derechos relacionados con la confidencialidad e información.

1. El derecho a la confidencialidad se concreta en:
  - a. Derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud, de sus datos referidos a creencias, religión, ideología, vida sexual, origen racial o étnico, malos tratos y otros datos especialmente protegidos. En todo caso, el grado de confidencialidad, entendido como la identificación del destinatario y el contenido de la información que puede suministrarse, será decidido por el o la paciente, excepto en los casos en que legalmente se contemple el deber de información.
  - b. Derecho a la confidencialidad de la información de su genoma y que éste no pueda ser utilizado para ninguna forma de discriminación.

Los datos personales a que se refiere este apartado 1 se someterán al régimen de protección establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

2. El derecho a la información en su proceso asistencial se concreta en:
  - a. Derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvo en los supuestos exceptuados por la Ley. La información, como regla general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, y comprenderá, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias. La información clínica será verdadera y se comunicará al o a la paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades como ayuda para tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
  - b. Derecho a renunciar a recibir información.
  - c. Derecho a ser informado o informada y advertido o advertida acerca de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos aplicados van a ser empleados en un proyecto docente o de investigación, lo que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso, será imprescindible el consentimiento previo por escrito del o la paciente y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
  - d. Derecho a solicitar y a obtener información comprensible y adecuada sobre el coste de las prestaciones y servicios de salud recibidos.
  - e. Derecho a conocer los requisitos de uso de las prestaciones y servicios de salud en relación a su proceso asistencial.
  
3. El derecho a la información sobre sus derechos, deberes, servicios y programas del Sistema Público de Salud de Galicia se concreta en:
  - a. **Derecho a ser informado o informada de los planes, programas y acciones que se están desarrollando en el Sistema Público de Salud de Galicia, de forma comprensible y mediante los mejores cauces.**
  - b. **Derecho a disponer en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios del sistema público de una carta de derechos y deberes, y a**

**que ésta sea facilitada como marco de relación entre el centro sanitario y sus usuarios y usuarias.**

**c. Derecho a conocer la cartera de servicios como marco de compromiso entre el centro sanitario y sus usuarios y usuarias.**

4. Derecho a ser informado o informada por la autoridad sanitaria de los problemas de salud que le afecten y sobre los riesgos sanitarios para su salud, mediante información difundida en términos comprensibles, veraces y adecuados.
5. Derecho a recibir información epidemiológica ante un riesgo grave y probado para la salud pública.
6. Derecho a la utilización de nuevas tecnologías de la información y comunicación para potenciar la interacción electrónica entre la ciudadanía y el Sistema Público de Salud.
7. Para garantizar la confidencialidad de los datos relativos al o la paciente, mediante una norma legal se regulará el personal que pueda acceder a los datos del o la paciente.
8. Para garantizar la mejor información sobre la historia clínica del o la paciente, teniendo en cuenta las nuevas tecnologías, los datos de la misma estarán disponibles en tres idiomas (gallego, castellano e inglés), haciendo para ello las adaptaciones técnicas necesarias.

**Artículo 10.** Derechos relacionados con la documentación sanitaria.

Son derechos relacionados con la documentación sanitaria:

1. **Derecho del o la paciente a que quede constancia por escrito o en soporte técnico apropiado de todo su proceso** y que al finalizar el episodio asistencial se le entregue el informe de alta hospitalaria, de interconsulta de atención especializada y de urgencias.
2. **Derecho a acceder a su historia clínica y a obtener los informes y resultados de las exploraciones que sobre su estado de salud o enfermedad se incluyan en la misma**, así como una copia de dichos documentos, de acuerdo

con lo establecido en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y disposiciones concordantes.

3. Derecho a que se le faciliten los informes o certificaciones acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos, cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

**Artículo 12.** Derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios por parte del Sistema Público de Salud de Galicia.

Son derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios:

1. Derecho a la humanización de la asistencia sanitaria evidenciada en la calidad humana de la prestación de los servicios sanitarios y a la incorporación de los adelantos científicos a la misma, que habrá de ser adecuada a los valores, creencias y culturas de la ciudadanía.
2. **Derecho a obtener una garantía de demoras máximas**, de modo que determinadas prestaciones sanitarias financiadas públicamente les sean dispensadas en unos plazos previamente definidos y conocidos.
3. Derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud.
4. Derecho a la utilización de las ventajas de las nuevas tecnologías genómicas dentro del marco legal vigente.
5. **Derecho a la asignación de personal facultativo, quien será su interlocutor principal con el equipo asistencial**, y, en su caso, del personal de enfermería responsable del seguimiento y plan de cuidados. En el caso de ausencia, las personas sustitutas asumirán tal responsabilidad.
6. **Derecho a la educación sanitaria** y a la información adecuada que propicien la adopción de hábitos y estilos de vida saludables.
7. Derecho a medidas de protección de la salud frente a riesgos ambientales y laborales, generales o específicos.
8. **Derecho a medidas de prevención de la enfermedad de probada efectividad y seguridad.**

9. **Derecho a la continuidad asistencial, a la coordinación y a la integración de las funciones asistenciales de la atención primaria y especializada.**
10. Derecho a conocer e identificar, de forma rápida y clara, el personal que le presta asistencia sanitaria. Para la eficacia de este derecho, el personal que preste dicha asistencia llevará siempre visible su tarjeta identificativa.
11. Derecho de las mujeres en los periodos de embarazo, lactación y menopausia a disponer de programas específicos.
12. Derecho de las mujeres que sufren o hayan sufrido violencia de género a la atención sanitaria, incluido el derecho a asistencia psicológica gratuita y al seguimiento de la evolución de su estado de salud, hasta su total restablecimiento. Se tratará, en todo caso, de servicios gratuitos y accesibles con carácter prioritario, que garanticen la privacidad e intimidad de las mujeres.
13. Derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, en todos los supuestos contemplados por la normativa vigente de aplicación.
14. Derecho a que los servicios y actividades sanitarias o asistenciales que el Sistema Público de Salud de Galicia contrate con el sector privado de asistencia sanitaria se ajusten a los mismos parámetros, estándares, derechos o criterios de actuación exigibles para los del propio Sistema Público de Salud de Galicia.

### CAPÍTULO III DEBERES SANITARIOS

#### Artículo 15. Deberes.

La ciudadanía, en relación con las instituciones y organismos del Sistema Público de Salud de Galicia, tiene los deberes y obligaciones individuales siguientes:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
2. Mantener el debido respeto al personal que presta sus servicios en el ámbito del sistema público.
3. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
4. Usar adecuadamente los recursos, servicios y prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.
5. Mantener la debida observancia de las normas establecidas en cada centro.
6. Firmar los documentos de alta voluntaria cuando no desee la continuidad del tratamiento que se le dispensa. No obstante, el hecho de no aceptarla no determinará el alta inmediata cuando existan otros tratamientos alternativos, curativos o paliativos y el o la paciente desee recibirlos. En este último caso, tal situación habrá de quedar debidamente documentada después de la información correspondiente.
7. Cooperar con las autoridades sanitarias en la protección de la salud y la prevención de las enfermedades.
8. Facilitar información veraz de los datos de filiación, identificación y del estado de salud que sean necesarios en su proceso asistencial o sean solicitados por razones de interés general debidamente motivadas.
9. Aceptar el alta cuando hubiera terminado su proceso asistencial, cuando se hubiera comprobado que la situación clínica del o la paciente no mejoraría prolongando su estancia o cuando la complejidad del proceso aconseje su traslado a un centro de referencia.

10. Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se le otorguen a través de la presente Ley.
11. Comunicar al sistema sanitario, a la mayor brevedad posible, la no utilización por cualquier causa de un servicio programado previamente.
12. También estarán sujetos a los deberes establecidos en los apartados 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 10 las personas familiares o acompañantes de los usuarios y usuarias del sistema sanitario.

- 16) **Decreto 12/2009, de 8 de enero, por el que se regula la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.**

**ANEXO II. Requisitos técnico-sanitarios**  
Requisitos técnico-sanitarios comunes que deben reunir  
los centros y servicios sanitarios (anexo IIa)

1. Identificación.

El acceso al edificio o local dispondrá de un rótulo en el que se identifique como mínimo, de modo visible y permanente, el nombre del centro, el número de registro sanitario y la oferta asistencial.

2. Barreras arquitectónicas y accesibilidad.

Cumplirán la normativa vigente sobre barreras arquitectónicas, y su estructura dependerá de la tipología y finalidad sanitaria debiendo garantizar una accesibilidad externa y circulación interna fáciles para los usuarios.

3. Seguridad de instalaciones y protección contra incendios.

Deberán cumplir la normativa vigente en materia de instalaciones y seguridad, de prevención de riesgos laborales y, en su caso, de actividades clasificadas para la defensa del medio ambiente.

4. Espacios físicos.

Deberá contar con las siguientes áreas diferenciadas:

- a) Área de recepción y espera con los elementos necesarios para procurar la comodidad de pacientes y acompañantes.

b) Área clínica de consulta, exploración y tratamiento, que contará con ventilación e iluminación suficientes. La zona de consulta deberá separarse funcionalmente de las zonas de exploración y tratamiento, en función de la actividad desarrollada. Debe contar con los elementos de higiene y desinfección/esterilización para el uso de los profesionales.

En el caso de existir área de servicios diagnósticos o terapéuticos complementarios, cada dependencia deberá estar acondicionada y señalizada de acuerdo al uso a que va destinada.

c) Área de aseos integrada en el centro, que dispondrá de lavamanos e inodoro para uso de los usuarios, así como de elementos de higiene y desinfección/esterilización.

d) En el caso de consultas que compartan locales con espacios destinados a vivienda, todas las áreas correspondientes al centro sanitario deberán situarse diferenciadamente de la zona destinada a vivienda e incluirán, al menos, un cuarto de aseo de uso exclusivo para pacientes y personal sanitario.

## 5. Equipamiento, material e instrumental.

1. El equipamiento, material e instrumental posibilitará las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que desarrolle, debiendo:

a) Mantener en todo momento condiciones de higiene, desinfección y esterilización.

b) Registrar las revisiones y los controles establecidos, así como los accidentes y averías.

2. El almacenamiento, localización y distribución del equipamiento y material se hará preservando los circuitos higiénico-sanitarios de circulación de personas y materiales.

3. En los centros en los que, por la actividad clínica, sea previsible la ocurrencia de emergencias, deberán contar con el equipamiento para el abordaje inicial básico de las mismas. 4. Deberá garantizarse, en caso de ser necesario, el tras-

lado de enfermos hasta los centros de referencia u otros centros con los que tenga vinculación para prestar asistencia en determinadas situaciones.

#### 6. Personal.

1. Designarán una persona que asuma la responsabilidad sanitaria sobre las actividades del centro, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.
2. Durante el tiempo de apertura estarán atendidos por su responsable sanitario o por otros profesionales sanitarios vinculados al centro que posean titulación académica o habilitación profesional que los capacite para llevar a cabo la atención a prestar, debiendo acreditar sus funciones y dedicación horaria.
3. Resto de personal en posesión de la titulación adecuada para el desarrollo de sus funciones.

#### 7. Documentación clínica.

Contarán con:

- a) Una historia clínica por cada paciente atendido, así como un sistema de archivo que permita la localización rápida, la custodia segura de las historias y la recuperación de la información. Este archivo podrá ser de tipo informático y deberá cumplir los requisitos establecidos en la normativa vigente.
- b) Documentos de información al paciente y de consentimiento informado, en aquellos casos en los que este sea preceptivo.

#### 8. Gestión de los residuos sanitarios.

Los residuos generados se clasificarán, envasarán, transportarán y eliminarán conforme a la legislación vigente y a las recomendaciones técnicas de la Consellería de Sanidad.

- 17) **Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.**

## **CAPÍTULO II**

### **DE LOS DIFERENTES ACCESOS POR LOS/AS PROFESIONALES RELACIONADOS/AS CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE GALICIA Y DE LOS MÓDULOS DE ESPECIAL CUSTODIA**

**Artículo 8º.** Acceso a la historia clínica electrónica por los profesionales sanitarios.

Los/as profesionales sanitarios tienen acceso a la información contenida en la historia clínica electrónica, como instrumento fundamental para la idónea asistencia sanitaria al/a la paciente o usuario/a. El sistema IANUS habilitará el acceso a la información contenida en la historia clínica electrónica de un/a sanitarios que intervengan en su asistencia directa en los distintos niveles de prestación.

**Artículo 9º.** Acceso por el personal de gestión y servicios.

El sistema IANUS permitirá el acceso a la información contenida en la historia clínica electrónica al personal de gestión y servicios. El acceso mencionado estará restringido a los datos imprescindibles para el ejercicio de sus funciones en relación con su puesto de trabajo, y respetará el derecho a la intimidad personal y familiar de los/as pacientes o usuario/as.

**Artículo 10º.** Acceso por profesionales sanitarios de centros, servicios y establecimientos concertados para la prestación de servicios.

Se permitirá el acceso a la información contenida en la historia clínica electrónica a los/as profesionales sanitarios que trabajen para las personas físicas o jurídicas que presten servicios concertados en hospitales u otros centros sanitarios del Servicio Ga-

llego de Salud, previa acreditación del cumplimiento de las exigencias contenidas en la normativa de protección de datos personales. Este acceso estará limitado a las historias clínicas de los/as pacientes o usuario/as que los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud remitan a los centros concertados y en el marco temporal que dure esa atención.

Estos centros concertados incorporarán a la historia clínica electrónica la documentación clínica generada por la asistencia sanitaria prestada.

**18) Decreto 168/2010, do 7 de octubre, por el que se regula la estructura organizativa de gestión integrada del Servicio Gallego de Salud.**

**Artículo 1º.** Objeto.

1. El objeto del presente decreto es regular las estructuras de gestión integrada, como instrumento de organización, sin personalidad jurídica, en el ámbito periférico del Servicio Gallego de Salud.  
Estas estructuras asumirán, con autonomía funcional, de forma integrada la gestión de los recursos, prestaciones y programas de la atención sanitaria, tanto del nivel de atención primaria como especializada, así como sociosanitaria y de promoción y protección de la salud.
2. También es objeto de este decreto la creación de las estructuras de gestión integrada de A Coruña y Santiago de Compostela en la manera que se determina en los anexos I y II del presente decreto.

**Artículo 2º.** Alcance.

El ámbito de actuación de las estructuras organizativas de gestión integrada se establecerá en el decreto por el que se cree cada gerencia, teniendo en cuenta a estos efectos lo establecido en el artículo 67 de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.

Para las gerencias de A Coruña y Santiago de Compostela, el ámbito de actuación es el que se establece en los anexos I y II, respectivamente, del presente decreto.

galicia



Servizo Galego  
de Saúde



Subdirección Xeral  
de Xestión Sociosanitaria  
e Saúde Mental

14

Guías / Manuais

D

