

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

Código de la Tabla de Valoración (CACM):	TV – 95
Código del Estudio de Identificación y Valoración (CACM):	EIV – 2024/0004
Código del Estudio de Identificación y Valoración (proponente):	SAN – SMS/2024/0001

I. IDENTIFICACIÓN

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA SERIE

Código de la serie	Orgánico:	
	Funcional:	

Denominación vigente	Historias clínicas de personas con trastornos adictivos		
Denominaciones anteriores / Otras denominaciones			
Fecha inicial	1986	Fecha final	

2. PROCEDENCIA Y FECHAS DE CREACIÓN Y EXTINCIÓN

Organismo	Unidad Administrativa	Función	Fecha de creación	Fecha de extinción	Disposición(es) legal(es)
CONSEJERÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL. PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS	Centros específicos de atención ambulatoria a toxicómanos	Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia	10/10/1987	09/06/1988	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 62/1987, de 23 de julio, del Presidente de la Comunidad de Madrid, por el que se establece el número y la denominación de las Consejerías de la Comunidad ➤ Decreto 64/1987, de 30 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la modificación de las estructuras de las Consejerías ➤ Decreto 163/1987, de 8 de octubre, por el que se prueba la estructura orgánica y funcional de la Consejería de Integración Social
CONSEJERÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL. PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS	Centros específicos de atención ambulatoria a toxicómanos	Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia	10/06/1988	26/10/1995	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 56/1988, de 26 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 163/1987, de 8 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica y funcional de la

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

					Consejería de Integración Social
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS	Centros ambulatorios de asistencia	Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia	27/10/1995	31/12/1996	➤ Decreto 262/1995, de 19 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. ORGANISMO AUTÓNOMO AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)	Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia	01/01/1997	08/07/1999	➤ Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD. ORGANISMO AUTÓNOMO AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)	Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia	09/07/1999	21/11/2003	➤ Decreto 11/1999, de 8 de julio, de la Presidencia de la Comunidad de Madrid, por el que se establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 104/1999, de 9 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifican parcialmente las estructuras de las diferentes Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 22/2000, de 10 de febrero, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la estructura

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

					orgánica de la Consejería de Sanidad
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO. ORGANISMO AUTÓNOMO AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)	Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia	22/11/2003	20/06/2007	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 61/2003, de 21 de noviembre, de la Presidencia de la Comunidad, por el que se establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 227/2003, de 24 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifican parcialmente las estructuras de las diferentes Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 10/2004, de 29 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo
CONSEJERÍA DE SANIDAD. ORGANISMO AUTÓNOMO AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)	Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia	21/06/2007	07/07/2015	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 7/2007, de 20 de junio, de la Presidencia de la Comunidad de Madrid, por el que se establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 40/2007, de 28 de junio, del

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

					<p>Consejo de Gobierno, por el que se modifican parcialmente las estructuras de las diferentes Consejerías de la Comunidad de Madrid</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 22/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad
<p>CONSEJERÍA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA</p>	<p>Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)</p>	<p>Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia</p>	<p>08/07/2015</p>	<p>07/06/2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 72/2015, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad ➤ Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud ➤ Decreto 125/2017, de 17 de octubre, del Consejo de

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

					<p>Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud</p>
<p>CONSEJERÍA DE SANIDAD. ENTIDAD PÚBLICA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (SERMAS). DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA EN ADICCIONES</p>	<p>Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)</p>	<p>Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia</p>	08/06/2018	28/11/2019	<p>➤ Decreto 85/2018, de 5 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud</p> <p>➤ Decreto 73/2019, de 27 de agosto, del Consejo de Gobierno, por</p>

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

					<p>el que se modifica la estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 52/2019, de 19 de agosto, de la Presidencia de la Comunidad de Madrid, por el que se establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid
<p>CONSEJERÍA DE SANIDAD. ENTIDAD PÚBLICA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (SERMAS). DIRECCIÓN GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD. OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</p>	<p>Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)</p>	<p>Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia</p>	<p>29/11/2019</p>	<p>15/09/2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 308/2019, de 26 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud ➤ Decreto 42/2021, de 19 de junio, de la Presidencia de la Comunidad de Madrid, por el que se establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 88/2021, de 30 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica básica de las Consejerías de

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

					<p>la Comunidad de Madrid</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 157/2021, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 88/2021, de 30 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid
<p>CONSEJERÍA DE SANIDAD. ENTIDAD PÚBLICA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (SERMAS). DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO. OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES</p>	<p>Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)</p>	<p>Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia</p>	<p>16/09/2021</p>	<p>05/10/2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Decreto 212/2021, de 15 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 88/2021, de 30 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 2/2022, de 26 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud ➤ Decreto 38/2023, de 23 de junio, de la Presidencia de la Comunidad de Madrid, por

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

					el que se establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid ➤ Decreto 76/2023, de 5 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD. ENTIDAD PÚBLICA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (SERMAS). DIRECCIÓN GENERAL ASISTENCIAL. OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)/Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA)	Prestar atención integral (sanitaria, psicológica y social) a personas con problemas de drogodependencia u otros problemas adictivos	06/10/2023	-	➤ Decreto 246/2023, de 4 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud

3. OBSERVACIONES

II. PROCEDIMIENTO

1. DATOS GENERALES DEL(DE LOS) PROCEDIMIENTO(S) TIPO DE LA SERIE DOCUMENTAL

Función de la serie	Aplicación, seguimiento y control de tratamientos sanitarios a drogodependientes y a personas con otros trastornos adictivos.		
	Común <input type="checkbox"/>	Específica <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Existe más de un procedimiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	

Relación de procedimientos <i>(indíquese la misma en caso de existir más de un procedimiento)</i>		
Nº de procedimiento	Denominación	Descripción
1	Atención clínica a personas con trastornos adictivos	Conjunto de actuaciones clínicas realizadas en los centros de la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid para la atención y tratamiento de las personas afectadas por drogodependencias y otros trastornos

		adictivos que lo soliciten. Se trata de una atención de carácter ambulatorio, voluntaria y gratuita prestada por personal sanitario (médicos, enfermeros/as, psiquiatras, psicólogos clínicos).
--	--	---

2. PROCEDIMIENTO(S) DEL EXPEDIENTE TIPO

A) Datos específicos del(de los) procedimiento(s) de la serie documental:

	Nº de procedimiento	1
Denominación del procedimiento	Atención clínica a personas con trastornos adictivos	
Resumen del procedimiento	<p>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 clínica¹ define los aspectos básicos de la historia clínica, como su contenido, su función, su conservación o los derechos de acceso a la misma. La define como “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”. Establece también la obligación de archivar las historias clínicas cualquiera que sea su soporte, así como la responsabilidad de las Comunidades Autónomas en la adopción de las medidas técnicas y organizativas que permitan su adecuada protección. El objetivo principal de la historia clínica será dejar constancia de todos los datos necesarios para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.</p> <p>La norma enumera el contenido mínimo con el que debe contar una historia que, para los casos en los que no se produzca la hospitalización del paciente será el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentación relativa a la hoja clínico-estadística. - La anamnesis y la exploración física. - La evolución. - Las órdenes médicas. - La hoja de interconsulta. - Los informes de exploraciones complementarias. <p>La serie objeto del estudio está formada por las historias clínicas de las personas drogodependientes o afectadas por otros trastornos adictivos que de manera voluntaria y gratuita son atendidas en los centros ambulatorios de asistencia pertenecientes a la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid. Las historias clínicas agrupan aquellos documentos de carácter sanitario que van generándose durante todo el proceso terapéutico desde que los interesados acuden al centro sanitario por primera vez hasta el cierre definitivo del expediente, bien sea por el alta del paciente (terapéutica o voluntaria), por el abandono del tratamiento o cuando la salida del centro no se ajusta a alguno de los motivos anteriores (fallecimiento, derivación definitiva o temporal a otros centros, entrada en prisión, etc.). Cada historia clínica puede agrupar varios procesos asistenciales o “episodios” referidos a un mismo paciente. Cada vez que éste decidiese interrumpir el tratamiento y, pasado un tiempo quisiera volver a iniciarlo, se abriría un nuevo “episodio”. Según el protocolo establecido, se consideran cerrados los “episodios” a los tres meses desde el último contacto con los profesionales del centro (anteriormente el plazo era de seis meses).</p>	

¹ BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

	<p>A partir del año 2015, las historias clínicas producidas en los centros ambulatorios de atención a personas con trastornos adictivos (CAID/CTA)² pasarán a ser gestionadas de forma electrónica mediante el <i>Sistema de Información de Atención Primaria "AP-Madrid"</i>, cuyo despliegue definitivo se produce en el año 2012 y que supondrá un avance sustancial hacia la Historia Clínica Electrónica Única en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Más adelante, en el año 2023, dentro de la aplicación AP-Madrid se desarrollará un módulo específico sobre adicciones para la gestión de los expedientes en los CAID/CTA.</p> <p>Dentro del marco del Plan Nacional sobre Drogas aprobado en el año 1985, se aprueba el 16 de abril de ese mismo año en la Comunidad de Madrid el Plan Regional sobre Drogas, dependiente a nivel institucional de la Consejería de Integración Social en aquel momento, con el objetivo de abordar el problema de la drogadicción organizando y coordinando todos los recursos preventivos y de tratamiento disponibles. Uno de los objetivos será la puesta en marcha de un programa de asistencia integrado en los servicios sanitarios y sociales generales con tres funciones principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Función asistencial de evaluación y seguimiento en Centros de Salud y Unidades de Salud Mental. - Función de desintoxicación ambulatoria en los anteriores centros y hospitalaria en Unidades de Desintoxicación en Hospitales. - Función de información, orientación, apoyo social y reinserción social, en servicios sociales generales. <p>A partir de ese momento se pone en marcha la red asistencial del Plan Regional con diversas dependencias administrativas, pero con criterios y protocolos de actuación unificados. La asistencia ambulatoria se prestaba en los siguientes centros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidades de Salud Mental (nueve centros). - Centros Municipales de Salud (cinco centros). - Centros específicos de atención a toxicómanos (Cruz Roja y Ayuntamiento de Leganés). <p>En el año 1986 se firman convenios entre el Plan Regional sobre Drogas y los Ayuntamientos de Alcorcón y Torrejón para la creación de nuevos centros específicos de atención ambulatoria a toxicómanos. Dos años después, la Red Asistencial ha pasado de estar sustentada fundamentalmente en dispositivos de salud mental, a otra basada en programas especializados de atención con la creación de Centros de Día y la firma de más convenios con los ayuntamientos de la Comunidad de Madrid. A principios de los años noventa, se llegan a contabilizar hasta treinta centros ambulatorios específicos de asistencia a toxicómanos.</p> <p>En el año 1996 se crea la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid³, organismo autónomo que asumirá, en sustitución del Plan Regional sobre Drogas, todas las competencias en materia de drogodependencias. Sus funciones serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) La planificación y coordinación de los recursos de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de que disponen las Administraciones Públicas, en materia de drogodependencias incluido el alcohol, así como de
--	---

² De uso exclusivo en los centros de gestión externalizada y en el CAID/CTA de Vallecas.

³ Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 307, de 27 de diciembre de 1996. BOE núm. 76, de 29 de marzo de 1997.

	<p>aquellos recursos pertenecientes a instituciones de titularidad privada que reciban fondos públicos, en el ámbito de la Comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> b) La promoción, de cuantas actividades se generen en materia de prevención, estableciendo canales fluidos de colaboración en este campo, con los dispositivos asistenciales y de salud pública. c) El estudio, análisis y sistematización de toda la información qué sobre drogodependencias, en sus diferentes aspectos, se produzcan dentro de la Comunidad de Madrid. d) La articulación de sistemas eficaces de colaboración entre todos los organismos con competencias, concurrentes en el ámbito de la prevención y rehabilitación en materia de drogodependencias. e) Suministrar al sistema estatal la información sobre drogodependencias en la Comunidad de Madrid, así como la intensificación de investigaciones sobre la incidencia de nuevas sustancias y variaciones en los patrones de consumo que puedan producirse. f) La elaboración y firma de convenios con instituciones públicas y privadas en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de los drogodependientes. g) La homologación y evaluación de métodos y tratamientos que se apliquen en todos los centros existentes en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el Plan Nacional sobre Drogas. h) El mantenimiento de una línea permanente de información y orientación a los ciudadanos en materia de drogodependencias, dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid. i) La promoción de cauces de información y colaboración con las demás Comunidades Autónomas y toda institución de titularidad privada que, por su relevancia, lo requiera. j) La autorización administrativa de funcionamiento de centros y servicios que desarrollen sus actividades en materia de drogodependencias en la Comunidad de Madrid, previo informe de la Inspección de Servicios Sociales, y sin perjuicio de la obligatoria autorización y registro que deban tener como establecimientos sanitarios aquellos en los que se realicen actividades de esta índole. k) La representación de la Comunidad de Madrid en todos aquellos eventos que, por su trascendencia en la lucha contra las drogodependencias, lo hagan necesario. <p>Desde el punto de vista asistencial, la creación de la Agencia Antidroga supondrá un avance sustancial en lo referente a los programas de reducción del daño, como los de dispensación de metadona, intercambio de jeringuillas, tratamiento con agonistas opiáceos o asistencia al alcoholismo.</p> <p>La Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos⁴, establecerá medidas para el desarrollo de los recursos asistenciales y de integración del drogodependiente, así como las actuaciones a realizar por la Administración de la Comunidad de Madrid en materia de asistencia en colaboración con las Administraciones Públicas y las entidades e instituciones privadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de carácter multidisciplinar al drogodependiente. 2. Adecuación de la oferta asistencial en centros específicos de atención.
--	---

⁴ BOCM núm. 160, de 8 de julio de 2002. BOE núm. 176, de 24 de julio de 2002.

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Inspección y control periódico de los centros de atención. 4. Realización de programas de disminución de riesgos, reducción de daños y mejora de las condiciones sanitarias y sociales del drogodependiente. 5. Desarrollo de programas específicos para drogodependientes de alta cronicidad y riesgo sanitario. 6. Potenciación de programas de integración social y laboral del drogodependiente. 7. Sensibilización de la sociedad ante el problema de las adicciones. 8. Desarrollo de programas para mujeres drogodependientes con cargas familiares y otros factores de riesgo. 9. Equiparación del drogodependiente a otros enfermos. <p>La Ley 5/2002, de 27 de junio, crea un Sistema de Asistencia al Drogodependiente integrado de forma coordinada por todos los centros y servicios generales y específicos, de carácter socio-sanitario, junto con otros recursos privados debidamente acreditados. Dicho sistema se estructura en dos niveles de intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Centros, dispositivos y programas de atención básica. b) Unidades específicas. <p>La ley define los centros de asistencia e integración a los drogodependientes como <i>“aquellos tanto públicos como privados, que realicen actuaciones específicas sobre la condición de drogodependiente y con el objetivo último de proporcionar un programa terapéutico dirigido a eliminar su adicción, normalizar su conducta y conseguir su integración social”</i>. Son centros sanitarios especializados, debidamente autorizados y registrados en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, que se encuentran distribuidos por todo el territorio madrileño. Pertenecen al Sistema Sanitario Público, son de carácter ambulatorio, gratuitos y forman parte de la Red Asistencial de Atención a Drogodependientes de la Comunidad de Madrid. Deben cumplir con los siguientes requisitos mínimos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Contar con el personal suficiente, con la titulación y la experiencia necesaria, así como, con las instalaciones y equipamientos, condiciones de capacidad e infraestructura que reglamentariamente se determinen. b) Estar autorizados para su funcionamiento como centros socio-sanitarios de asistencia e integración de drogodependientes por la Agencia Antidroga, según el procedimiento que reglamentariamente se determine. c) El régimen de funcionamiento interno y procedimientos de actuación de estos centros serán regulados reglamentariamente. <p>En el año 2008 la Red Asistencial contaba ya con treintinueve centros de atención ambulatoria (veintisiete de la Agencia Antidroga y doce del instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid) tras la ampliación de su capacidad con la puesta en funcionamiento del Centro de Atención Integral a Drogodependientes de Vallecas, único centro dependiente orgánicamente de la Agencia Antidroga.</p> <p>La Agencia Antidroga se extinguirá en el año 2015⁵, asumiendo sus competencias la Dirección General de Salud Pública hasta el año 2018, en que la Dirección General de Asistencia Sanitaria, de la</p>
--	---

⁵ Decreto 72/2015, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 160, de 8 de julio de 2015.

	<p>Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), se hace cargo de las competencias en materia de adicciones⁶. Más adelante, en el año 2021, será la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones del SERMAS de la que hasta la actualidad, a través de la Subdirección General de Asistencia en Adicciones, dependerá la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid⁷.</p> <p>Los centros ambulatorios de atención integral a drogodependientes que integran la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid son, en el año 2024, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAID/CTA de Arganda del Rey. - CAID/CTA de Alcobendas. - CAID/CTA de Parla. - CAID/CTA de Vallecas. - CAID/CTA de San Fernando de Henares. - CAID/CTA de Leganés. - CAID/CTA de Alcorcón. - CAID/CTA de Coslada. - CAID/CTA de Fuenlabrada. - CAID/CTA de Getafe. - CAID/CTA de Móstoles. - CAID/CTA de Alcalá de Henares. - CAID/CTA de Aranjuez. - CAID/CTA de Collado Villalba. - CAID/CTA de Majadahonda. - CAID/CTA de San Sebastián de los Reyes. - CAID/CTA de Torrejón de Ardoz. - CAID/CTA de Colmenar Viejo. - CAID/CTA Mejorad del Campo-Velilla de San Antonio. - CAID/CTA Norte. - CAID/CTA Sur-Usera. - CAID/CTA Este. - CAID/CTA Mancomunidad Los Pinares. - Centro de Prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes Los Mesejo. <p>La denominación de estos centros asistenciales ha ido variando con el tiempo. Los CAID (Centros de Atención Integral a Drogodependientes), llamados así desde finales de los años noventa, han pasado a denominarse actualmente CTA (Centros de Tratamiento de las Adicciones), puesto que en ellos se tratan todos los tipos de adicciones, no solo los referidos al consumo de drogas. Anteriormente a los CAID estaban los CAD (Centros de Atención a las Adicciones o Centros de Atención a las Drogodependencias), denominación que aún siguen manteniendo los centros dependientes del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, y cuyas Historias Clínicas no se incluyen en este estudio. Dicho Instituto de Adicciones, integrado en el Organismo Autónomo Madrid-Salud, comenzó su actividad en enero de 2005 con el objetivo de gestionar las políticas municipales en materias de Salud Pública y Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, dentro del término municipal de Madrid. La actividad asistencial de los CAD dependientes del Instituto de Adicciones es posible gracias a las competencias</p>
--	--

⁶ Decreto 85/2018, de 5 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud. BOCM núm. 135, de 7 de junio de 2018.

⁷ Decreto 212/2021, de 15 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 88/2021, de 30 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 221, de 16 de septiembre de 2021.

	<p>delegadas en esta materia por la Administración Regional al Ayuntamiento de Madrid. El artículo 139 de la <i>Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid</i> establece que las Corporaciones Locales “<i>podrán recibir competencias delegadas de la Consejería de Sanidad, siempre que acrediten poder ejecutar plenamente las funciones que en materia de salud les asigne como competencia propia la legislación vigente y obtengan la acreditación para tales competencias en el modo que reglamentariamente se determine</i>”. Y que “<i>Dichas competencias solo podrán ser delegadas cuando se cumpla el principio de responsabilidad financiera y se asuman los resultados económicos de su gestión, de acuerdo con el principio de autonomía municipal</i>”. Por otro lado, la Ley 5/2022, de 27 de junio, obliga a los Ayuntamientos de más de veinte mil habitantes, para obtener financiación, a la aprobación y ejecución de un Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos elaborado conforme a los criterios establecidos por el órgano competente regional.</p> <p>Con excepción del CAID/CTA de Vallecas, dependiente orgánicamente del órgano competente de la Comunidad de Madrid en materia de adicciones, la creación y funcionamiento de estos centros sanitarios se ha venido produciendo por dos vías distintas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por medio de convenios de colaboración con las entidades locales. El Plan Nacional sobre Drogas otorgó a las Administraciones Locales sobretodo competencias en materia de prevención del consumo de drogas y en el diseño y puesta en marcha de los planes locales sobre adicciones, dejando a la Administración Autónoma todo lo relativo a las prestaciones asistenciales y a la financiación de todos los recursos. El artículo 48.3 de la Ley 5/2022, de 27 de junio, dispone lo siguiente “<i>La Comunidad Autónoma podrá establecer con las Mancomunidades y los Ayuntamientos convenios de colaboración que regulen la financiación y características que deban reunir los Planes Municipales o Locales sobre Drogodependencias.</i>” Estos convenios se vienen realizando desde el año 1986 hasta la actualidad. Tomando como ejemplo un convenio realizado en el año 2023, en él se establecen los objetivos y las obligaciones de las partes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos. La prestación del servicio público consistente en el diagnóstico y tratamiento a personas que sufren un trastorno adictivo con la finalidad de lograr su deshabituación, que se hace operativo a través del Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA), así como apoyo a sus familiares mediante consejo y estrategias para ayudarles en el proceso de deshabituación y actuaciones preventivas en el ámbito comunitario en coordinación con las autoridades sanitarias en materia de salud pública. ▪ Obligaciones de las partes. <ul style="list-style-type: none"> - SERMAS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectuar la aportación económica que supone el coste total efectivo para financiar el equipo de profesionales preciso para llevar a cabo el objeto del convenio, según lo requerido en la cláusula quinta de este convenio. 2. Establecer la cartera asistencial (Orientación e Información, Valoración, Diagnóstico y Plan terapéutico, Seguimiento y Control terapéutico, Atención Familiar). 3. Garantizar una prestación asistencial homogénea a los pacientes mediante la implementación de protocolos asistenciales en toda la Red Asistencial, elaborados por el
--	--

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

	<p>SERMAS que ya han sido facilitados a los responsables del Ayuntamiento previamente a la firma del presente convenio, conociendo su contenido.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Asegurar el tratamiento hospitalario de la adicción para pacientes afectados por una compulsión que no pueda ser abordada en el ámbito ambulatorio. 5. Facilitar el apoyo residencial al tratamiento ambulatorio de pacientes en situaciones de vulnerabilidad. 6. Incluir en la historia clínica de los pacientes las actuaciones asistenciales que los sanitarios realizan sobre cada uno de ellos a través de AP-Madrid, la herramienta informática utilizada en Atención Primaria que permite registrar diagnósticos, tratamientos y evolución de los pacientes, así como programar las citas con los profesionales, entre otras. 7. Facilitar a los facultativos la prescripción farmacéutica mediante el acceso al Módulo Único de Prescripción (MUP) para el desempeño de su actividad vinculada al convenio. 8. Facilitar a cada centro los sustitutivos opiáceos (metadona, metasedín y otros) prescritos a los pacientes en tratamiento, así como materiales de dispensación. 9. Facilitar a cada centro la realización de los controles de drogas en orina, mediante la entrega del material necesario, así como del transporte de muestras al laboratorio, realización de determinaciones analíticas y acceso a resultados. <p>- AYUNTAMIENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar a los ciudadanos de su municipio y zona de influencia que lo soliciten y con diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias u otras adicciones sin sustancia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, contemplando también el derecho a la libre elección de centro de los pacientes. 2. Habilitar circuitos asistenciales diferenciados para pacientes menores de edad. 3. Disponer de un centro asistencial con una adecuada dotación de mobiliario, telecomunicaciones y fungibles, incluido su mantenimiento, y que disponga de la correspondiente autorización sanitaria y la cartera asistencial establecida por el SERMAS. Todas las actuaciones se realizarán en un solo centro. 4. Atender en horario de lunes a viernes en días laborables en turno de mañana e incluirá, al menos, una tarde a la semana a efectos de favorecer la accesibilidad a los pacientes con perfiles diagnósticos más normalizados. 5. Aportar todos los medios materiales, excepto los expresamente indicados como obligaciones para el SERMAS. 6. Disponer de personal sanitario que, como
--	--

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

	<p>mínimo, habilite para la autorización de las siguientes unidades: U.70-Psicología clínica. U.1-Medicina General/de Familia. U2-Enfermería. U72-Obtención de muestras. U71-Atención sanitaria a drogodependientes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Adaptar e implementar los Protocolos Asistenciales proporcionados por el SERMAS. 8. Llevar y mantener actualizado el registro de actividades de tratamiento efectuadas por cuenta del responsable, así como el resto de obligaciones establecidas. 9. Facilitar a las personas atendidas las prestaciones sociales correspondientes. 10. Realizar encuestas de satisfacción de pacientes de acuerdo con los requerimientos del SERMAS. 11. Establecer una planificación de horas asistenciales del personal sanitario que permita objetivar la carga asistencial en cada uno de los servicios. 12. Informar de la actividad realizada mediante el envío mensual y anual al SERMAS de indicadores de seguimiento y evaluación que se requieran. 13. Dotar al personal contratado para la realización de este servicio del uniforme sanitario adecuado, así como de tarjetas identificativas a cada uno de los profesionales. 14. Aportar la acreditación documental tanto de los contratos como de los costes reales de los salarios del personal al que se refiere la cláusula quinta del convenio para que la comisión mixta de seguimiento, en sus reuniones de carácter ordinario, valore esa documentación y se pronuncie sobre su conformidad. <p>- Mediante la externalización de los servicios. La mayor parte de los CAID o CTA actuales son gestionados por empresas externas mediante la formalización de contratos de servicios. En dichos contratos se establecen el objeto, los servicios que deben prestarse, el número máximo de pacientes que pueden atenderse, la plantilla de personal, los medios técnicos y materiales con los que debe contar el centro, así como otras obligaciones que tiene que cumplir el contratista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimentar la Historia Clínica de AP-MADRID y contribuir al desarrollo de sus protocolos. - Exponer en un lugar visible los distintos Servicios en los que se agrupan las prestaciones del Centro. - Disponer de un reglamento de régimen interno que detalle los derechos y deberes de los pacientes. - Disponer de hojas oficiales de la Comunidad de Madrid de sugerencias y reclamaciones y un procedimiento efectivo para tramitarlas convenientemente. - Informar a las autoridades competentes en materia de protección de menores en el ámbito de la Comunidad de Madrid, de la posible presencia de un menor en situación de desamparo. - Coordinarse con otros recursos sanitarios y sociales de su zona de influencia, facilitando la gestión de prestaciones que cada paciente precise. - En caso de urgencia sanitaria que requiera asistencia fuera de los centros, de manera inmediata, se coordinará el
--	---

	<p>traslado con los servicios de urgencia de la red normalizada de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La empresa adjudicataria deberá remitir memorias con periodicidad mensual, trimestral, anual y al finalizar el contrato. La transmisión de los datos requeridos se enviará en soportes informáticos que garanticen la confidencialidad de los mismos. - La evaluación irá dirigida a los recursos puestos a disposición del servicio para su correcta ejecución, al desarrollo del servicio y al impacto del mismo, teniendo en consideración aspectos cuantitativos y cualitativos que permitan conocer y analizar el desarrollo del servicio y aproximarse a la efectividad de la atención recibida por los drogodependientes. - Cada adjudicatario garantizará la prestación de los Servicios de Seguridad del Centro, con carácter diario y se ocupará de reducir el impacto asistencial evitando las concentraciones de pacientes en el entorno del Centro. - Protección de datos, información y relaciones institucionales. <p>En los CAID/CTA se presta una atención integral, tratándose tanto los problemas de adicción como las consecuencias que éstos acarreen en el ámbito laboral, social y familiar. Se atiende al drogodependiente y también a las personas del entorno familiar que pudieran verse afectadas por el problema. También tienen una función preventiva, atendiéndose a aquellos consumidores aún no afectados por una adicción. Estos centros actúan de manera multidisciplinar, con equipos de profesionales de la medicina (médicos, enfermeros/as, psiquiatras), la psicología clínica, del trabajo social y de la educación (educadores, pedagogos, etc.). Al personal técnico le acompañan auxiliares administrativos, conserjes, personal de seguridad, etc. y, al frente de todos ellos, un director del centro.</p> <p>Los servicios esenciales con los que cuentan los CAID/CTA son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Información y Orientación. - Servicio de Valoración, Diagnóstico y Plan Terapéutico. - Servicio de Seguimiento y Control Terapéutico. - Servicio de Atención Familiar. <p><u>RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO</u></p> <p>Las distintas actuaciones que integran el procedimiento se pueden organizar de la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Valoración interdisciplinar, diagnóstico y Plan Terapéutico.</u> Se accede concertando cita previa, telefónica o presencial. La primera evaluación la realiza un médico o un psicólogo mediante una entrevista a aquellos pacientes interesados en seguir un tratamiento de deshabitación o para los que quieran ser reevaluados. Si en la primera entrevista se determina que el paciente debe seguir un tratamiento, se abre entonces la Historia Clínica y el profesional emite su diagnóstico. Tras la evaluación clínica, en un breve plazo, dicho equipo elabora un Plan Terapéutico que, para poder llevarse a cabo, debe ser aceptado por el paciente. 2. <u>Seguimiento y control del tratamiento.</u> Realizado el diagnóstico y establecido el Plan Terapéutico, el paciente inicia el programa terapéutico planificado. 3. <u>Cierre del expediente.</u> El expediente se cierra con el alta del paciente, por el abandono del tratamiento, por el traslado a
--	---

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

	otro centro, por su fallecimiento o por su ingreso en prisión.
Observaciones sobre el procedimiento	

Actividades del procedimiento		
Nº de actividad	Denominación	Descripción
1	Valoración interdisciplinar, diagnóstico y plan terapéutico	<p>El acceso al centro ambulatorio se realiza mediante la petición de cita, por teléfono o de forma presencial en el centro. En dicha cita, normalmente un médico o un psicólogo del equipo de profesionales atiende la demanda del paciente realizando una primera entrevista evaluativa. El paciente puede solicitar dos tipos de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Información y orientación.</u> En este caso, el profesional le informa, al paciente o a sus familiares, sobre temas relacionados con el consumo de drogas u otras adicciones, prestaciones y recursos existentes, posibles tratamientos, las formas de acceso a otros centros de la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid, etc. Tras ser informado, la demanda puede finalizar en ese momento si el paciente considera que no debe seguir un tratamiento. O, también, podría derivarse a otros recursos fuera del centro. Si el paciente decidiese recibir atención en el centro, el profesional responsable, en esta primera entrevista o en todas las que considere necesario programar, valoraría la situación del paciente y emitiría su diagnóstico. - <u>Valoración interdisciplinar, diagnóstico y elaboración de un plan terapéutico individualizado.</u> Para seguir un tratamiento en el centro ambulatorio el paciente ha de ser evaluado por el equipo multidisciplinar de profesionales. Para ello, un médico o un psicólogo tendrá que realizar las entrevistas (anamnesis) que estime necesarias para obtener una valoración precisa de la situación del paciente. En la primera entrevista se abrirá su historia clínica. Los datos identificativos y la información sobre la evaluación del paciente se recogerán de forma sistematizada en un documento cuya denominación puede variar de un centro a otro (historia clínica, hoja de evaluación, etc.). No se debe confundir ese primer documento evaluativo, si se le denomina historia clínica, con el expediente de la historia clínica que agrupa todos los documentos generados durante el proceso asistencial del paciente. El objetivo de una entrevista es conocer la percepción que el demandante posee de su problema, sus motivaciones para el cambio, sus expectativas de recuperación, acumular toda la información posible sobre su problema adictivo para el establecimiento de un diagnóstico certero, valorar su estado físico y psicológico, o los problemas familiares, laborales o legales existentes como consecuencia del consumo de drogas o de otros problemas adictivos que le puedan afectar. <p>El documento evaluativo deberá contener los siguientes grupos de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos identificativos del paciente (nombre y apellidos, dirección, edad, sexo, estado civil, personas con las que convive, nivel académico, profesión, situación laboral, etc.). ▪ Situación actual (motivo de la demanda, estado de intoxicación/abstinencia, disposición para el cambio,

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

		<p>nivel de consumo en las últimas semanas, otros problemas de salud, problemas socio-familiares, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historial adictivo (historia toxicológica, tratamientos anteriores, antecedentes personales y familiares). ▪ Entrevistas a informantes externos con permiso del paciente (padres, hermanos, pareja, hijos, amigos, etc.). ▪ Análisis clínicos (sangre, orina, prueba de tuberculosis, test de embarazo, radiologías, electrocardiogramas, etc.). <p>Además de la información recogida en la entrevista/s, existen una serie de instrumentos estandarizados que ayudan en la evaluación de la problemática del paciente y en la realización del diagnóstico. Permiten evaluar el proceso de cambio, la personalidad, los trastornos mentales comórbidos (diagnóstico dual), o el grado y gravedad de la dependencia, empleando una serie de instrumentos como cuestionarios, test, escalas, índices, etc.</p> <p>Con todos los datos recogidos de las entrevistas y de la exploración física de los pacientes, de los análisis clínicos realizados y de las pruebas efectuadas mediante los instrumentos de evaluación empleados, la fase de valoración concluye con la realización del diagnóstico (antes del diagnóstico final podría formularse uno preliminar) y la determinación del plan terapéutico o de tratamiento a seguir por el paciente, los cuales se incluyen en el documento de evaluación, o historia clínica si así fuese denominado. Para la formulación del diagnóstico, el profesional responsable puede utilizar alguno de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento existentes.</p> <p>El plan terapéutico individualizado al paciente incluye los objetivos y estrategias terapéuticas a seguir durante el tratamiento y deberá ser sometido a evaluaciones periódicas por el equipo multidisciplinar del centro. El plan debe contar con el consentimiento del paciente, que firmará el correspondiente contrato de adhesión terapéutica.</p> <p>Durante la fase de evaluación, el profesional responsable de la misma podrá derivarlo temporal o definitivamente, si lo considerase necesario, hacia otros recursos externos de tratamiento, como los de tipo hospitalario. Para la realización de este trámite se deberá cumplimentar una hoja de derivación para el nuevo destino del paciente y elaborar un informe sobre el mismo.</p> <p>Si se considerase que el paciente necesita rehabilitación social, también podría ser derivado al trabajador social del centro para su valoración, diagnóstico, elaboración de un plan de intervención. El instrumento en el que quedará recogida toda la información sobre las actuaciones realizadas será la historia social que, junto a otros documentos formarían un expediente distinto del expediente sanitario objeto de este estudio y que deberían archivar por separado. Los centros, una vez cerradas las historias clínicas y las historias sociales, por regla general agrupan ambos historiales referidos a un mismo paciente en un único expediente.</p> <p>En la primera sesión, el paciente deberá firmar una serie de documentos de consentimiento, como la solicitud de autorización de realización de informes y certificados, o el consentimiento informado para exploración y registro. Además, se cumplimentará la hoja de notificación para el Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD), perteneciente a la Consejería de Sanidad y que comenzó a</p>
--	--	---

		<p>funcionar desde el 1 de octubre de 1985, con el objetivo de recabar información epidemiológica sobre los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en los centros de la Red de Atención a Drogodependientes, para así lograr una mejor ordenación y planificación de los recursos disponibles sobre prevención, asistencia y rehabilitación de las personas que se encuentren en esa situación, así como para la realización de los estudios necesarios sobre el problema del consumo de drogas en el territorio madrileño. Para ello se recogen datos sobre las características sociodemográficas y del consumo, sustancias consumidas, situación sanitaria, fallecidos, evolución, etc. En concreto los siguientes tipos de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo del paciente - Edad - Estado civil - Hijos - Trabajo - Nivel socioeconómico familiar - Estudios - Incidencias legales - Procedencia - Historial de consumo (sustancias consumidas, tiempo de adicción, frecuencia de consumo, vía principal, edad de inicio) - Complicaciones añadidas - Tratamiento indicado - Etc. <p>En un principio, los datos eran enviados por los centros en una ficha maestra que se cumplimentaba el día del primer contacto de paciente con el centro. Otra ficha de seguimiento mensual recogía los datos sobre su situación clínico-epidemiológica y sobre su recorrido por los distintos dispositivos de la red. Actualmente, la declaración de datos se realiza a través de una aplicación informática en tiempo real a la que se accede vía web.</p> <p>El Indicador de Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas es el registro, a nivel nacional, que recogerá todos los datos individualizados incluidos en el RAD, salvo aquellos específicos de interés regional. Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas y el Indicador de Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas.</p>
2	Seguimiento y control del tratamiento	<p>El objetivo del plan terapéutico, que se aborda desde una perspectiva médica, psicológica y social, es lograr la desintoxicación, deshabitación o remisión, total o parcial, del trastorno adictivo del paciente, así como mantener la abstinencia y prevenir las recaídas mediante el cambio de sus hábitos de vida a otros más saludables. Para ello, en los centros se ofertan una serie de programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programas libres de drogas - Programas de reducción de daños (intercambio de jeringuillas, alta marginación, tratamiento farmacológico con agonistas y antagonistas opiáceos como la metadona o la buprenorfina, etc.) - Programas de tabaquismo - Programas de atención a la patología dual (adicción y trastorno mental)

		<ul style="list-style-type: none"> - Programas de juego patológico - Programas de prevención de sobredosis - Programas de intervención con menores - Programas de atención a mujeres - Programas de psicoestimulantes - Etc. <p>Durante el desarrollo de estos programas de intervención, el paciente estará bajo supervisión médica con entrevistas, sesiones clínicas periódicas con exploraciones físicas, análisis de sangre o controles de existencia de tóxicos en la orina. Otro tipo de pruebas complementarias podrían ser la de la tuberculosis (prueba de Mantoux), la del sida, los test de embarazo, las radiologías del tórax, los electrocardiogramas y otros. Se le podrán suministrar también vacunas (hepatitis B, gripe, etc.) y recibir tratamientos farmacológicos con metadona o buprenorfina u otros relacionados con las patologías concomitantes al problema de dependencia. Además del seguimiento médico, los pacientes recibirán tratamiento psiquiátrico o psicológico mediante entrevistas motivacionales y sesiones de psicoterapia individual o grupal.</p> <p>La evolución clínica y psicológica del paciente durante el periodo de tratamiento se irá recogiendo en unas hojas de seguimiento y control, en donde los profesionales del equipo multidisciplinar van anotando la información recibida durante las entrevistas, sesiones clínicas y psicológicas. El equipo de profesionales del centro elaborará también distintos tipos de informes periódicos (mensuales, anuales...), así como otros que puedan ser requeridos por otras instituciones u organismos (Delegación del Gobierno, juzgados y tribunales, Seguridad Social, etc.).</p> <p>El plan terapéutico se someterá en esta fase a evaluaciones con el fin de, en función de la evolución del paciente, poder efectuar las modificaciones que se precisen y establecer un pronóstico más fiable. Todas estas modificaciones quedarán reflejadas en la historia clínica del paciente.</p>
3	Cierre del expediente	<p>El cierre del expediente se produciría con el alta del paciente una vez alcanzados los objetivos del plan terapéutico, por su alta voluntaria, por el abandono no comunicado del tratamiento, o por otros motivos distintos de los anteriores (fallecimiento, derivación definitiva a otro centro, ingreso en prisión, etc.). Cada vez que se inicia una historia clínica se abre un proceso asistencial, o “episodio”, que se prolongaría hasta la finalización del tratamiento por algunas de las causas antes mencionadas. En el caso habitual de que los pacientes abandonasen dicho tratamiento sin comunicarlo a los centros, éstos tienen establecido un periodo de mantenimiento de la apertura del expediente de tres meses (antes eran seis meses). Cumplido éste, el “episodio” finalizaría con el cierre del expediente correspondiente al proceso asistencial iniciado. Si el paciente requiriese de nuevo asistencia en el mismo centro ambulatorio, o en otro distinto, se iniciaría un nuevo “episodio” de su historia clínica realizando el mismo proceso seguido en el “episodio” anterior. Cada “episodio” queda identificado con un código numérico diferente y correlativo.</p> <p>Cuando la historia clínica de un paciente esté integrada por más de un “episodio”, su fecha de cierre se corresponderá con la fecha de cierre del último “episodio” de ese paciente registrado en el centro.</p> <p>Los centros tienen establecido que una vez cerrado un “episodio” por alguno de los motivos antes mencionados, salvo por fallecimiento, el expediente pasará a considerarse como “inactivo” transcurridos</p>

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

		<p>quince años desde la fecha de su cierre. Sólo con la muerte del paciente no sería necesario cumplir con este plazo. El expediente quedaría inactivo en la fecha del fallecimiento.</p> <p>La historia clínica, salvo cuando se produce el abandono no comunicado del paciente, se cerraría documentalmente con un informe de alta o suspensión del tratamiento elaborado por el profesional responsable del mismo.</p>
--	--	---

B) Documentos que conforman el(los) procedimiento(s) de la serie documental:

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento Atención clínica a personas con trastornos adictivos

Nº de actividad 1

Denominación de la actividad Valoración interdisciplinar, diagnóstico y plan terapéutico

		Nº de orden del documento	1
Documento	Documento de evaluación/Historia clínica		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitud de autorización de realización de informes y certificados (original) ➤ Consentimiento informado para exploración y registro (original) ➤ Hoja de notificación para el Registro Acumulativo de Drogodependientes (original) ➤ Instrumentos de evaluación (cuestionarios, test, escalas, índices, etc.). ➤ Análisis clínicos (originales) ➤ Pruebas de laboratorio (originales) ➤ Exploraciones físicas (originales)
Unidad o persona responsable	Médico o psicólogo del CAID/CTA		
Trámite u operación que realiza	Apertura y cumplimentación de la historia clínica del paciente		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A4. ➤ Ficheros de imagen y texto y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

		Nº de orden del documento	2
Documento	Plan terapéutico individualizado		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	➤ Contrato de adhesión terapéutica (original)	
Unidad o persona responsable	Médico o psicólogo del CAID/CTA		
Trámite u operación que realiza	Elaboración del Plan terapéutico del paciente		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ A4. ➤ Ficheros de imagen y texto y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros": _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

		Nº de orden del documento	3
Documento	Hojas de derivación		
Tradición documental	Originales		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	➤ Informes (originales)	
Unidad o persona responsable	Médico o psicólogo del CAID/CTA		
Trámite u operación que realiza	Derivación del paciente a otros centros o recursos		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ A4. ➤ Ficheros de imagen y texto y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros": _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

documentación de apoyo que puede ser destruida?	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
--	---	--

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento Atención clínica a personas con trastornos adictivos

Nº de actividad 2

Denominación de la actividad Seguimiento y control del tratamiento

		Nº de orden del documento	1
Documento	Hojas de seguimiento y control (originales)		
Tradición documental	Original		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquese los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis clínicos (originales) ➤ Pruebas de laboratorio (originales) ➤ Hojas de tareas (originales) ➤ Hojas clínico-estadísticas (originales) ➤ Documentos sobre cuidados de enfermería (valoraciones, planificaciones, registros de administración de medicamentos, registros de constantes vitales, informes, etc.) (originales) ➤ Hojas de biografía sanitaria (originales) ➤ Hojas de evolución (originales) ➤ Listados de problemas (originales) ➤ Exploraciones físicas (originales)
Unidad o persona responsable	Profesionales del CAID/CTA		
Trámite u operación que realiza	Seguimiento y control del plan terapéutico y realización de informes periódicos u otros requeridos por instituciones y organismos.		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A4. ➤ Ficheros de imagen y texto y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

		Nº de orden del documento	2
Documento	Informes clínicos		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

Tradición documental	Originales y copias		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
Unidad o persona responsable	Médico o psicólogo del CAID/CTA		
Trámite u operación que realiza	Elaboración de informes sobre la situación del paciente		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ A4. ➤ Ficheros de imagen y texto y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		

		Nº de orden del documento	3
Documento	Hojas de derivación		
Tradición documental	Originales		
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		➤ Informes (originales) ➤
Unidad o persona responsable	Médico o psicólogo del CAID/CTA		
Trámite u operación que realiza	Derivación del paciente a otros centros o recursos		
Plazo (si hay)			
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato	➤ A4. ➤ Ficheros de imagen y texto y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>			
<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i>			
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>		➤ ... ➤ ...

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019.

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

Nº de procedimiento 1

Denominación del procedimiento Atención clínica a personas con trastornos adictivos

Nº de actividad 3

Denominación de la actividad Cierre del expediente

Nº de orden del documento		1
Documento	Informe de alta o suspensión del tratamiento	
Tradición documental	Original	
Documento sustancial	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros documentos que acompañan	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Relación de los documentos <i>(indíquense los mismos en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	➤ Documento de alta voluntaria (original)
Unidad o persona responsable	Médico o psicólogo del CAID/CTA	
Trámite u operación que realiza	Cierre de la historia clínica y elaboración de informes.	
Plazo (si hay)		
Soporte	Papel <input checked="" type="checkbox"/>	Formato ➤ A4. ➤ Ficheros de imagen y texto y de autenticación y firma.
	Informático/Electrónico <input checked="" type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>	
	<i>Indíquese el soporte en caso de seleccionar "Otros":</i> _____	
¿El documento generado está reproducido o publicado por otra Unidad diferente a la del trámite?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Unidad diferente a la del trámite <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	
¿El procedimiento genera documentación de apoyo que puede ser destruida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
	Relación de la documentación de apoyo <i>(indíquese la misma en caso de haber seleccionado "Sí")</i>	

3. LEGISLACIÓN

A) General:

Rango	Disposición	Fecha de aprobación	Fecha de publicación	Boletín	Nº	Boletín corr. err.	Nº
Acuerdo	Acuerdo de la Comisión de Salud y Bienestar Social sobre consumo de drogas	21/02/1985	07/03/1985	BOAM	85		
Decreto	Decreto 146/1985, de 12 de diciembre, sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios	12/12/1985	07/02/1986	BOCM	32		
Decreto	Decreto 147/1985, de 12 de diciembre, de centros, servicios y establecimientos de Bienestar Social	12/12/1985	07/02/1986	BOCM	32		
Orden	Orden de 11 de febrero de 1986, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por	11/02/1986	22/03/1986	BOCM	69		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

	la que se desarrolla el Decreto 146/1985, de 12 de diciembre, de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios						
Orden	Orden de 11 de febrero de 1986, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se desarrolla el Decreto 147/1985, de 12 de diciembre, de centros, servicios y establecimientos de bienestar social	11/02/1986	20/02/1986	BOCM	43		
Orden	Orden de 6 de febrero de 1987, de la excelentísima señora Consejera de Salud y Bienestar Social, sobre adaptación de los Anexos, I: Tipos de Centros, y II: Requisitos y Unidades, de la Orden de 11 de febrero de ' 1986, que desarrolla el Decreto 147/1985, de 12 de diciembre, a las peculiares características de los Centros para Rehabilitación y Reinserción Social de Toxicómanos	06/02/1987	20/02/1987	BOCM	43		
Orden	Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales	06/11/1990	15/11/1990	BOCM	272		
Convenio de colaboración	Convenio de colaboración suscrito entre el Ministerio de Justicia e Interior a través del Instituto Nacional de Toxicología y la Comunidad de Madrid a través del Plan Regional sobre Drogas dependiente de la Consejería de Integración Social	25/05/1994	01/02/1995	BOCM	27		
Ley	Ley 11 de 1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid	19/12/1996	27/12/1996 29/03/1997	BOCM BOE	307 76		
Decreto	Decreto 110/1997, de 11 de septiembre, sobre autorización de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios	11/09/1997	24/09/1997	BOCM	227		
Ley	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	14/11/2002	15/11/2002	BOE	274		

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

Ley	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud	28/05/2003	19/05/2003	BOE	128		
Recomendación	RECOMENDACIÓN 2/2004, de 30 de julio, de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, sobre custodia, archivo y seguridad de los datos de carácter personal de las historias clínicas no informatizadas (aprobada por Resolución del Director de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid con fecha 30 de julio de 2004).	30/07/2004	12/08/2004	BOCM	191		
Real Decreto	Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud	03/09/2010	16/09/2010	BOE	225		
Real Decreto-ley	Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011	19/08/2011	20/08/2011	BOE	200		

B) Específica:

Rango	Disposición	Fecha de aprobación	Fecha de publicación	Boletín	Nº	Boletín corr. err.	Nº
Ley	Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid	21/12/2001	26/12/2001	BOCM	306		
			05/03/2002	BOE	55		
Ley	Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos	27/06/2002	08/07/2002	BOCM	160		
			24/07/2002	BOE	176		

III. DATOS ARCHIVÍSTICOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SERIE

Serie abierta	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Serie descrita	Sí (totalmente) <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí (parcialmente) <input type="checkbox"/>
Tipología de la serie	Serie común <input type="checkbox"/>	Serie específica <input checked="" type="checkbox"/>

2. ORDENACIÓN

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

Ordenación numérica
 Ordenación cronológica
 Ordenación alfabética: Onomástica Por Materias Geográfica
 Otra: _____

Observaciones: _____

3. NIVEL DE DESCRIPCIÓN

Por unidad de instalación Por unidad documental

Observaciones: **CRITERIOS DE DESCRIPCIÓN PARA LA SELECCIÓN:**
 — Fecha de finalización del episodio. _____

4. VOLUMEN Y CRECIMIENTO

	Nº unidades de instalación	Metros lineales	Fechas extremas	Volumen de transferencias anuales
ARCHIVO DE GESTIÓN				
ARCHIVO CENTRAL				
ARCHIVO INTERMEDIO				
ARCHIVO HISTÓRICO				

	Nº unidades de instalación	Metros lineales
CRECIMIENTO ANUAL		

5. FRECUENCIA ANUAL DE USO

	Oficina	Ciudadano	Investigación
ARCHIVO DE GESTIÓN			
ARCHIVO CENTRAL			
ARCHIVO INTERMEDIO			
ARCHIVO HISTÓRICO			

6. SOPORTE

Papel Electrónico

Características físicas y lógicas (formatos): A4 y ficheros de imagen y texto y de autenticación y firma. _____

7. SERIES Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADAS

A) Series relacionadas:

Nombre de la Serie	Organismo	Unidad Administrativa	Observaciones
Historias Sociales de drogodependientes	Consejería de Sanidad.	Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA)	
Historias Sociales	Entidades Locales	Centros de Servicios Sociales	
Historias Clínicas	Consejería de Sanidad	Centros sanitarios de la Comunidad de Madrid	
Expedientes de suspensión extraordinaria de penas por	Juzgados y Tribunales de Justicia		

<i>drogodependencia</i>			
<i>Expedientes de procesos judiciales</i>	<i>Juzgados y Tribunales de Justicia</i>		
<i>Expedientes de ayudas y prestaciones sociales</i>	<i>Órganos y organismos de la Administración Central y Autonómica competentes en materia de servicios sociales</i>	<i>Unidades administrativas competentes en materia de servicios sociales</i>	
<i>Memorias del Plan Nacional sobre Drogas</i>	<i>Ministerio de Sanidad</i>		
<i>Informes de pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD)</i>	<i>Consejería de Sanidad</i>	<i>Unidades administrativas competentes en materia de adicciones</i>	
<i>Memorias anuales</i>	<i>Entidades Locales</i>	<i>Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA)</i>	

B) Documentación relacionada:

Denominación	Organismo	Unidad Administrativa	Observaciones
<i>Registro Acumulativo de Drogodependientes</i>	<i>Consejería de Sanidad</i>		
<i>Indicador de Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas</i>	<i>Ministerio de Sanidad</i>		
<i>Sistema de Información de Atención Primaria "AP-Madrid"</i>	<i>Consejería de Sanidad</i>		
<i>Plan Nacional sobre Drogas</i>	<i>Ministerio de Sanidad</i>		
<i>Plan Regional sobre Drogas</i>	<i>Consejería de Sanidad</i>		
<i>Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid</i>	<i>Consejería de Sanidad</i>		

C) Series o documentación relacionadas que recopilan datos cuantitativos o resúmenes de información contenida en la serie documental objeto de estudio:

¿Recopilan datos cuantitativos o resúmenes de información?		Tipo		Nombre o denominación
Sí	No	Serie	Documentación relacionada	
X			X	<i>Registro Acumulativo de Drogodependientes</i>
X			X	<i>Indicador de Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas</i>
X			X	<i>Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid</i>
X		X		<i>Memorias del Plan Nacional sobre Drogas</i>
X		X		<i>Informes de pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD)</i>
X		X		<i>Memorias anuales</i>

IV. VALORACIÓN

1. VALORES

A) Valores primarios

	Sí/No	Plazo	Justificación/Legislación
Administrativo:	Sí	5 años	<p>La historia clínica del drogodependiente o de la persona con cualquier otro trastorno adictivo se inicia con la primera entrevista realizada al paciente por el profesional, médico o psicólogo, del centro ambulatorio tras la correspondiente petición de cita. El cierre del expediente se produciría con el alta del paciente una vez alcanzados los objetivos del plan terapéutico, por su alta voluntaria cuando comunica su intención de no continuar con el tratamiento, por el abandono del mismo sin que se produzca ninguna comunicación, o por otros motivos que no se ajusten a los anteriores (derivación definitiva a otro centro, fallecimiento, ingreso en prisión, etc.). Cada vez que se inicia una historia clínica se abre un proceso asistencial, o “episodio”, que se prolongaría hasta la finalización del tratamiento por algunas de las causas antes mencionadas. En el caso habitual de que el paciente abandonase dicho tratamiento sin comunicarlo al centro, éste tiene establecido un periodo de mantenimiento de apertura del “episodio” de tres meses (anteriormente el plazo era de seis meses). Cumplido éste, el “episodio” finalizaría con el cierre del expediente correspondiente al proceso asistencial iniciado. Resulta frecuente que muchos pacientes que abandonaron el tratamiento en su momento vuelvan a solicitar una nueva cita en el mismo centro ambulatorio o en otro distinto para iniciar un nuevo proceso asistencial. Si hubiesen transcurrido más de tres meses desde el cierre del anterior “episodio”, se abriría el siguiente, con una numeración distinta y separado del anterior. Por lo tanto, en estos centros ambulatorios podrían existir varios expedientes correspondientes a distintos “episodios” de la historia clínica de un mismo paciente. Cada vez que se inicia un nuevo “episodio” se partiría de cero, sin tener en cuenta el proceso terapéutico llevado a cabo anteriormente. Por ello, cuando la historia clínica de un paciente acumula más de un episodio, la fecha de cierre deberá corresponderse con la fecha de cierre del último episodio registrado en el centro de asistencia.</p> <p>El cierre definitivo del expediente por alguno de los motivos descritos, pondría punto final a la vigencia administrativa de esta serie. Sin embargo, de acuerdo con el artículo 17.1 de la <i>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</i>, la documentación clínica deberá conservarse como mínimo cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. En el caso de las historias clínicas de drogodependientes, habrían de contabilizarse esos cinco años desde la fecha del alta terapéutica o voluntaria, desde la fecha de derivación definitiva a otro centro, desde la fecha de ingreso en prisión o desde la fecha de su fallecimiento si ésta se produce durante el tratamiento. En los casos de abandono no comunicado, los cinco años se contabilizarían a partir de los tres meses transcurridos desde la última presencia constatada del paciente en el centro. Si el fin del tratamiento fuese consecuencia de cualquier otra situación distinta de las mencionadas, el cierre del expediente tendría lugar desde la fecha en la que se produjese dicha situación.</p>
Contable:	No		
Fiscal:	No		

Jurídico:	Sí	5 años	<p>El valor probatorio de las historias clínicas para jueces y tribunales se suele limitar a los casos de suspensión extraordinaria de penas privativas de libertad por drogodependencia, posibilidad que viene recogida en los artículos 80 a 87 del Código Penal⁸. Efectivamente, cuando la causa de un delito se deba al consumo de drogas, la pena impuesta sea inferior a los cinco años y se acredite por un centro autorizado que se ha producido la deshabitación o que se esté llevando a cabo en el momento de la suspensión un tratamiento para dicha deshabitación, el juez o el tribunal podrá suspender la ejecución de la pena impuesta por un periodo de entre tres y cinco años desde la sentencia condenatoria. Si el condenado se encontrase ya en tratamiento de deshabitación, la suspensión quedaría condicionada a la finalización del mismo.</p> <p>La suspensión puede producirse mediante sentencia, siempre que resulte posible, o mediante resolución urgente de concesión o denegación, previa audiencia de las partes. El plazo de la suspensión comenzará a computar desde la sentencia, si ésta fuese firme o, en su caso, desde la resolución de concesión si no existiese sentencia.</p> <p>El incumplimiento de las condiciones exigidas para la suspensión de la condena podría provocar su revocación y, por tanto, la ordenación de su ejecución. Si el incumplimiento fuese por causas leves, el juez o el tribunal podría conceder la prórroga de la suspensión por un plazo no superior a la mitad del establecido inicialmente.</p> <p>Una vez finalizado el plazo de suspensión de la pena, sin que el condenado hubiese cometido un nuevo delito y siempre que éste hubiera podido justificar su deshabitación del consumo de sustancias o la continuidad de un tratamiento a tal efecto, el juez o el tribunal podrá acordar el fin de la suspensión y la remisión de la pena impuesta. Si tal acreditación no se produjese se ordenaría el cumplimiento de la condena, salvo que se estimase oportuno la concesión de una prórroga del plazo de suspensión por un tiempo máximo de dos años para la continuación del tratamiento, vistos los informes pertinentes por el juez o el tribunal.</p> <p>En consecuencia, la vigencia judicial de esta serie se extinguiría una vez cumplidos los plazos de la suspensión (que pueden extenderse hasta siete años si se concede una prórroga) con el acuerdo de remisión de la pena, o con la revocación de la suspensión por el incumplimiento de las condiciones exigidas. La resolución del juez o el tribunal se produciría tras escuchar al fiscal y a las partes, salvo que existiese riesgo de reiteración delictiva, riesgo de huida o por la protección de la víctima, en cuyo caso el juez o el tribunal podría ordenar el ingreso inmediato del penado en prisión.</p> <p>Para el establecimiento de un plazo de valor probatorio de las historias clínicas de drogodependientes habría que tener en cuenta dos posibilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Que la persona sea condenada por un delito mientras se encuentra recibiendo el tratamiento en el centro asistencial.</u> En tal caso, resuelta la concesión de la suspensión, el plazo de duración debería finalizar tras el alta terapéutica del paciente y su consiguiente deshabitación del problema adictivo. Por tanto, la extinción del valor probatorio coincidiría con la fecha de cierre del expediente.
-----------	----	--------	---

⁸ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995.

			<p>2. <u>Que la persona cometa el delito una vez realizado el tratamiento</u>, ya concedida el alta terapéutica y reconocida su deshabitación del consumo de sustancias estupefacientes. En tales circunstancias, el plazo de cinco años de ampliación del valor administrativo de la historia clínica propuesto en el apartado anterior, se consideraría un tiempo suficiente para la resolución de un posible expediente de suspensión extraordinaria por drogodependencia.</p> <p>En base a todo lo expuesto, se propone un plazo de vigencia jurídica coincidente con el otorgado al valor administrativo, es decir, de cinco años a contabilizar desde el cierre definitivo del expediente.</p>
--	--	--	---

B) Valores secundarios

	Sí/No	Justificación/Legislación
Informativo:	No	<input type="checkbox"/> La información que recogen los documentos de la serie documental es única y/o no se puede encontrar en otras serie documentales o documentación relacionada <input type="checkbox"/> Otra (indíquese): La información está recopilada en otras series y documentación relacionada, principalmente en el <i>Registro Acumulativo de Drogodependientes</i>

	Sí/No	INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL	JUSTIFICACIÓN
Histórico:	No	<input type="checkbox"/> Origen y evolución de la institución	
		<input type="checkbox"/> Procesos de elaboración de normativa	
		<input type="checkbox"/> Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución	
		<input type="checkbox"/> Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares	
		<input type="checkbox"/> Datos significativos sobre ciencias y técnicas	
		<input type="checkbox"/> Datos para el análisis estadístico	
		<input type="checkbox"/> Datos significativos sobre acontecimientos relevantes	
		<input type="checkbox"/> Completa información de otras series de conservación permanente	
		<input type="checkbox"/> Otra (indíquese)	Sólo se concede este valor a la muestra seleccionada para su conservación permanente.

V. ACCESO Y SEGURIDAD DE LOS DOCUMENTOS Y DE LA INFORMACIÓN

1. CONDICIONES GENERALES DE ACCESO A LA SERIE DOCUMENTAL

- La serie es de acceso libre
- La serie incluye contenidos susceptibles de protección (requiere solicitud de acceso)

Plazo en el que la serie será de acceso libre (<i>en años o meses</i>)	A los 25 años de la fecha de fallecimiento o a los 50 años si
--	---

	ésta se desconoce ⁹
--	--------------------------------

2. EL ACCESO A LA SERIE DOCUMENTAL ESTÁ AFECTADO O REGULADO POR NORMATIVA ESPECÍFICA

	RÉGIMEN	NORMA REGULADORA
<input type="checkbox"/>	Información ambiental	Ley 27/2006, de 18 de julio, por la que se regulan los derechos de acceso a la información, de participación pública y de acceso a la justicia en materia de medio ambiente (incorpora las Directivas 2003/4/CE y 2003/35/CE)
<input type="checkbox"/>	Información catastral	Real Decreto Legislativo 1/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Catastro Inmobiliario
<input type="checkbox"/>	Secreto censal	Ley Orgánica 5/1985, de 19 junio, del Régimen Electoral General
<input type="checkbox"/>	Secreto fiscal o tributario	Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria
<input type="checkbox"/>	Secreto estadístico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública ▪ Ley 12/1995, de 21 de abril, de Estadística de la Comunidad de Madrid
<input checked="" type="checkbox"/>	Secreto sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad ▪ Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
<input type="checkbox"/>	Otro (<i>indíquese</i>)	
<input type="checkbox"/>	Materias clasificadas	Ley 9/1968, de 5 de abril, sobre Secretos Oficiales
		Órgano que efectuó la clasificación
		Referencia del acto de clasificación
		Documentos, informaciones o datos objeto de clasificación y grado o categoría de clasificación

3. CONTENIDOS SUJETOS A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE PUBLICIDAD

CONTENIDOS AFECTADOS	REFERENCIA NORMATIVA

4. CONTENIDOS SUSCEPTIBLES DE PROTECCIÓN

CONTENIDOS AFECTADOS	REFERENCIA NORMATIVA
Información con limitaciones de acceso (P)	
Datos de carácter personal (DP) <ul style="list-style-type: none"> DP1: <ul style="list-style-type: none"> - Datos sobre salud y vida sexual. - Víctimas de violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15.1 y 15.3 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35.1 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de la Comunidad de Madrid. - Art. 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al

⁹ Artículo 57.1c de la Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español. BOE núm. 155 de 29 de junio de 1985.

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

		<p>tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 9 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
	<p>DP2: Datos sobre infracciones penales o administrativas que no conlleven amonestación pública al infractor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15.1 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35.1 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de la Comunidad de Madrid. - Art. 10 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). - Arts. 10 y 27 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
	<p>DP3: Otros datos de carácter personal susceptibles de protección (Identificativos, características personales, circunstancias sociales, profesionales y/o académicos, detalles del empleo, económicos, financieros y de seguros, o información comercial).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15.2 y 15.3 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35.2 y 35.3 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de la Comunidad de Madrid. - Arts. 5 y 25 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
	<p>DP4: Datos de colectivos de especial vulnerabilidad (menores de 14 años, personas incapacitadas judicialmente, etc.) y datos de personas fallecidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15.3 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35.3 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de la Comunidad

		de Madrid. - Arts. 3 y 7 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
--	--	---

5. MEDIDAS DE ACCESO PARCIAL A LA INFORMACIÓN

DENOMINACIÓN	MEDIDAS
Anonimización	Tratamiento de datos personales consistente en un proceso de desvinculación de aquellos datos personales que permiten identificar, directa o indirectamente, a una persona, haciendo imposible que a través de esos datos anonimizados se pueda identificar o reidentificar a la misma.
Seudonimización	Tratamiento de datos personales de manera tal que ya no puedan atribuirse a un interesado sin utilizar información adicional, siempre que dicha información adicional figure por separado y esté sujeta a medidas técnicas y organizativas destinadas a garantizar que los datos personales no se atribuyan a una persona física identificada o identificable.
Exclusión de documentos	Retirada de consulta pública de documentos concretos cuando se pueda ofrecer un acceso parcial al expediente, sin que resulte una información distorsionada o carente de sentido.

6. MEDIDAS ESPECÍFICAS DE SEGURIDAD REQUERIDAS POR LA SERIE DOCUMENTAL

MEDIDA PROPUESTA	REFERENCIA NORMATIVA

VI. SELECCIÓN

1. SELECCIÓN

A) Selección de la serie:

Conservación Permanente (CP):

Eliminación Parcial (EP):

Eliminación Total (ET):

B) Metodología de la selección y tipo de muestra:

Se propone:

Metodología de la selección:

1. Eliminar la documentación de las Historias Clínicas (agrupación de todos los episodios del proceso asistencial de un paciente) con más de 5 años de antigüedad, contabilizados desde la fecha de cierre definitivo del expediente (del último episodio registrado). En los casos de abandono no comunicado al centro ambulatorio, dicho plazo se contabilizará a partir de los tres meses del último contacto registrado del paciente con el centro.
2. Conservar una muestra del 5% de las Historias Clínicas completas con más de 5 años de antigüedad por cada año, desde la fecha de cierre definitivo del expediente.
3. Esta selección se aplicará tanto a la documentación original generada en papel como en soporte electrónico. Transcurridos los plazos indicados en el estudio, la muestra seleccionada para su conservación permanente

se transferirá al Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.

4. Los expedientes de pacientes con condenas suspendidas de manera extraordinaria por tratarse de delitos relacionados con el consumo de drogas, se conservarán hasta el acuerdo de remisión de la pena o hasta la resolución de revocación de la suspensión por el juez o el tribunal correspondiente. Cualquier otro expediente que estuviese sirviendo como prueba en un proceso judicial, deberá conservarse hasta la resolución definitiva del mismo.

Tipo de muestra:

Muestreo selectivo de tipo cronológico (Mu – S – C) y Probabilístico/Aleatorio (Mu – S - P/A).

- Alfabético (Mu – A)
- Cronológico (Mu – C)
- Numérico (Mu – N)
- Probabilístico / Aleatorio (Mu – P/A)
- Ejemplar (Mu – E)
- Otro (Mu – O)

Observaciones:

C) Plazos de eliminación:

	Plazo
EN ARCHIVO DE GESTIÓN	5 años
EN ARCHIVO CENTRAL	
EN ARCHIVO INTERMEDIO	

D) Soporte de sustitución:

- Sí No

Tipo de soporte	Fecha	Procedimiento

Se ha conservado la documentación original: Sí No

E) Plazos de permanencia:

	Plazo	Justificación
EN ARCHIVO DE GESTIÓN	5 años	— Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Historia Clínica)
EN ARCHIVO CENTRAL		
EN ARCHIVO INTERMEDIO		

F) Observaciones:

VII. RECOMENDACIONES AL GESTOR

1. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA SERIE

Por tratarse de series diferentes y con objeto de facilitar su selección a la hora de proceder a su eliminación, se debe evitar agrupar en un mismo expediente las Historias Clínicas y las Historias Sociales de los pacientes.

VIII. INFORME RESUMEN TÉCNICO – EJECUTIVO DE LA PROPUESTA DE VALORACIÓN

1. INFORME – Fundamentos históricos y/o técnico – jurídicos

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 clínica¹⁰ define los aspectos básicos de la historia clínica, como su contenido, su función, su conservación o los derechos de acceso a la misma. La define como “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”. Establece también la obligación de archivar las historias clínicas cualquiera que sea su soporte, así como la responsabilidad de las Comunidades Autónomas en la adopción de las medidas técnicas y organizativas que permitan su adecuada protección. El objetivo principal de la historia clínica será dejar constancia de todos los datos necesarios para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

La norma enumera el contenido mínimo con el que debe contar una historia que, para los casos en los que no se produzca la hospitalización del paciente será el siguiente:

- Documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.

La serie objeto del estudio está formada por las historias clínicas de las personas drogodependientes o afectadas por otros trastornos adictivos que de manera voluntaria y gratuita son atendidas en los centros ambulatorios de asistencia pertenecientes a la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid. Las historias clínicas agrupan aquellos documentos de carácter sanitario que van generándose durante todo el proceso terapéutico desde que los interesados acuden al centro sanitario por primera vez hasta el cierre definitivo del expediente, bien sea por el alta del paciente (terapéutica o voluntaria), por el abandono del tratamiento o cuando la salida del centro no se ajusta a alguno de los motivos anteriores (fallecimiento, derivación definitiva o temporal a otros centros, entrada en prisión, etc.). Cada historia clínica puede agrupar varios procesos asistenciales o “episodios” referidos a un mismo paciente. Cada vez que éste decidiese interrumpir el tratamiento y, pasado un tiempo quisiera volver a iniciarlo, se abriría un nuevo “episodio”. Según el protocolo establecido, se consideran cerrados los “episodios” a los tres meses desde el último contacto con los profesionales del centro (anteriormente el plazo era de seis meses).

A partir del año 2015, las historias clínicas producidas en los centros ambulatorios de atención a personas con trastornos adictivos (CAID/CTA)¹¹ pasarán a ser gestionadas de forma electrónica mediante el Sistema de Información de Atención Primaria “AP-Madrid”, cuyo despliegue definitivo se produce en el año 2012 y que supondrá un avance sustancial hacia la Historia Clínica Electrónica Única en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Más adelante, en el año 2023, dentro de la aplicación AP-Madrid se desarrollará un módulo específico sobre adicciones para la gestión de los expedientes en los CAID/CTA.

¹⁰ BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

¹¹ De uso exclusivo en los centros de gestión externalizada y en el CAID/CTA de Vallecas.

Dentro del marco del Plan Nacional sobre Drogas aprobado en el año 1985, se aprueba el 16 de abril de ese mismo año en la Comunidad de Madrid el Plan Regional sobre Drogas, dependiente a nivel institucional de la Consejería de Integración Social en aquel momento, con el objetivo de abordar el problema de la drogadicción organizando y coordinando todos los recursos preventivos y de tratamiento disponibles. Uno de los objetivos será la puesta en marcha de un programa de asistencia integrado en los servicios sanitarios y sociales generales con tres funciones principales:

- Función asistencial de evaluación y seguimiento en Centros de Salud y Unidades de Salud Mental.
- Función de desintoxicación ambulatoria en los anteriores centros y hospitalaria en Unidades de Desintoxicación en Hospitales.
- Función de información, orientación, apoyo social y reinserción social, en servicios sociales generales.

A partir de ese momento se pone en marcha la red asistencial del Plan Regional con diversas dependencias administrativas, pero con criterios y protocolos de actuación unificados. La asistencia ambulatoria se prestaba en los siguientes centros:

- Unidades de Salud Mental (nueve centros).
- Centros Municipales de Salud (cinco centros).
- Centros específicos de atención a toxicómanos (Cruz Roja y Ayuntamiento de Leganés).

En el año 1986 se firman convenios entre el Plan Regional sobre Drogas y los Ayuntamientos de Alcorcón y Torrejón para la creación de nuevos centros específicos de atención ambulatoria a toxicómanos. Dos años después, la Red Asistencial ha pasado de estar sustentada fundamentalmente en dispositivos de salud mental, a otra basada en programas especializados de atención con la creación de Centros de Día y la firma de más convenios con los ayuntamientos de la Comunidad de Madrid. A principios de los años noventa, se llegan a contabilizar hasta treinta centros ambulatorios específicos de asistencia a toxicómanos.

En el año 1996 se crea la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid¹², organismo autónomo que asumirá, en sustitución del Plan Regional sobre Drogas, todas las competencias en materia de drogodependencias. Sus funciones serán las siguientes:

- a) La planificación y coordinación de los recursos de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de que disponen las Administraciones Públicas, en materia de drogodependencias incluido el alcohol, así como de aquellos recursos pertenecientes a instituciones de titularidad privada que reciban fondos públicos, en el ámbito de la Comunidad.
- b) La promoción, de cuantas actividades se generen en materia de prevención, estableciendo canales fluidos de colaboración en este campo, con los dispositivos asistenciales y de salud pública.
- c) El estudio, análisis y sistematización de toda la información que sobre drogodependencias, en sus diferentes aspectos, se produzcan dentro de la Comunidad de Madrid.
- d) La articulación de sistemas eficaces de colaboración entre todos los organismos con competencias, concurrentes en el ámbito de la prevención y rehabilitación en materia de drogodependencias.
- e) Suministrar al sistema estatal la información sobre drogodependencias en la Comunidad de Madrid, así como la intensificación de investigaciones sobre la incidencia de nuevas sustancias y variaciones en los patrones de consumo que puedan producirse.
- f) La elaboración y firma de convenios con instituciones públicas y privadas en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de los drogodependientes.
- g) La homologación y evaluación de métodos y tratamientos que se apliquen en todos los centros existentes en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el Plan Nacional sobre Drogas.
- h) El mantenimiento de una línea permanente de información y orientación a los ciudadanos en materia de drogodependencias, dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid.

¹² Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 307, de 27 de diciembre de 1996. BOE núm. 76, de 29 de marzo de 1997.

- i) La promoción de cauces de información y colaboración con las demás Comunidades Autónomas y toda institución de titularidad privada que, por su relevancia, lo requiera.
- j) La autorización administrativa de funcionamiento de centros y servicios que desarrollen sus actividades en materia de drogodependencias en la Comunidad de Madrid, previo informe de la Inspección de Servicios Sociales, y sin perjuicio de la obligatoria autorización y registro que deban tener como establecimientos sanitarios aquellos en los que se realicen actividades de esta índole.
- k) La representación de la Comunidad de Madrid en todos aquellos eventos que, por su trascendencia en la lucha contra las drogodependencias, lo hagan necesario.

Desde el punto de vista asistencial, la creación de la Agencia Antidroga supondrá un avance sustancial en lo referente a los programas de reducción del daño, como los de dispensación de metadona, intercambio de jeringuillas, tratamiento con agonistas opiáceos o asistencia al alcoholismo.

La Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos¹³, establecerá medidas para el desarrollo de los recursos asistenciales y de integración del drogodependiente, así como las actuaciones a realizar por la Administración de la Comunidad de Madrid en materia de asistencia en colaboración con las Administraciones Públicas y las entidades e instituciones privadas:

1. Atención de carácter multidisciplinar al drogodependiente.
2. Adecuación de la oferta asistencial en centros específicos de atención.
3. Inspección y control periódico de los centros de atención.
4. Realización de programas de disminución de riesgos, reducción de daños y mejora de las condiciones sanitarias y sociales del drogodependiente.
5. Desarrollo de programas específicos para drogodependientes de alta cronicidad y riesgo sanitario.
6. Potenciación de programas de integración social y laboral del drogodependiente.
7. Sensibilización de la sociedad ante el problema de las adicciones.
8. Desarrollo de programas para mujeres drogodependientes con cargas familiares y otros factores de riesgo.
9. Equiparación del drogodependiente a otros enfermos.

La Ley 5/2002, de 27 de junio, crea un Sistema de Asistencia al Drogodependiente integrado de forma coordinada por todos los centros y servicios generales y específicos, de carácter socio-sanitario, junto con otros recursos privados debidamente acreditados. Dicho sistema se estructura en dos niveles de intervención:

- a) Centros, dispositivos y programas de atención básica.
- b) Unidades específicas.

La ley define los centros de asistencia e integración a los drogodependientes como *“aquellos tanto públicos como privados, que realicen actuaciones específicas sobre la condición de drogodependiente y con el objetivo último de proporcionar un programa terapéutico dirigido a eliminar su adicción, normalizar su conducta y conseguir su integración social”*. Son centros sanitarios especializados, debidamente autorizados y registrados en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, que se encuentran distribuidos por todo el territorio madrileño. Pertenecen al Sistema Sanitario Público, son de carácter ambulatorio, gratuitos y forman parte de la Red Asistencial de Atención a Drogodependientes de la Comunidad de Madrid. Deben cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- a) Contar con el personal suficiente, con la titulación y la experiencia necesaria, así como, con las instalaciones y equipamientos, condiciones de capacidad e infraestructura que reglamentariamente se determinen.
- b) Estar autorizados para su funcionamiento como centros socio-sanitarios de asistencia e integración de drogodependientes por la Agencia Antidroga, según el procedimiento que reglamentariamente se determine.

¹³ BOCM núm. 160, de 8 de julio de 2002. BOE núm. 176, de 24 de julio de 2002.

- c) El régimen de funcionamiento interno y procedimientos de actuación de estos centros serán regulados reglamentariamente.

En el año 2008 la Red Asistencial contaba ya con treintinueve centros de atención ambulatoria (veintisiete de la Agencia Antidroga y doce del instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid) tras la ampliación de su capacidad con la puesta en funcionamiento del Centro de Atención Integral a Drogodependientes de Vallecas, único centro dependiente orgánicamente de la Agencia Antidroga.

La Agencia Antidroga se extinguirá en el año 2015¹⁴, asumiendo sus competencias la Dirección General de Salud Pública hasta el año 2018, en que la Dirección General de Asistencia Sanitaria, de la Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), se hace cargo de las competencias en materia de adicciones¹⁵. Más adelante, en el año 2021, será la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones del SERMAS de la que hasta la actualidad, a través de la Subdirección General de Asistencia en Adicciones, dependerá la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid¹⁶.

Los centros ambulatorios de atención integral a drogodependientes que integran la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid son, en el año 2024, los siguientes:

- CAID/CTA de Arganda del Rey.
- CAID/CTA de Alcobendas.
- CAID/CTA de Parla.
- CAID/CTA de Vallecas.
- CAID/CTA de San Fernando de Henares.
- CAID/CTA de Leganés.
- CAID/CTA de Alcorcón.
- CAID/CTA de Coslada.
- CAID/CTA de Fuenlabrada.
- CAID/CTA de Getafe.
- CAID/CTA de Móstoles.
- CAID/CTA de Alcalá de Henares.
- CAID/CTA de Aranjuez.
- CAID/CTA de Collado Villalba.
- CAID/CTA de Majadahonda.
- CAID/CTA de San Sebastián de los Reyes.
- CAID/CTA de Torrejón de Ardoz.
- CAID/CTA de Colmenar Viejo.
- CAID/CTA Mejorad del Campo-Velilla de San Antonio.
- CAID/CTA Norte.
- CAID/CTA Sur-Usera.
- CAID/CTA Este.
- CAID/CTA Mancomunidad Los Pinares.
- Centro de Prevención y atención de las adicciones en adolescentes y jóvenes Los Mesejo.

La denominación de estos centros asistenciales ha ido variando con el tiempo. Los CAID (Centros de Atención Integral a Drogodependientes), llamados así desde finales de los años noventa, han pasado a denominarse actualmente CTA (Centros de Tratamiento de las Adicciones), puesto que en ellos se tratan todos los tipos de adicciones, no solo los referidos al consumo de drogas. Anteriormente a los CAID estaban los CAD (Centros de Atención a las Adicciones o Centros de Atención a las Drogodependencias), denominación que aún siguen manteniendo los centros dependientes del Instituto de Adicciones del

¹⁴ Decreto 72/2015, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 160, de 8 de julio de 2015.

¹⁵ Decreto 85/2018, de 5 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, y el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud. BOCM núm. 135, de 7 de junio de 2018.

¹⁶ Decreto 212/2021, de 15 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 88/2021, de 30 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 221, de 16 de septiembre de 2021.

Ayuntamiento de Madrid, y cuyas Historias Clínicas no se incluyen en este estudio. Dicho Instituto de Adicciones, integrado en el Organismo Autónomo Madrid-Salud, comenzó su actividad en enero de 2005 con el objetivo de gestionar las políticas municipales en materias de Salud Pública y Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, dentro del término municipal de Madrid. La actividad asistencial de los CAD dependientes del Instituto de Adicciones es posible gracias a las competencias delegadas en esta materia por la Administración Regional al Ayuntamiento de Madrid. El artículo 139 de la *Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid* establece que las Corporaciones Locales “*podrán recibir competencias delegadas de la Consejería de Sanidad, siempre que acrediten poder ejecutar plenamente las funciones que en materia de salud les asigne como competencia propia la legislación vigente y obtengan la acreditación para tales competencias en el modo que reglamentariamente se determine*”. Y que “*Dichas competencias solo podrán ser delegadas cuando se cumpla el principio de responsabilidad financiera y se asuman los resultados económicos de su gestión, de acuerdo con el principio de autonomía municipal*”. Por otro lado, la Ley 5/2022, de 27 de junio, obliga a los Ayuntamientos de más de veinte mil habitantes, para obtener financiación, a la aprobación y ejecución de un Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos elaborado conforme a los criterios establecidos por el órgano competente regional.

Con excepción del **CAID/CTA de Vallecas**, dependiente orgánicamente del órgano competente de la Comunidad de Madrid en materia de adicciones, la creación y funcionamiento de estos centros sanitarios se ha venido produciendo por dos vías distintas:

- **Por medio de convenios de colaboración con las entidades locales.** El Plan Nacional sobre Drogas otorgó a las Administraciones Locales sobretodo competencias en materia de prevención del consumo de drogas y en el diseño y puesta en marcha de los planes locales sobre adicciones, dejando a la Administración Autonómica todo lo relativo a las prestaciones asistenciales y a la financiación de todos los recursos. El artículo 48.3 de la Ley 5/2022, de 27 de junio, dispone lo siguiente “*La Comunidad Autónoma podrá establecer con las Mancomunidades y los Ayuntamientos convenios de colaboración que regulen la financiación y características que deban reunir los Planes Municipales o Locales sobre Drogodependencias.*” Estos convenios se vienen realizando desde el año 1986 hasta la actualidad. Tomando como ejemplo un convenio realizado en el año 2023, en él se establecen los objetivos y las obligaciones de las partes:
 - **Objetivos.** La prestación del servicio público consistente en el diagnóstico y tratamiento a personas que sufren un trastorno adictivo con la finalidad de lograr su deshabituación, que se hace operativo a través del Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA), así como apoyo a sus familiares mediante consejo y estrategias para ayudarles en el proceso de deshabituación y actuaciones preventivas en el ámbito comunitario en coordinación con las autoridades sanitarias en materia de salud pública.
 - **Obligaciones de las partes.**
 - SERMAS:
 1. Efectuar la aportación económica que supone el coste total efectivo para **financiar el equipo de profesionales** preciso para llevar a cabo el objeto del convenio, según lo requerido en la cláusula quinta de este convenio.
 2. Establecer la **cartera asistencial** (Orientación e Información, Valoración, Diagnóstico y Plan terapéutico, Seguimiento y Control terapéutico, Atención Familiar).
 3. Garantizar una prestación asistencial homogénea a los pacientes mediante la **implementación de protocolos asistenciales** en toda la Red Asistencial, elaborados por el SERMAS que ya han sido facilitados a los responsables del Ayuntamiento previamente a la firma del presente convenio, conociendo su contenido.
 4. Asegurar el **tratamiento hospitalario** de la adicción para pacientes afectados por una compulsión que no pueda ser abordada en el ámbito ambulatorio.
 5. Facilitar el **apoyo residencial al tratamiento ambulatorio** de pacientes en situaciones de vulnerabilidad.
 6. Incluir en la **historia clínica** de los pacientes las actuaciones asistenciales que los sanitarios realizan sobre cada uno de ellos a través de AP-Madrid, la herramienta informática utilizada en Atención Primaria que permite registrar diagnósticos, tratamientos y evolución de los pacientes, así como programar las citas con los profesionales, entre otras.

7. Facilitar a los facultativos la **prescripción farmacéutica** mediante el acceso al Módulo Único de Prescripción (MUP) para el desempeño de su actividad vinculada al convenio.
8. Facilitar a cada centro los **sustitutivos opiáceos** (metadona, metasedín y otros) prescritos a los pacientes en tratamiento, así como materiales de dispensación.
9. Facilitar a cada centro la realización de los **controles de drogas en orina**, mediante la entrega del material necesario, así como del transporte de muestras al laboratorio, realización de determinaciones analíticas y acceso a resultados.

- AYUNTAMIENTO:

1. **Tratar a los ciudadanos de su municipio y zona de influencia que lo soliciten** y con diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias u otras adicciones sin sustancia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, contemplando también el derecho a la **libre elección de centro de los pacientes**.
2. Habilitar **circuitos asistenciales diferenciados para pacientes menores de edad**.
3. Disponer de un **centro asistencial** con una adecuada dotación de mobiliario, telecomunicaciones y fungibles, incluido su mantenimiento, y que disponga de la correspondiente autorización sanitaria y la cartera asistencial establecida por el SERMAS. Todas las actuaciones se realizarán en un solo centro.
4. Atender en **horario** de lunes a viernes en días laborables en turno de mañana e incluirá, al menos, una tarde a la semana a efectos de favorecer la accesibilidad a los pacientes con perfiles diagnósticos más normalizados.
5. Aportar todos los **medios materiales**, excepto los expresamente indicados como obligaciones para el SERMAS.
6. Disponer de **personal sanitario** que, como mínimo, habilite para la autorización de las siguientes unidades: U.70-Psicología clínica. U.1-Medicina General/de Familia. U2-Enfermería. U72-Obtención de muestras. U71-Atención sanitaria a drogodependientes.
7. Adaptar e implementar los **Protocolos Asistenciales** proporcionados por el SERMAS.
8. Llevar y mantener actualizado el **registro de actividades de tratamiento** efectuadas por cuenta del responsable, así como el resto de obligaciones establecidas.
9. Facilitar a las personas atendidas las **prestaciones sociales** correspondientes.
10. Realizar **encuestas** de satisfacción de pacientes de acuerdo con los requerimientos del SERMAS.
11. Establecer una **planificación de horas asistenciales** del personal sanitario que permita objetivar la carga asistencial en cada uno de los servicios.
12. **Informar de la actividad realizada mediante el envío mensual y anual al SERMAS** de indicadores de seguimiento y evaluación que se requieran.
13. Dotar al personal contratado para la realización de este servicio del **uniforme sanitario** adecuado, así como de tarjetas identificativas a cada uno de los profesionales.
14. Aportar la **acreditación documental** tanto de los contratos como de los costes reales de los salarios del personal al que se refiere la cláusula quinta del convenio para que la comisión mixta de seguimiento, en sus reuniones de carácter ordinario, valore esa documentación y se pronuncie sobre su conformidad.

- **Mediante la externalización de los servicios.** La mayor parte de los CAID o CTA actuales son gestionados por empresas externas mediante la formalización de contratos de servicios. En dichos contratos se establecen el objeto, los servicios que deben prestarse, el número máximo de pacientes que pueden atenderse, la plantilla de personal, los medios técnicos y materiales con los que debe contar el centro, así como otras obligaciones que tiene que cumplir el contratista:
- o Complimentar la **Historia Clínica** de AP-MADRID y contribuir al desarrollo de sus protocolos.

- Exponer en un lugar visible los distintos **Servicios** en los que se agrupan las prestaciones del Centro.
- Disponer de un **reglamento de régimen interno** que detalle los derechos y deberes de los pacientes.
- Disponer de **hojas oficiales de la Comunidad de Madrid de sugerencias y reclamaciones** y un procedimiento efectivo para tramitarlas convenientemente.
- Informar a las autoridades competentes en materia de protección de menores en el ámbito de la Comunidad de Madrid, de la posible presencia de un **menor en situación de desamparo**.
- **Coordinarse con otros recursos sanitarios y sociales** de su zona de influencia, facilitando la gestión de prestaciones que cada paciente precise.
- En caso de urgencia sanitaria que requiera asistencia fuera de los centros, de manera inmediata, se coordinará el traslado con los **servicios de urgencia** de la red normalizada de salud.
- La empresa adjudicataria deberá remitir **memorias con periodicidad mensual, trimestral, anual** y al finalizar el contrato. La transmisión de los datos requeridos se enviará en soportes informáticos que garanticen la confidencialidad de los mismos.
- La **evaluación** irá dirigida a los recursos puestos a disposición del servicio para su correcta ejecución, al desarrollo del servicio y al impacto del mismo, teniendo en consideración aspectos cuantitativos y cualitativos que permitan conocer y analizar el desarrollo del servicio y aproximarse a la efectividad de la atención recibida por los drogodependientes.
- Cada adjudicatario garantizará la prestación de los **Servicios de Seguridad del Centro**, con carácter diario y se ocupará de reducir el impacto asistencial evitando las concentraciones de pacientes en el entorno del Centro.
- **Protección de datos, información y relaciones institucionales.**

En los CAID/CTA se presta una atención integral, tratándose tanto los problemas de adicción como las consecuencias que éstos acarrearán en el ámbito laboral, social y familiar. Se atiende al drogodependiente y también a las personas del entorno familiar que pudieran verse afectadas por el problema. También tienen una función preventiva, atendiéndose a aquellos consumidores aún no afectados por una adicción. Estos centros actúan de manera multidisciplinar, con equipos de profesionales de la medicina (médicos, enfermeros/as, psiquiatras), la psicología clínica, del trabajo social y de la educación (educadores, pedagogos, etc.). Al personal técnico le acompañan auxiliares administrativos, conserjes, personal de seguridad, etc. y, al frente de todos ellos, un director del centro.

Los servicios esenciales con los que cuentan los CAID/CTA son los siguientes:

- Servicio de Información y Orientación.
- Servicio de Valoración, Diagnóstico y Plan Terapéutico.
- Servicio de Seguimiento y Control Terapéutico.
- Servicio de Atención Familiar.

El procedimiento consta de las siguientes fases:

1. Valoración interdisciplinar, diagnóstico y Plan Terapéutico. Se accede concertando cita previa, telefónica o presencial. La primera evaluación la realiza un médico o un psicólogo mediante una entrevista a aquellos pacientes interesados en seguir un tratamiento de deshabituación o para los que quieran ser reevaluados. Si en la primera entrevista se determina que el paciente debe seguir un tratamiento, se abre entonces la Historia Clínica y el profesional emite su diagnóstico. Tras la evaluación clínica, en un breve plazo, dicho equipo elabora un Plan Terapéutico que, para poder llevarse a cabo, debe ser aceptado por el paciente.
2. Seguimiento y control del tratamiento. Realizado el diagnóstico y establecido el Plan Terapéutico, el paciente inicia el programa terapéutico planificado.
3. Cierre del expediente. El expediente se cierra con el alta del paciente, por el abandono del tratamiento, por el traslado a otro centro, por su fallecimiento o por su ingreso en prisión.

IX. DICTAMEN APROBADO POR EL CONSEJO DE ARCHIVOS

DICTAMEN DEL CONSEJO DE ARCHIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

DENOMINACIÓN DE LA SERIE:	<i>Historias clínicas de personas con trastornos adictivos</i>
TIPOLOGÍA DE LA SERIE:	Específica
FECHAS EXTREMAS DEL PERÍODO ESTUDIADO:	1986 – Actualidad
CÓDIGO E.I.V. PROPONENTE:	SAN – SMS/2024/0001
CÓDIGO E.I.V. CACM:	EIV – 2024/0004
CÓDIGO T.V.:	TV – 95

1. Valoración

a) Valores primarios:

TIPO DE VALOR	SÍ/NO	PLAZOS (años)	JUSTIFICACIÓN/LEGISLACIÓN
Administrativo	Sí	5	<p>La historia clínica del drogodependiente o de la persona con cualquier otro trastorno adictivo se inicia con la primera entrevista realizada al paciente por el profesional, médico o psicólogo, del centro ambulatorio tras la correspondiente petición de cita. El cierre del expediente se produciría con el alta del paciente una vez alcanzados los objetivos del plan terapéutico, por su alta voluntaria cuando comunica su intención de no continuar con el tratamiento, por el abandono del mismo sin que se produzca ninguna comunicación, o por otros motivos que no se ajusten a los anteriores (derivación definitiva a otro centro, fallecimiento, ingreso en prisión, etc.). Cada vez que se inicia una historia clínica se abre un proceso asistencial, o “episodio”, que se prolongaría hasta la finalización del tratamiento por algunas de las causas antes mencionadas. En el caso habitual de que el paciente abandonase dicho tratamiento sin comunicarlo al centro, éste tiene establecido un periodo de mantenimiento de apertura del “episodio” de tres meses (anteriormente el plazo era de seis meses). Cumplido éste, el “episodio” finalizaría con el cierre del expediente correspondiente al proceso asistencial iniciado. Resulta frecuente que muchos pacientes que abandonaron el tratamiento en su momento vuelvan a solicitar una nueva cita en el mismo centro ambulatorio o en otro distinto para iniciar un nuevo proceso asistencial. Si hubiesen transcurrido más de tres meses desde el cierre del anterior “episodio”, se abriría el siguiente, con una numeración distinta y separado del anterior. Por lo tanto, en estos centros ambulatorios podrían existir varios expedientes correspondientes a distintos “episodios” de la historia clínica de un mismo paciente. Cada vez que se inicia un nuevo “episodio” se partiría de cero, sin tener en cuenta el proceso terapéutico llevado a cabo anteriormente. Por ello, cuando la historia clínica de un paciente acumula más de un episodio, la fecha de cierre deberá corresponderse con la fecha de cierre del último episodio registrado en el centro de asistencia.</p> <p>El cierre definitivo del expediente por alguno de los motivos descritos, pondría punto final a la vigencia administrativa de esta serie. Sin embargo, de acuerdo con el artículo 17.1 de la <i>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en</i></p>

			<p><i>materia de información y documentación clínica</i>, la documentación clínica deberá conservarse como mínimo cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. En el caso de las historias clínicas de drogodependientes, habrían de contabilizarse esos cinco años desde la fecha del alta terapéutica o voluntaria, desde la fecha de derivación definitiva a otro centro, desde la fecha de ingreso en prisión o desde la fecha de su fallecimiento si ésta se produce durante el tratamiento. En los casos de abandono no comunicado, los cinco años se contabilizarían a partir de los tres meses transcurridos desde la última presencia constatada del paciente en el centro. Si el fin del tratamiento fuese consecuencia de cualquier otra situación distinta de las mencionadas, el cierre del expediente tendría lugar desde la fecha en la que se produjese dicha situación.</p>
Contable	No		
Fiscal	No		
Jurídico	Sí	5	<p>El valor probatorio de las historias clínicas para jueces y tribunales se suele limitar a los casos de suspensión extraordinaria de penas privativas de libertad por drogodependencia, posibilidad que viene recogida en los artículos 80 a 87 del Código Penal¹⁷. Efectivamente, cuando la causa de un delito se deba al consumo de drogas, la pena impuesta sea inferior a los cinco años y se acredite por un centro autorizado que se ha producido la deshabitación o que se esté llevando a cabo en el momento de la suspensión un tratamiento para dicha deshabitación, el juez o el tribunal podrá suspender la ejecución de la pena impuesta por un periodo de entre tres y cinco años desde la sentencia condenatoria. Si el condenado se encontrase ya en tratamiento de deshabitación, la suspensión quedaría condicionada a la finalización del mismo.</p> <p>La suspensión puede producirse mediante sentencia, siempre que resulte posible, o mediante resolución urgente de concesión o denegación, previa audiencia de las partes. El plazo de la suspensión comenzará a computar desde la sentencia, si ésta fuese firme o, en su caso, desde la resolución de concesión si no existiese sentencia.</p> <p>El incumplimiento de las condiciones exigidas para la suspensión de la condena podría provocar su revocación y, por tanto, la ordenación de su ejecución. Si el incumplimiento fuese por causas leves, el juez o el tribunal podría conceder la prórroga de la suspensión por un plazo no superior a la mitad del establecido inicialmente.</p> <p>Una vez finalizado el plazo de suspensión de la pena, sin que el condenado hubiese cometido un nuevo delito y siempre que éste hubiera podido justificar su deshabitación del consumo de sustancias o la continuidad de un tratamiento a tal efecto, el juez o el tribunal podrá acordar el fin de la suspensión y la remisión de la pena impuesta. Si tal acreditación no se produjese se ordenaría el cumplimiento de la condena, salvo que se estimase oportuno la concesión de una prórroga del plazo de suspensión por un tiempo máximo de dos años para la continuación del tratamiento, vistos los informes pertinentes por el juez o el tribunal.</p>

¹⁷ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995.

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

			<p>En consecuencia, la vigencia judicial de esta serie se extinguiría una vez cumplidos los plazos de la suspensión (que pueden extenderse hasta siete años si se concede una prórroga) con el acuerdo de remisión de la pena, o con la revocación de la suspensión por el incumplimiento de las condiciones exigidas. La resolución del juez o el tribunal se produciría tras escuchar al fiscal y a las partes, salvo que existiese riesgo de reiteración delictiva, riesgo de huida o por la protección de la víctima, en cuyo caso el juez o el tribunal podría ordenar el ingreso inmediato del penado en prisión.</p> <p>Para el establecimiento de un plazo de valor probatorio de las historias clínicas de drogodependientes habría que tener en cuenta dos posibilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. <u>Que la persona sea condenada por un delito mientras se encuentra recibiendo el tratamiento en el centro asistencial.</u> En tal caso, resuelta la concesión de la suspensión, el plazo de duración debería finalizar tras el alta terapéutica del paciente y su consiguiente deshabituación del problema adictivo. Por tanto, la extinción del valor probatorio coincidiría con la fecha de cierre del expediente. 4. <u>Que la persona cometa el delito una vez realizado el tratamiento,</u> ya concedida el alta terapéutica y reconocida su deshabituación del consumo de sustancias estupefacientes. En tales circunstancias, el plazo de cinco años de ampliación del valor administrativo de la historia clínica propuesto en el apartado anterior, se consideraría un tiempo suficiente para la resolución de un posible expediente de suspensión extraordinaria por drogodependencia. <p>En base a todo lo expuesto, se propone un plazo de vigencia jurídica coincidente con el otorgado al valor administrativo, es decir, de cinco años a contabilizar desde el cierre definitivo del expediente.</p>
--	--	--	---

b) Valores secundarios:

TIPO DE VALOR	SÍ/NO	JUSTIFICACIÓN/LEGISLACIÓN				
Informativo	No	<input type="checkbox"/> La información que recogen los documentos de la serie documental es única y/o no se puede encontrar en otras series documentales o documentación relacionadas. <input type="checkbox"/> Otra (indíquese): La información está recopilada en otras series y documentación relacionada, principalmente en el <u>Registro Acumulativo de Drogodependientes</u>				
Histórico	No	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: black; color: white;"> <th style="width: 30%;">INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL</th> <th style="width: 70%;">OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Origen y evolución de la institución </td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> </tbody> </table>	INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL	OBSERVACIONES	<input type="checkbox"/> Origen y evolución de la institución	
INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA SERIE DOCUMENTAL	OBSERVACIONES					
<input type="checkbox"/> Origen y evolución de la institución						

	<input type="checkbox"/>	Procesos de elaboración de normativa	
	<input type="checkbox"/>	Permite valorar impacto o eficacia de las actividades de la institución	
	<input type="checkbox"/>	Datos significativos de personas, acontecimientos o lugares	
	<input type="checkbox"/>	Datos significativos sobre ciencias y técnicas	
	<input type="checkbox"/>	Datos para el análisis estadístico	
	<input type="checkbox"/>	Datos significativos sobre acontecimientos relevantes	
	<input type="checkbox"/>	Completa información de otras series de conservación permanente	
	<input type="checkbox"/>	Otra (indíquese)	Sólo se confiere este valor a la muestra seleccionada para su conservación permanente.

2. Acceso y seguridad de los documentos y de la información

- a) **Condiciones generales de acceso a la serie documental:** la serie incluye contenidos susceptibles de protección (requiere solicitud de acceso).
- b) **Plazo en el que la serie será de acceso libre:** Veinticinco años desde la muerte del afectado, si esta es conocida, o cincuenta años desde la fecha del documento si se desconociese la de fallecimiento.
- c) **El acceso a la serie documental está regulado o afectado por normativa específica:** Sí.

RÉGIMEN	NORMA REGULADORA
<input checked="" type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">Secreto sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

- d) **Contenidos sujetos a un régimen especial de publicidad:** No.
- e) **Contenidos susceptibles de protección:** Sí.

CONTENIDOS AFECTADOS	REFERENCIA NORMATIVA
<p style="text-align: center;">Datos de carácter personal (DP)</p> <p>DP1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos sobre salud y vida sexual. - Víctimas de violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15.1 y 15.3 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35.1 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de la Comunidad de Madrid. - Art. 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de

MODELO CACM/1/2019. Aprobado por acuerdo del Consejo de Archivos de la Comunidad de Madrid en su reunión ordinaria de 4 de junio de 2019

		<p>datos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 9 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
	<p>DP2: Datos sobre infracciones penales o administrativas que no conlleven amonestación pública al infractor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15.1 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35.1 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de la Comunidad de Madrid. - Art. 10 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). - Arts. 10 y 27 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
	<p>DP3: Otros datos de carácter personal susceptibles de protección (Identificativos, características personales, circunstancias sociales, profesionales y/o académicos, detalles del empleo, económicos, financieros y de seguros, o información comercial).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15.2 y 15.3 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35.2 y 35.3 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de la Comunidad de Madrid. - Arts. 5 y 25 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
	<p>DP4: Datos de colectivos de especial vulnerabilidad (menores de 14 años, personas incapacitadas judicialmente, etc.) y datos de personas fallecidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 15.3 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. - Art. 35.3 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y Participación de

		<p>la Comunidad de Madrid.</p> <p>- Arts. 3 y 7 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.</p>
--	--	---

f) **Medidas propuestas para favorecer el acceso a expedientes de acceso restringido (posibilidad y modalidad de disociación de datos o acceso parcial):** Sí.

DENOMINACIÓN	MEDIDAS
Anonimización	<p>Considerando 26 y artículos 6.4. e), 5.1 y 32.1.a) del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).</p> <p>Artículos 28.2 a) y 72.1. p) y Disposición Adicional Decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos y Garantía de Derechos Digitales.</p> <p>Artículo 15.4 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.</p> <p>Artículo 34 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de transparencia y de participación de la Comunidad de Madrid.</p>
Seudonimización	<p>Considerando 26 y artículos 6.4. e), 5.1 y 32.1.a) del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).</p> <p>Artículos 28.2 a) y 72.1. p) y Disposición Adicional Decimoséptima de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos y Garantía de Derechos Digitales.</p> <p>Artículo 15.4 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.</p> <p>Artículo 34 de la Ley 10/2019, de 10 de abril, de transparencia y de participación de la Comunidad de Madrid.</p>

g) **Medidas específicas de seguridad requeridas por la serie documental:** No proceden.

3. Selección

a) **Selección de la serie:** Eliminación Total (ET).

b) **Metodología de la selección:**

1. Eliminar la documentación de las Historias Clínicas (agrupación de todos los episodios del proceso asistencial de un paciente) con más de 5 años de antigüedad, contabilizados desde la fecha de cierre definitivo del expediente (del último episodio registrado). En los casos de abandono no comunicado al centro ambulatorio, dicho plazo se contabilizará a partir de los tres meses del último contacto registrado del paciente con en centro.
2. Conservar una muestra del 5% de las Historias Clínicas completas con más de 5 años de

antigüedad por cada año, desde la fecha de cierre definitivo del expediente.

3. Esta selección se aplicará tanto a la documentación original generada en papel como en soporte electrónico. Transcurridos los plazos indicados en el estudio, la muestra seleccionada para su conservación permanente se transferirá al Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.
 4. Los expedientes de pacientes con condenas suspendidas de manera extraordinaria por tratarse de delitos relacionados con el consumo de drogas, se conservarán hasta el acuerdo de remisión de la pena o hasta la resolución de revocación de la suspensión por el juez o el tribunal correspondiente. Cualquier otro expediente que estuviese sirviendo como prueba en un proceso judicial, deberá conservarse hasta la resolución definitiva del mismo.
- c) **Tipo de muestra:** Muestreo selectivo de tipo cronológico (Mu – S – C) y Probabilístico/Aleatorio (Mu – S - P/A).
- d) **Plazos de eliminación:**
- i. **EN ARCHIVO DE GESTIÓN:** 5 años.
 - ii. **EN ARCHIVO CENTRAL:** No procede.
 - iii. **EN ARCHIVO INTERMEDIO:** No procede.
- e) **Soporte de sustitución:** No.
- f) **Conservación de la documentación original en caso de sustitución de soporte:** No procede.
- g) **Plazos de permanencia:**

	PLAZO (años)	JUSTIFICACIÓN
EN ARCHIVO DE GESTIÓN	5	Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Historia Clínica)
EN ARCHIVO CENTRAL		
EN ARCHIVO INTERMEDIO		

h) **Observaciones:** No proceden.

4. Recomendaciones al gestor

Por tratarse de series diferentes y con objeto de facilitar su selección a la hora de proceder a su eliminación, se debe evitar agrupar en un mismo expediente las Historias Clínicas y las Historias Sociales de los pacientes.

X. CONTROL

1. DATOS GENERALES DE CONTROL

Órgano proponente del Estudio de Identificación y Valoración:	Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Dirección General Asistencial. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones
Responsable del Estudio de Identificación y Valoración:	<ul style="list-style-type: none"> — Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Dirección General Asistencial. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. — Consejería de Cultura, Turismo y Deporte.

Estudio de Identificación y Valoración (E.I.V.)

TV – 96
EIV – 2024/0004

Consejería de Sanidad. Entidad Pública Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Historias clínicas de personas con trastornos adictivos

	Dirección General de Patrimonio Cultural y Oficia del Español. Subdirección General de Archivos y Gestión Documental. Servicio de Acceso y Valoración de Documentos.
Archivo/s donde se ha llevado a cabo el trabajo de campo:	Consejería de Cultura, Turismo y Deporte. Dirección General de Patrimonio Cultural y Oficia del Español. Subdirección General de Archivos y Gestión Documental. Servicio de Acceso y Valoración de Documentos.
Fechas extremas del período estudiado (aaaa – aaaa):	1986 -
Fecha de realización (dd/mm/aaaa):	23/05/2024
Fecha de revisión (dd/mm/aaaa) (CACM):	

2. OBSERVACIONES