

Preguntas frecuentes
en el ámbito sanitario

Manual de consulta para la ciudadanía

**PREGUNTAS FRECUENTES
EN EL ÁMBITO SANITARIO**
Manual de consulta para la ciudadanía

Versión 6. Febrero 2024

Edita

Subdirección Xeral de Humanización e Atención á Cidadanía
Servizo Galego de Saúde
atencion.cidadan.calidade@sergas.es

Este manual contiene la información actualizada a
Febrero de 2024.

Los cambios que puedan derivar de futuras modificaciones
legislativas o normativas serán recogidos y actualizados
periódicamente en sucesivas revisiones.

Versión 6: febrero 2024

Preguntas frecuentes en el ámbito sanitario

Manual de consulta para la ciudadanía
Versión 6. Febrero 2024

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Servizo Galego de Saúde
Santiago de Compostela
2024

Índice capítulos

01.Tarjeta sanitaria.....	29
02.Derecho a la asistencia sanitaria	51
03.Cartera de servicios	84
04.Organización y funcionamiento.....	109
05.Prestación farmacéutica.....	135
06.Reclamaciones y sugerencias	153
07.Documentación clínica e información	160
08.Reintegro de gastos y prestaciones sanitarias	193
09.Donación de órganos y tejidos.....	206
10.Salud laboral	217
11.Información / Miscelánea	220
12.Solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema	223
13.Derechos de la ciudadanía	233
14.Deberes de la ciudadanía en el Sistema Público de Salud de Galicia. ..	254

Índice de capítulos y preguntas

Índice capítulos	5
Índice de capítulos y preguntas	7
Introducción	26
1. TARJETA SANITARIA	29
1.1. SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA POR PRIMERA VEZ	29
¿Cómo puedo solicitar la tarjeta sanitaria galega por primera vez?	29
Vengo a vivir a Galicia. ¿Cómo puedo tener una tarjeta sanitaria de aquí?	29
1.2. SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA CON EL PRIMER TRABAJO/CAMBIO DE BENEFICIARIO A TITULAR CON UN NÚMERO DE AFILIACIÓN PROPIO	31
Con el primer contrato de trabajo, ¿qué tengo que hacer para obtener la tarjeta sanitaria?	31
Recibí nueva tarjeta de la seguridad social y el número de afiliación cambió... quería saber ¿por qué?	31
Comencé a trabajar. Era beneficiaria de un asegurado. Tengo que solicitar cambio de la tarjeta sanitaria?	31
1.3. SOLICITUD DE LA TARJETA SANITARIA DESPUÉS DE RESIDIR FUERA DEL PAÍS MÁS DE 90 DÍAS.....	32
Mi hija de 21 años residió en el extranjero durante dos años porque estuvo estudiando. ¿Cómo hago para incluirla como beneficiaria mía o del padre y recuperar su tarjeta sanitaria?	32
1.4. TARJETA SANITARIA NO RECONOCIDA POR LOS DISPOSITIVOS AUTOMÁTICOS DE CITACIÓN.....	32
Dispongo de una tarjeta sanitaria que no la leen los aparatos para pedir el tique de la vez en consulta. ¿Me la renovarán sin coste?	32
1.5. TARJETA SANITARIA CON UN FORMATO NUEVO	32
Recibí una tarjeta sanitaria nueva que no tiene el mismo formato que la anterior. ¿Puede tratarse de un error?	33
1.6. SOLICITUD DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA.....	33
Voy a viajar al extranjero. ¿Qué debo hacer para acudir al médico?	33

1.7. TARJETA SANITARIA AA.....	35
¿Cuál es el procedimiento para obtener la Tarjeta sanitaria doble AA y qué pacientes tienen derecho a ella?	35
1.8. SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA POR PÉRDIDA O EXTRAVÍO / ROTURA O DETERIORO	36
Perdí la tarjeta sanitaria. ¿Cómo puedo solicitar otra?	36
1.9. CADUCIDAD DE LA TARJETA SANITARIA	37
Mi tarjeta sanitaria caducó. ¿Tengo que solicitar una nueva tarjeta sanitaria?.....	37
1.10. TARJETA SANITARIA VIRTUAL – APLICACIÓN SERGAS MÓBIL	38
Descargué la tarjeta sanitaria virtual y quería saber cuáles son sus funcionalidades	38
1.11. QUÉ HACER SI NO LE LLEGA LA TARJETA SANITARIA	40
Solicité la tarjeta sanitaria y aún no la recibí. ¿Cuándo me va a llegar?	40
1.12. CAMBIO DE DATOS DE LA TARJETA SANITARIA (dirección, teléfono, etc.).....	40
¿Cómo puedo cambiar el número de teléfono y otros datos que figuran en la tarjeta sanitaria? No tengo certificado digital. ¿Algún teléfono para realizar la gestión?	40
1.13. TARJETA SANITARIA PERSONAS QUE CUMPLIERON 26 AÑOS....	41
Ya cumplí 26 años y me comentaron que no puedo continuar como beneficiario en la tarjeta sanitaria de mi padre. Además, cuando quiero pedir cita para el médico por internet me dice que los datos son erróneos. ¿Pueden informarme de qué tengo que hacer?.....	41
1.14. SOLICITUD DE CAMBIO DE MÉDICO DE FAMILIA	41
¿Cómo puedo hacer el cambio de médico de cabecera?	41
¿Puedo tener el médico de cabecera en un ayuntamiento diferente al de residencia?	42
Voy a cambiar de vivienda en el mismo ayuntamiento y hay un centro de salud cerca, pero yo prefiero mantener mi médica de cabecera actual. ¿Es esto posible?	42
1.15. SOLICITUD DE CAMBIO DE PEDIATRA A OTRO CENTRO DE SALUD/TITULAR Y BENEFICIARIO DE LA TARJETA SANITARIA CON DOMICILIOS DIFERENTES. ASIGNACIÓN DE MÉDICO.....	44
¿Puedo cambiar el médico de mi hijo a otro centro de salud?	44

1.16. SOLICITUD DE MÉDICO DE DESPLAZADOS, para ciudadanos dentro de Galicia y ciudadanos de otras Comunidades Autónomas que residan temporalmente en Galicia	46
Mi hijo va a comenzar a estudiar en la universidad y va a trasladarse de ciudad durante el curso. ¿Cómo tiene que hacer para poder ir al médico?	46
Voy a comenzar a estudiar en la universidad, pero no es mi lugar de residencia. ¿Qué debo hacer para recibir asistencia sanitaria?	46
Voy a ir a pasar mis vacaciones a su Comunidad. ¿Qué tengo que hacer para recibir asistencia sanitaria mientras esté en Galicia?	46
¿Puedo pedir cita por internet para el médico de desplazados?	46
1.17. ATENCIÓN SANITARIA DE LOS GALLEGOS CON TARJETA SANITARIA DEL SERGAS EN LOS DESPLAZAMIENTOS A OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	48
Este verano voy a viajar por España durante mis vacaciones. ¿Puedo recibir atención sanitaria en otra Comunidad, si fuese precisa?	48
1.18. RECETAS PRESCRITAS EN GALICIA. OBTENCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS DESPLAZAMIENTOS A OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	49
¿Qué trámites debo realizar para adquirir los medicamentos recetados si estoy fuera de Galicia?	49
2. DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA	51
2.1. INFORMACIÓN SOBRE LAS VÍAS PARA RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA	51
Soy extranjero y resido aquí hace años como estudiante universitario. Ahora no soy estudiante, ni tampoco trabajo, por lo tanto no estoy cotizando a la seguridad social. Quisiera saber si mi tarjeta es válida.	51
2.2. REQUISITOS Y TRÁMITES PARA LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA	54
¿Tengo derecho a obtener una tarjeta sanitaria del Servicio Gallego de Salud?	54
2.3. RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE ASEGURADO /BENEFICIARIO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA CON CARGO A FONDOS PÚBLICOS	57
¿Cómo puedo obtener la cartilla de la Seguridad Social?	57
¿Puedo incluirme como beneficiario de la cartilla de la Seguridad Social de mi familiar?	57

2.4.	ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA A PERSONAS QUE NO TENGAN RECONOCIDA LA CONDICIÓN DE ASEGURADOS O BENEFICIARIOS.....	59
	¿En qué casos van a ser atendidos, en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud, los pacientes EXTRANJEROS NO REGISTRADOS NI AUTORIZADOS como residentes en España?	59
2.5.	DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA A MENORES, NACIONALES O EXTRANJEROS.....	61
	Querría saber si en un centro de salud pueden negar la asistencia sanitaria de urgencia a un niño.	62
2.6.	ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO	63
2.7.	ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA PARA GALLEGOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR	64
	Mi padre es gallego, pero yo nací y vivo en el extranjero; voy a viajar a Galicia. ¿Cómo puedo hacer si preciso de asistencia sanitaria durante mi estancia?	64
2.8.	ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA PARA CIUDADANOS RESIDENTES EN EL EXTRANJERO QUE COTIZAN PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA	66
	Soy gallego, expatriado desde hace seis meses. Tengo la residencia permanente en otro país y estoy dado de alta en el censo de españoles en el extranjero de la Embajada de España. Estoy dado de alta en la Seguridad Social española, como trabajador por cuenta ajena, y estoy cotizando a la S.S. en Galicia. ¿Cuándo esté de vacaciones en Galicia, tengo asistencia sanitaria?.....	66
2.9.	CONVENIOS BILATERALES SEGURIDAD SOCIAL-ASISTENCIA SANITARIA.....	66
	¿Dónde puedo solicitar el certificado de derecho a la asistencia sanitaria si viajo al extranjero?	66
2.10.	CÓMO RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO PLANIFICADO EN GALICIA SI USTED RESIDE EN OTRO PAÍS (FORMULARIO S2 o E-112).....	68
	Soy residente en Suiza. . Me voy a desplazar a Galicia durante un mes y necesito oxígeno terapia domiciliaria. ¿Qué trámites debo realizar?	68
	¿Con qué formulario puedo recibir tratamiento médico planificado en otro país? (formulario S2).....	68
2.11.	CUESTIONES SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTEIRIZA	69

2.12. SOLICITUD DE CAMBIO DE AFILIACIÓN DE MUFACE/ MUGEJU/ISFAS AL SERGAS	76
Siempre tuve asistencia sanitaria a través de una entidad privada y quiero hacer el cambio para el Sergas. ¿Qué tengo que hacer?	76
2.13. PROCEDIMIENTO PARA QUE LOS BENEFICIARIOS DEL ÁREA SANITARIA DE VIGO ELIJAN EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA	80
Soy beneficiario del Hospital de Povisa y quiero cambiar al CHUVI. ¿Qué pasará con las citas para consulta en Povisa?	81
Soy beneficiario del CHUVI y quiero cambiar al Hospital Povisa. ¿Qué pasará con las citas para consulta en el CHUVI?	81
3. CARTERA DE SERVICIOS.....	84
3.1. ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	84
¿Cómo se tramita la atención médica domiciliaria? ¿Quién tiene derecho? ¿Qué papeles hay que aportar? ¿Cómo se hace la solicitud?	84
3.2. SALUD BUCODENTAL-OFTALMOLOGÍA-AUDICIÓN-LOGOPEDIA ..	85
¿Existen ayudas para los gastos del dentista para personas sin recursos?	85
¿Qué cobertura tiene la asistencia sanitaria del dentista? ¿Se financian las prótesis fijas o removibles? ¿Y los implantes?	85
¿Hasta qué edad están financiados los audífonos?	85
3.3. OXÍGENOTERAPIA A DOMICILIO	90
Existen ayudas para el pago de la factura de electricidad en la oxigenoterapia domiciliaria?	90
¿Cómo se solicita una mochila de oxígeno para poder desplazarse?	90
¿Quién recoge el material de la oxigenoterapia en el domicilio cuando no se necesita?	90
3.4. REPRODUCCIÓN ASISTIDA	91
¿Cuál es el límite de edad para acceder a los programas de reproducción asistida y cuáles son los requisitos?	91
¿Qué documentación se debe aportar para obtener la autorización de una unidad asistencial de reproducción humana asistida?	91
3.5. SALUD INFANTIL. CARPETA CUÍDATE_CUÍDAME	96

¿Qué documentos contiene la carpeta de salud infantil?	96
3.6. VACUNAS GRATUITAS EN NUESTRA COMUNIDAD/ CALENDARIO VACUNAL.....	97
¿Cuáles son las vacunas gratuitas en nuestra Comunidad?	97
3.7. Vacunación para viajar al extranjero	100
¿Es preciso poner alguna vacuna para viajar al extranjero?	100
3.8. PROGRAMA GALLEGO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA SORDERA EN PERÍODO NEONATAL	100
Información sobre el acceso al programa de detección precoz de la sordera neonatal.....	101
3.9. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABÓLICAS EN PERÍODO NEONATAL.....	101
Información sobre el acceso al programa de detección precoz de metabopatías	102
3.10. PROGRAMA DE CRIBADO CÁNCER DE MAMA.....	105
Información sobre el acceso al programa de detección precoz del cáncer de mama	105
3.11. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL.....	105
Información sobre el acceso al programa de detección precoz de cáncer colorrectal.....	105
3.12. SOLICITUD DE CITA PARA REVISIÓN GINECOLÓGICA DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA	106
¿Dónde tengo que pedir cita para hacer una revisión Ginecológica?.....	106
4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	109
4.1. SOLICITUD DE CITA EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE INTERNET.....	109
¿Cómo se pide a través de Internet una cita al médico de cabecera?.....	109
4.2. INCIDENCIA DE SOLICITUD DE CITA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA WEB DEL SERGAS	110
No puedo pedir cita por internet para el médico de cabecera. ¿Qué debo hacer?	110

Intenté pedir cita para el meu médico por internet y no pude acabar el proceso porque dio un error.¿Cómo puedo solucionarlo?	110
4.3. CONSULTA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA– FUNCIONAMIENTO	110
Quiero pedir una cita telefónica para el médico de familia. ¿Cómo puedo hacerlo? ¿Puedo solicitar recetas? ¿Puedo hacerlo por internet?	110
4.4. CONSULTA DE CITAS CON LOS ESPECIALISTAS Y LISTA DE ESPERA EN LOS HOSPITALES	111
¿Cómo puedo consultar mis citas pendientes con los especialistas?	111
¿Cómo puedo saber en qué puesto estoy en la lista de espera para cirugía?	111
4.5. ANULACIÓN O RETRASO POR MOTIVO JUSTIFICADO DE CITAS HOSPITALARIAS	112
Necesito anular una cita por motivo justificado. ¿Cómo debo hacer?	112
4.6. REVISIÓN POR DEMORA EN CITACIÓN PARA CONSULTA/ PRUEBA DIAGNÓSTICA/INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	113
¿Hay alguna manera de poder adelantar una cita pendiente para realizar una prueba?	113
4.7. NEGATIVA DEL MÉDICO DE FAMILIA A EXTENDER UN VOLANTE DE INTERCONSULTA PARA EL ESPECIALISTA	113
¿Puede mi médico de cabecera negarse a enviarme al especialista?	114
4.8. ASISTENCIA E TRANSPORTE SANITARIO URGENTE EXTRAHOSPITALARIO	114
¿Cuándo llamar al 061? ¿Cómo actuar ante una situación urgente, enfermedad o accidente?	114
¿Cuándo llamar al 061?	115
¿Cuándo llamar al 902 400 116?	117
4.9. REQUISITOS PARA DIÁLISIS COMO DESPLAZADO DENTRO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA	117
Necesito diálisis. ¿Cómo puedo solicitarla si me desplazo temporalmente a Galicia?	117
4.10. TELÉFONO DE ATENCIÓN SANITARIA 902 400 116 del 061	118

¿Podrían informarme del servicio de atención telefónica para solicitar información sanitaria no urgente?	118
4.11. TELÉFONO ÚNICO DEL SERGAS 981 952 950	119
He recibido mediante correo postal una cita médica y deseo contactar con algún teléfono para solicitar su anulación. ¿A qué teléfono puede llamar?	119
4.12. RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA AUTOMÁTICO DE CITACIÓN (IVR).....	120
Si llamo para pedir cita para el médico y sale el contestador automático, puedo escoger el día o tiene que ser el que me ofrezca el sistema automático?	121
4.13. OFICINAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LAS ÁREAS SANITARIAS DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD	123
¿Dónde hay una oficina de atención al paciente?	123
4.14. PLATAFORMA É-SAÚDE	127
¿Qué información contine la Plataforma É-saúde?	127
¿Quién puede acceder? ¿Cómo me registro? ¿Cómo puedo acceder? ¿A qué voy a ter acceso?	127
¿Cómo contactar para resolver incidencias detectadas en el funcionamiento de la Plataforma É-Saúde?	127
4.15. PLATAFORMA TELEA – TELEASISTENCIA DOMICILIARIA	131
¿Qué es la Plataforma TELEA?	131
¿Cómo tengo que hacer para poder acceder a la Plataforma de Teleasistencia domiciliaria?	131
¿Cuáles son los requisitos?	131
4.16. SUSCRIPCIÓN POR SMS PERSONALIZADA	132
¿Cómo tengo que hacer para recibir un recordatorio de mis citas con los especialistas, para no olvidarme?	132
Cuando me preguntan si me pusieron algunas vacunas no soy capaz de recordarlo. ¿Puedo obtener esa información sin acudir a mi médico?	132
5. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA	135
5.1. NEGATIVA DEL FACULTATIVO A PRESCRIBIR RECETAS OFICIALES O SOLICITAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA	

PRESCRIPCIONES DE FACULTATIVOS NO PERTENECIENTES AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 135

¿Puede mi médico de cabecera negarse a darme las recetas del Sergas de los medicamentos que me recetó el médico privado? 135

5.2. NEGATIVA DEL FARMACÉUTICO A SUSTITUIR EL MEDICAMENTO PRESCRITO POR EL MÉDICO 136

Si en la farmacia no tienen el medicamento que me receta el médico ¿pueden negarse a cambiarlo por otro similar? 136

5.3. APORTACION DE LOS USUARIOS EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA 137

¿Cuál es la cuantía máxima que debe pagar un pensionista al mes por el copago farmacéutico y que pasa si se está pagando más del máximo? 137

¿Dónde puedo presentar la comunicación de discrepancia de datos en la que señalo mi desacuerdo en el tipo de aportación farmacéutica? 137

El copago en el caso de que el pensionista tenga a su cargo en su misma tarjeta a un beneficiario ¿se aplica por pensionista o por número de usuarios de la tarjeta? 137

5.4. ACTUALIZACIÓN DE LOS LÍMITES MÁXIMOS DE APORTACIÓN MENSUAL PARA LOS PENSIONISTAS Y SUS BENEFICIARIOS EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA 140

Soy pensionista y hoy en la farmacia vi que tengo que pagar otra cantidad por los medicamentos. ¿Es correcto? 140

5.5. USUARIOS EXENTOS DE LA APORTACIÓN EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA 140

¿Qué personas están exentas del copago sanitario en Galicia? 141

5.6. MEDICAMENTOS DE APORTACIÓN REDUCIDA 142

Soy enferma crónica. En la farmacia hay medicamentos por los que pago un 40% y de otros pago muy poco, y siempre alrededor de los 4 euros. ¿A qué es debido esto? 142

5.7. MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 143

La medicación DUPHALAC ¿está financiada por la Seguridad Social? 143

5.8.	EXENCIÓN DE APORTACIÓN EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA PARA PERSONAS EN PARO QUE PERDIERON EL DERECHO A PERCIBIR EL SUBSIDIO DE DESEMPLEO	143
	Estoy en el paro y no tengo ninguna prestación. ¿Los medicamentos para las personas en mi situación, son gratuitos?	143
5.9.	APORTACIÓN FARMACÉUTICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	144
	Una persona con un certificado de discapacidad, ¿qué tipo de aportación le corresponde en la prestación farmacéutica?	144
5.10.	CUESTIONES SOBRE LAS APORTACIONES FARMACÉUTICAS-R.D.16/2012	145
	¿Cuáles son los cambios que se produjeron en la prestación farmacéutica?	145
5.11.	RECETA ELECTRÓNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (S.N.S.)	150
	¿Qué ocurre si viajo fuera de Galicia y necesito recoger en una farmacia los medicamentos recetados por el Sergas en otra Comunidad Autónoma?, ¿quedará constancia de dicho acto en la Comunidad Autónoma donde se realizó la prescripción?	150
6.	RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS	153
6.1.	CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O APORTACIÓN.....	153
	¿Qué es unha reclamación, una sugerencia y una aportación?	153
	Deseo hacer una reclamación pero no dispongo de certificado digital. ¿Dónde puedo presentarla?	153
6.2.	CÓMO SE PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE TRAMITACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN O SUGERENCIA	156
	¿Pueden indicarme dónde consultar el estado de tramitación de mi reclamación?	156
6.3.	RECLAMACIÓN RELACIONADA CON LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. DÓNDE Y CÓMO PRESENTARLA.....	157
	La hoja de inclusión en el registro de pacientes en espera tiene marcada la prioridad 2 y la fecha es del XX/XX/XXXX y aún no me llamaron. ¿Cómo puedo reclamar?	157
6.4.	IMPOSIBILIDAD DE FACILITAR INFORMACIÓN DE DATOS CLÍNICOS	158

¿Puedo consultar la información de lista de espera sin tener DNI electrónico, CHAVE365 ni certificado digital? ¿hay alguna otra opción?	158
7. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA E INFORMACIÓN.....	160
7.1. SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIAL CLÍNICO/CONSULTA HISTORIA CLÍNICA E HISTORIAL FARMACOTERAPÉUTICO	160
He cambiado de asistencia sanitaria del régimen general a Muface y necesito mi historial médico, ¿cómo tengo que proceder para conseguirlo?.....	160
¿Con el DNI electrónico podría acceder a mi historial médico? ¿Cómo tendría que hacer?	160
Por cambio de residencia a otra comunidad autónoma, me solicitan el historial médico y de dispensaciones de medicamentos para continuar con mis tratamientos. ¿Podría informarme de cómo conseguirlo?.....	160
¿Es posible el acceso a mi historial médico a través de su web o de É-Saúde?	160
¿Cómo puedo solicitar el historial clínico de un familiar fallecido recientemente?	160
7.2. SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DESDE FUERA DE GALICIA	167
Actualmente vivo en otra Comunidad Autónoma. ¿Cómo puedo solicitar copia de mi historial clínico en el Sergas?.....	167
7.3. CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA E HISTORIAL FARMACOTERAPÉUTICO POR INTERNET.....	167
¿Cómo puedo acceder a mi historial clínico y a mis radiografías a través de internet?	167
7.4. CONSERVACIÓN HISTORIAS CLÍNICAS EN EL SERGAS	168
¿Cuánto tiempo es obligatorio conservar las historias clínicas de los pacientes y qué tipo de información debe conservarse indefinidamente?	168
7.5. SOLICITUD DE INFORMACIÓN/RECLAMACIÓN POR REPRESENTANTE NO ACREDITADO, EN SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE	169
¿Puede solicitar otra persona información o copia de mi documentación clínica si no puedo realizar el trámite personalmente en el servicio de atención al paciente?	169
7.6. SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE AUTOPSIA.....	171
Un familiar puede solicitar la realización de una autopsia, ¿en qué casos? ¿Qué legislación es aplicable?.....	172

7.7. SOLICITUD DE CONSULTA DE ACCESOS INDEBIDOS A LA HISTORIA CLÍNICA	173
Quiero saber cómo y a quién debo solicitar información para que se me facilite el listado de las personas que accedieron a mi historial médico.....	173
7.8. SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE PRECISE DE RESPUESTA INMEDIATA	175
¿Podrían confirmarme la hora de la consulta médica?	175
¿Cómo puedo hacer una consulta médica para que me orienten de forma rápida?	175
7.9. CERTIFICADOS MÉDICOS / INFORME DE SALUD	175
Mi hija necesita un certificado médico para acudir a un campamento de verano, ¿qué tengo que hacer para solicitarlo y qué necesito llevar para que el médico lo expida?	175
7.10. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA LISTA DE ESPERA	176
7.10.1. ¿Cuál es el procedimiento que seguirá el Servizo Galego de Saúde si me proponen realizar una intervención quirúrgica?.....	176
7.10.2. Cuando el médico me propone la realización de la intervención quirúrgica, ¿tengo un plazo para tomar mi decisión?	177
7.10.3. ¿Dónde tengo que entregar la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica?	177
7.10.4. ¿De cuántos ejemplares consta la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica?	177
7.10.5. ¿Cuál es la fecha de entrada en la lista de espera?	178
7.10.6. ¿Qué es el Registro de pacientes en espera quirúrgica?	178
7.10.7. ¿Cómo actualizo mis datos personales?.....	178
7.10.8. ¿Por iniciativa de quién se pueden modificar las condiciones del Registro?	179
7.10.9. ¿Dónde puedo encontrar información sobre mi situación en el Registro de pacientes en espera quirúrgica?	179
7.10.10. ¿Cuáles son los motivos de salida del Registro de pacientes en espera quirúrgica?	180
7.10.11. ¿En el momento que acudo al hospital para realizar la operación, dejo de formar parte del Registro de pacientes en espera quirúrgica?	181
7.10.12. ¿Desde qué momento empieza a contar la espera para una intervención quirúrgica?	181
7.10.13. ¿Qué son los niveles de prioridad de una intervención quirúrgica?	181
7.10.14. ¿Están definidos los procedimientos quirúrgicos que se consideran desde el punto de vista clínico prioridad 1?	181

7.10.15. ¿Cómo se clasifican los pacientes en función del tipo de espera?	182
7.10.16. ¿Dónde puedo encontrar información sobre los tiempos de espera en Galicia?	183
7.10.17. ¿Cómo me citarán o llamarán?	183
7.10.18. ¿Con quién tengo que contactar si no puedo acudir a la cita?	183
7.10.19. Si acudo a la cita para la intervención quirúrgica y esta se cancela, ¿qué ocurre con mi situación en lista de espera?	184
7.10.20. ¿Quién puede beneficiarse de las garantías de tiempos máximos de espera?	184
7.10.21. ¿Qué situaciones no se computarán en el tiempo máximo de espera?	184
7.10.22. ¿Me pueden realizar la intervención quirúrgica en un centro diferente al que me corresponde?	184
7.10.23. ¿Qué procedimiento tengo que seguir si deseo ser atendido en cualquier otro centro sanitario?	185
7.10.24. ¿Qué garantía me ofrece la derivación a otro centro?	185
7.10.25. ¿Puedo rechazar la derivación? ¿Qué pasaría en ese caso con mi situación en lista de espera a derivación?	185
7.10.26. ¿Qué supuestos quedan excluidos del procedimiento de garantía de tiempos máximos de espera para una intervención quirúrgica?	185
7.10.27. ¿A dónde tengo que dirigirme en el supuesto de que se superen los plazos máximos de espera?	186
7.10.28. ¿A dónde me puedo dirigir si me surgen dudas antes de que me citen para mi intervención?	186
7.10.29. ¿Dónde y cómo puedo presentar una reclamación relacionada con la lista de espera quirúrgica?	186
7.10.30. ¿Cuál es la legislación vigente que regula las listas de espera en la Comunidad Autónoma de Galicia?	187
7.10.31. ¿Cuáles son los modelos oficiales de formularios vigentes relacionados con la lista de espera quirúrgica en el Sistema Público de Salud de Galicia?	188
7.11. INFORMACIÓN SOBRE LOS CERTIFICADOS DIGITALES	188
¿Qué es un Certificado Digital y qué garantía ofrece?	188
¿Cómo obtener un Certificado Digital?	188
¿Qué significa revocar un certificado?	189
¿Cómo utilizo mi Dni electrónico?	189
7.12. INFORMACIÓN SOBRE CHAVE 365	189

Alta de usuario/Modificación de datos y baja en Chave365/Dónde gestionar presencialmente Chave365	189
---	-----

8. REINTEGRO DE GASTOS Y PRESTACIONES SANITARIAS 193

8.1. PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA AMBULATORIA/ TRAMITACIÓN POR REINTEGRO DE GASTOS 193

Preciso información sobre el procedimiento para el reintegro de gastos de la prestación ortoprotésica ambulatoria: qué pasos tengo que seguir, las condiciones, qué modelos cubrir y dónde entregarlos.... 193

8.2. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS 195

¿El Sergas proporciona sillas de ruedas sencillas a una pensionista para facilitar los desplazamientos tanto en el domicilio como fuera de él? De ser así, ¿qué trámites hay que realizar? 195

8.3. TRANSPORTE SANITARIO 196

Si tengo que desplazarme desde mi pueblo hasta el Hospital para recibir tratamiento oncológico y no tengo posibilidad de hacerlo por mis medios, ¿cómo puedo solucionarlo? 196

8.4. SOLICITUD DE AYUDAS AL DESPLAZAMIENTO 198

Tengo que comenzar un tratamiento oncológico en A Coruña, enviado por el Sergas y soy de la provincia de Lugo. Si me desplazo por mis medios ¿tengo derecho a que me devuelvan algo de los gastos? 198

8.5. SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS..... 201

De manera imprevista me puse de parto con siete meses de embarazo; aconteció todo tan rápido que las asistencias urgentes decidieron llevarme a un centro privado porque no daba tiempo a llegar al hospital público más próximo. ¿Puedo solicitar que me reembolsen el importe de los gastos? 201

8.6. SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS PARA ABSORBENTES EN LA INCONTINENCIA URINARIA INFANTIL 202

Tengo un niño de 5 años con autismo, todavía usa pañal y según el Real Decreto Ley 16/2012 tenemos derecho al reintegro de gastos de los pañales. ¿Vale el tique de cualquier supermercado o tiene que ser específicamente de farmacia? ¿A mayores tengo que presentar factura? 202

8.7. FACTURACIÓN POR EMPRESAS PROVEEDORAS DE CENTROS SANITARIOS DEL SERGAS - MODO DE PRESENTACIÓN 204

Somos empresa proveedora de un hospital del Sergas. Recibimos una circular informando que las facturas deben ser presentadas en los registros administrativos de la gerencia del Área Sanitaria. ¿Se pueden presentar las facturas en otros registros administrativos? 204

9. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS..... 206

9.1. SOLICITUD DE TARJETA DE DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.....	206
9.2. ¿QUÉ SIGNIFICA SER DONANTE?	206
9.3. ¿QUÉ ÓRGANOS Y TEJIDOS SE PUEDEN DONAR?	206
9.4. ¿SE PUEDE DONAR ALGÚN ÓRGANO O TEJIDO MIENTRAS SE ESTÁ VIVO?.....	207
9.5. ¿QUÉ ES LA MEDULA ÓSEA?	207
9.6. ¿QUIÉN PUEDE SER DONANTE DE MEDULA ÓSEA?	208
9.7. ¿DÓNDE PUEDO HACERME DONANTE DE MEDULA ÓSEA?	208
9.8. ¿DE DÓNDE PROCEDEN LOS ÓRGANOS Y LOS TEJIDOS QUE SE TRASPLANTAN?	208
9.9. ¿QUIÉN PUEDE SER DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS TRAS SU FALLECIMIENTO?	209
9.10. ¿POR QUÉ NO PUEDEN SER DONANTES DE ÓRGANOS LA MAYORÍA DE LOS FALLECIDOS?	209
9.11. ¿QUÉ ES LA MUERTE CEREBRAL?	209
9.12. ¿QUIÉN DIAGNOSTICA LA MUERTE CEREBRAL?	210
9.13. ¿LA MUERTE CEREBRAL TIENE ALGO QUE VER CON EL COMA?	210
9.14. ¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO PRESUNTO?	210
9.15. ¿QUÉ PASA SI MI FAMILIA SE OPONE A LA DONACIÓN?.....	211
9.16. ¿LE AYUDA A LA FAMILIA CONOCER LA OPINIÓN SOBRE LA DONACIÓN DEL FALLECIDO?	211
9.17. ¿QUÉ OCURRE SI CAMBIO DE OPINIÓN SOBRE LA DONACIÓN?.....	211

9.18. ¿PODRÍA EXCLUIR DE LA DONACIÓN ALGÚN ÓRGANO O TEJIDO CONCRETO?	211
9.19. ¿CAMBIARÁ LA ACTITUD DE LOS MÉDICOS A LA HORA DE ATENDERME EN UN MOMENTO CRÍTICO SI SABEN QUE SOY DONANTE?	212
9.20. ¿QUÉ CAMBIOS PROVOCA LA DONACIÓN EN EL ASPECTO EXTERNO DE LA PERSONA FALLECIDA?	212
9.21. ¿LA DONACIÓN INTERFIERE EN EL FUNERAL O EN EL ENTIERRO?	212
9.22. ¿QUÉ PIENSAN LAS RELIGIONES SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS?	212
9.23. ¿QUÉ LEGISLACIÓN REGULA LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE?	213
9.24. ¿PUEDE CONOCER LA FAMILIA DE UN DONANTE EL NOMBRE DE LOS ENFERMOS TRASPLANTADOS O UN TRASPLANTADO EL NOMBRE DE SU DONANTE?	213
9.25. ¿POR QUÉ DEBERÍA HACERME DONANTE?	213
9.26. ¿QUÉ ES LA TARJETA DE DONANTE?	214
9.27. ¿DÓNDE SE CONSIGUE UNA TARJETA DE DONANTE?	214
9.28. ¿EXISTE ALGUNA VENTAJA PARA LOS DONANTES?	214
9.29. ¿CÓMO PUEDO HACERME DONANTE?	214
10. SALUD LABORAL	217
10.1. SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE INCAPACIDADES LABORALES / MUTUAS DE TRABAJO	217
Estoy de baja laboral. Quisiera saber si puedo viajar hasta la casa de mis padres en otra ciudad, sin problema, o si tengo que pedir autorización a mi doctora de cabecera.....	
	217

11.	INFORMACIÓN/MISCELÁNEA	220
11.1.	PROGRAMA DE VIGILANCIA SANITARIA DE LAS PLAYAS DE GALICIA.....	220
	¿Dónde puedo consultar la clasificación sanitaria anual de las zonas de baño en Galicia?	220
11.2.	INFORMACIÓN SOBRE LOS CERTIFICADOS DIGITALES	220
	¿Qué es un Certificado Digital y qué garantía ofrece?	220
	¿Cómo obtener un Certificado Digital?	220
	¿Qué significa revocar un certificado?	221
	¿Cómo utilizo mi Dni electrónico?	221
12.	SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA	223
	Mi padre tiene impedimentos para desarrollar algunas actividades de la vida cotidiana y además confluyen otros factores de tipo social, económico, etc. ¿Cómo podría informarme de si cumple los requisitos para solicitar una ayuda de dependencia?	223
12.1.	¿CUÁL ES SU OBJETO?	224
12.2.	¿QUIÉNES SON LOS TITULARES DEL DERECHO?.....	225
12.3.	¿QUÉ DOCUMENTACIÓN ACOMPAÑARÁ A LA SOLICITUD?	225
12.4.	¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON LAS CONDICIONES DE SALUD?	227
12.5.	CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PRESTACIONES	228
13.	DERECHOS DE LA CIUDADANÍA	233
13.1.	DERECHO A MANIFESTAR LAS INSTRUCCIONES PREVIAS	233
	Quisiera saber qué tengo que hacer para informarles de mis instrucciones previas. Vi que pueden incluir un documento con ellas pero desconozco si se trata de un formulario oficial, si lo tiene que cubrir un médico, si tiene que ser firmado ante notario, etc.	233
	¿QUÉ ES EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS?.....	234
	¿QUIÉN LO PUEDE OTORGAR?	234

¿SE PUEDE REVOCAR?.....	234
¿CUÁL DEBE SER SU CONTENIDO?.....	234
¿CÓMO SE OTORGA?.....	236
¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?	237
¿QUÉ ES EL REGISTRO GALLEGO DE INSTRUCCIONES PREVIAS?	237
¿DÓNDE SE PRESENTA LA SOLICITUD?	237
¿QUÉ DOCUMENTOS SE NECESITAN?.....	239
¿CUÁNDO Y CÓMO ACCEDEN AL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS LOS PROFESIONALES SANITARIOS?.....	240
13.2. DERECHO A LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO GALLEGO.....	243
Quisiera saber cómo puedo solicitar una segunda opinión médica fuera de Galicia, ya que a mi hija le han diagnosticado una enfermedad degenerativa e incapacitante y querría poder llevarla al centro de referencia nacional	243
13.3. LIBRE ELECCIÓN DE PERSONAL MÉDICO DE FAMILIA, PEDIATRA Y PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, Y DE CENTRO O COMPLEJO HOSPITALARIO POR UN PROBLEMA DE SALUD NUEVO, EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE GALICIA.....	247
¿Cómo puedo hacer el cambio de médico de cabecera?	247
¿Puedo tener el médico de cabecera en un ayuntamiento diferente al de residencia?	247
Voy a cambiar de vivienda en el mismo ayuntamiento y hay un centro de salud cerca, pero yo prefiero mantener mi médica de cabecera actual. ¿Es esto posible?.....	247
¿Se puede elegir pediatra, independientemente del médico de cabecera? ¿Incluso fuera del ayuntamiento en el que estás empadronado?	247
Tengo que someterme a una intervención quirúrgica por indicación de mi especialista. ¿Puedo elegir el hospital en el que deseo ser operado?	247
14. DEBERES DE LA CIUDADANÍA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE GALICIA	254



Introducción

Uno de los principales objetivos estratégicos de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud es que la ciudadanía reciba la mejor asistencia posible, y que nuestro sistema sanitario funcione de forma ágil y efectiva; un objetivo que requiere que todos los agentes implicados dispongan de un nivel adecuado de conocimientos e información actualizada sobre aspectos fundamentales de la normativa, estructura y organización de este complejo sistema.

La ciudadanía gallega viene mostrando una demanda creciente sobre información de salud y del sistema sanitario, y desde la Administración sanitaria tenemos el deber y la voluntad de proporcionársela de la manera más accesible.

La ciudadanía formula a diario por diferentes canales preguntas, dudas, aportaciones, sugerencias o reclamaciones, sobre temas que se repiten con frecuencia: tarjeta sanitaria, trámites de cambio de profesionales asignados en atención primaria, solicitud de documentación clínica, solicitud de citas en atención primaria, aportaciones en la prescripción farmacéutica, ...

Con el objetivo de reunir en una misma publicación la información sobre los asuntos de nuestro sistema de salud más solicitados por la ciudadanía, nació la publicación "Preguntas frecuentes en el ámbito sanitario. Manual de consulta para la ciudadanía", que recoge las respuestas a aquellas cuestiones que despiertan mayor interés entre las personas usuarias, y que puede consultarse en la web.

Para la documentación y elaboración de las respuestas se utilizaron diferentes fuentes de consulta: legislación autonómica y nacional, web del Sergas y de otras consellerías, del Ministerio de Sanidad, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de la Seguridad Social, ...

Es fundamental destacar que este manual requiere una revisión permanente para mantener actualizados sus contenidos, la normativa, los enlaces con los sitios de internet, ... Cuenta con un índice interactivo que contiene alrededor de 200 preguntas con sus respuestas, agrupadas en 14 capítulos, organizadas por áreas temáticas y con enlaces mediante hipervínculos a formularios, procedimientos y otra información de interés.

Asimismo, este manual es de utilidad para el personal sanitario que trabaja en las unidades de atención al paciente, pues proporciona una información clara y concreta sobre temas que requiere comúnmente la ciudadanía.

Creemos que es útil para toda nuestra organización, porque promueve la rigurosidad, la homogeneidad y la consistencia en la emisión de respuestas a las preguntas que preocupan a las personas usuarias del sistema, fortaleciendo de este modo nuestra identidad corporativa.

Entender las necesidades de los y de las pacientes, y fomentar que la ciudadanía conozca el Sistema Público de Salud de Galicia para que pueda ejercer sus derechos y deberes con responsabilidad, es un compromiso del Servicio Gallego de Salud y la Consellería de Sanidad. Con este manual queremos contribuir a su cumplimiento.

José Flores Arias

Gerente del Servicio Gallego de Salud



1. TARJETA SANITARIA

1.1. SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA POR PRIMERA VEZ

¿Cómo puedo solicitar la tarjeta sanitaria galega por primera vez?

Vengo a vivir a Galicia. ¿Cómo puedo tener una tarjeta sanitaria de aquí?

La solicitud por primera vez de la tarjeta sanitaria de Galicia puede hacerla de dos formas:

Si dispone de certificado digital (para mayores de edad) o DNI electrónico con certificado digital válido, con lector de tarjeta, puede solicitarla a través de internet en la página web del Sergas en el espacio “CIUDADANIA”/Tarjeta Sanitaria y Cambio de profesional /Solicitud de tarjeta sanitaria por primera vez (Con Certificado Digital) y seguir las instrucciones indicadas. Escoge usted el médico según el listado que le ofrece la página.

Le recordamos que debe enviar el certificado de empadronamiento en el plazo de un mes, por fax, al número 981 569 601 o al correo electrónico tarjeta.sanitaria@sergas.es

Le informamos que la presentación del certificado de empadronamiento es requisito en la solicitud inicial de la tarjeta sanitaria gallega, y en el caso de que hubiera tenido anteriormente tarjeta sanitaria gallega y fuera baja por emigración.

Si no dispone de certificado digital o DNI electrónico tendrá que hacerlo de forma presencial en el mostrador de atención al paciente de un centro de salud próximo a su domicilio.

Puede consultar los centros de salud por provincia y ayuntamiento y los Centros de Tramitación de la Tarjeta Sanitaria en las siguientes direcciones de internet:

<http://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Centros-asistenciais?idioma=es>
<https://tsinternet.sergas.es/TSInternet/InicioTSInternet.servlet?opcion=8>

Se le facilitará un resguardo que le servirá como justificante mientras no reciba la nueva tarjeta. Este justificante tiene una caducidad de tres meses. Si en ese periodo no recibe en su domicilio la tarjeta sanitaria deberá comunicarlo a su centro de salud para confeccionarle otra sin coste y puede solicitar un nuevo resguardo.

Podrá solicitar la tarjeta **cualquier persona empadronada** en Galicia y que tenga reconocido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social/Instituto Social de la Marina el derecho a la asistencia sanitaria con la condición de asegurada/beneficiaria.

Documentación necesaria – Solicitud presencial:

- ✓ Documento identificativo válido y en vigor, obligatorio para los que ya cumplieron 14 años.
- ✓ Certificado/volante de empadronamiento (para los menores de edad no es necesario si el titular del derecho está de alta en el Sistema de Información Poblacional de Galicia, es decir, en tarjeta sanitaria del Sergas).
- ✓ Cartilla de la Seguridad Social (en el caso de beneficiarios el P1: documento de inclusión).

Documentación necesaria – Solicitud por internet (solo para mayores de edad):

Titular: certificado de empadronamiento.

Beneficiario:

- ✓ Certificado de empadronamiento para los mayores de 18 años.
- ✓ Si es mayor de edad el documento P1 (documento de inclusión emitido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social). Si es menor de edad, la copia del Libro de Familia.

Para más información puede llamar al teléfono de atención a la ciudadanía 981 569 540 en horario de 9 a 20 horas, de lunes a viernes, excepto festivos.

1.2. SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA CON EL PRIMER TRABAJO/CAMBIO DE BENEFICIARIO A TITULAR CON UN NÚMERO DE AFILIACIÓN PROPIO

Con el primer contrato de trabajo, ¿qué tengo que hacer para obtener la tarjeta sanitaria?

Recibí nueva tarjeta de la seguridad social y el número de afiliación cambió... quería saber ¿por qué?

Comencé a trabajar. Era beneficiaria de un asegurado. Tengo que solicitar cambio de la tarjeta sanitaria?

La entidad que reconoce el derecho a la asistencia sanitaria pública es el Instituto Nacional de la Seguridad Social/Instituto Social de la Marina, y son los servicios de salud de las comunidades autónomas las encargadas de acreditar este derecho emitiendo la tarjeta sanitaria.

Cuando se produce una situación de cambio de beneficiario de una cartilla de la Seguridad Social a titular pueden darse dos situaciones:

- ✓ Si en la tarjeta sanitaria que tiene en la actualidad ya consta el número de afiliación propio, no genera una nueva tarjeta y sirve la que tiene.
- ✓ Si en la tarjeta sanitaria que tiene en la actualidad no consta el número de afiliación propio, se genera una nueva tarjeta que se le enviará a su domicilio.

Mientras no recibe la nueva tarjeta podrá solicitar en el centro de salud un resguardo con los datos actuales de la tarjeta.

Si necesita más información, puede llamar usted al teléfono de atención a la ciudadanía de la tarjeta sanitaria 981 569 540 en horario de 9 a 20 horas, de lunes a viernes, excepto festivos.

1.3. SOLICITUD DE LA TARJETA SANITARIA DESPUÉS DE RESIDIR FUERA DEL PAÍS MÁS DE 90 DÍAS

Mi hija de 21 años residió en el extranjero durante dos años porque estuvo estudiando. ¿Cómo hago para incluirla como beneficiaria mía o del padre y recuperar su tarjeta sanitaria?

Para incluir a una persona como beneficiaria de otra en su cartilla de la Seguridad Social debe acudir a una oficina del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o al Instituto Social de la Marina (ISM), ya que son los organismos competentes para reconocer dicha condición.

Cuando formalicen la inclusión le facilitarán un documento con el que debe acudir al centro de salud, junto con el DNI, un certificado/volante de empadronamiento con una fecha de expedición no superior a 3 meses y la tarjeta sanitaria anterior (se la tiene en su poder).

En el centro le solicitarán la tarjeta como beneficiaria y le facilitarán un resguardo que le servirá para recibir asistencia sanitaria y adquirir los medicamentos en la farmacia mientras no reciba la nueva tarjeta.

Si necesita más información, puede llamar usted al teléfono de atención a la ciudadanía de la tarjeta sanitaria 981 569 540 en horario de 9 a 20 horas, de lunes a viernes, excepto festivos.

1.4. TARJETA SANITARIA NO RECONOCIDA POR LOS DISPOSITIVOS AUTOMÁTICOS DE CITACIÓN

Dispongo de una tarjeta sanitaria que no la leen los aparatos para pedir el tique de la vez en consulta. ¿Me la renovarán sin coste?

En efecto, su tarjeta tiene la banda magnética que no funciona, lo que puede dar lugar al problema que usted menciona.

Si la tarjeta está deteriorada debe solicitar una nueva en el centro de salud o a través de internet en la página www.sergas.es, y abonar la correspondiente tasa.

Si necesita más información, puede llamar usted al teléfono de atención a la ciudadanía de la tarjeta sanitaria 981 569 540 en horario de 9 a 20 horas, de lunes a viernes, excepto festivos.

1.5. TARJETA SANITARIA CON UN FORMATO NUEVO

Recibí una tarjeta sanitaria nueva que no tiene el mismo formato que la anterior. ¿Puede tratarse de un error?

La tarjeta sanitaria cambió de formato en adaptación al 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.

A fin de desarrollar lo dispuesto por esta norma, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión de 29 de febrero de 2012, aprobó el proyecto de formato único y común de tarjeta sanitaria individual válido para todo el Sistema Nacional de Salud.

www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf

Por ahora hay envío de tarjetas con el nuevo formato a los ciudadanos/as que hacen una nueva solicitud por robo, pérdida, extravío, etc., o bien por solicitarla por primera vez.

Los que ya tienen la tarjeta sanitaria y tiene fecha de caducidad desde febrero del 2011 en adelante, se están renovando gradualmente.

1.6. SOLICITUD DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA

Voy a viajar al extranjero. ¿Qué debo hacer para acudir al médico?

La tarjeta sanitaria europea (TSE) o el certificado provisional sustitutorio (CPS), son los documentos que acreditan el derecho de su titular para recibir la asistencia necesaria durante los desplazamientos a un país perteneciente a la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y la Confederación Suiza por acuerdo.

Es el documento personal e intransferible que acredita el derecho a recibir las prestaciones sanitarias que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, durante una estancia temporal en el territorio del Espacio Económico Europeo (1) o Suiza, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración de la estancia prevista, de acuerdo con la legislación del país de estancia, independientemente de que el objeto de la estancia sea el turismo, una actividad profesional o los estudios.

El Certificado provisional sustitutorio puede solicitarlo cuando el desplazamiento sea inminente y no sea posible la obtención de la Tarjeta Sanitaria Europea al inicio del desplazamiento.

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10938/11566/1762?changeLanguage=es>

Para poder obtener la Tarjeta Sanitaria Europea puede:

1º.- Solicitarla en un centro de atención e información de la Seguridad Social (CAISS), provisto de la cartilla de la Seguridad Social y del DNI (si no tiene dicha cartilla, puede presentar la Tarjeta Sanitaria de Galicia).

2º.- Solicitarla a través de la página web <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10938/11566/1761>

No es necesario tener certificado digital.

Este trámite puede realizarse tanto para el titular como para los beneficiarios. Se remite dicha tarjeta al domicilio en aproximadamente 10 días.

Estos documentos son gratuitos. El período de validez consta tanto en la TSE como en el CPS.

La Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) no es válida cuando el desplazamiento tenga la finalidad de recibir tratamiento médico, en cuyo caso es necesario que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o el Instituto Social de la Marina (ISM), emitan el formulario correspondiente, previo informe favorable del servicio de salud. Tampoco es el documento válido si usted traslada su residencia al territorio de otro estado miembro.

En algunos casos, deberá asumir una cantidad fija o un porcentaje de los gastos derivados de la asistencia sanitaria, en igualdad de condiciones con los asegurados del estado al que se desplaza. Estos importes no son reintegrables.

Estados en los que tiene validez la TSE:

Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Suecia y Suiza.

Para más información puede llamar al teléfono de información del Instituto Nacional de la Seguridad Social 901 502 050.

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10938/11566/1761>

A partir del 01.09.2012, a los ciudadanos portadores de Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), de Certificado Provisional Sustitutorio (CPS) o de los formularios que no recojan su condición de pensionista, se les aplicará el siguiente algoritmo para establecer la cuota de aportación farmacéutica:

Usuarios con documentación acreditativa de pensionista o aquellos que no la aportan pero firman la declaración de tener dicha condición: 10% de aportación.

Usuarios no identificados como pensionistas: 50% de aportación.

La asistencia sanitaria prestada, incluida la prestación farmacéutica, será facturada a los países de origen.

1.7. TARJETA SANITARIA AA

¿Cuál es el procedimiento para obtener la Tarjeta sanitaria doble AA y qué pacientes tienen derecho a ella?

En el siguiente enlace de la web del Sergas puede obtener la información sobre el procedimiento para la emisión de la tarjeta sanitaria o documento de prestación sanitaria “AA”, así como acceder al formulario de solicitud:

<http://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria?idcatgrupo=11294&idioma=es>

El objetivo de la tarjeta sanitaria “AA” es favorecer la accesibilidad a determinados servicios sanitarios de los pacientes que presenten trastornos cognitivos o de memoria, trastornos de conducta y problemas de comunicación que requieran de ayuda y acompañamiento permanente, independientemente de la patología padecida o diagnosticada.

Se trata de minimizar, dentro de lo posible, las esperas en las consultas de los centros de salud, consultas externas, servicios de urgencias y hospitalización, y permitir a sus acompañantes o cuidadores el acompañamiento permanente durante la asistencia sanitaria, excepto si hubiera alguna circunstancia clínica grave que lo impidiera.

El Servicio Gallego de Salud y la Consellería de Sanidad podrán emitir la tarjeta sanitaria o documento de prestación de la asistencia sanitaria con un distintivo específico “AA” y aplicar los procedimientos y protocolos regulados en la Instrucción 9/2018.

1.8. SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA POR PÉRDIDA O EXTRAVÍO / ROTURA O DETERIORO

Perdí la tarjeta sanitaria. ¿Cómo puedo solicitar otra?

Para la solicitud de la tarjeta sanitaria por pérdida o extravío/rotura o deterioro, es preceptivo el pago de una tasa.

La Ley 12/2011 de 26 diciembre, de medidas fiscales y administrativas introduce modificaciones en la Ley 6/2003, de 9 de diciembre, de tasas, precios y exacciones reguladoras de la Comunidad Autónoma de Galicia, y entre ellas añade una nueva tasa por el concepto de renovación o reposición de tarjeta sanitaria (Instrucción 1/2012 de 14 de febrero de 2012- Procedimiento administrativo de tarjeta sanitaria en los centros tramitadores por la incorporación de una tasa para los supuestos de renovación o reposición de la tarjeta sanitaria).

Usted puede solicitar la tarjeta de dos formas:

1º- Si posee certificado digital,

A través de internet, con certificado digital, en la siguiente dirección: www.sergas.es, tarjeta sanitaria y cambio de médico/Solicitud/ Por pérdida, robo o extravío.

Para el pago de la tasa deberá cubrirse el impreso de autoliquidación de tasas que podrá obtenerse de las siguientes formas:

- a. Solicitándolo en las jefaturas territoriales de hacienda o en el centro de salud.
- b. En la página web de la Consellería de Facenda, mediante la confección on-line del modelo AI:

<http://www.conselleriadefacenda.es/es/servizos-e-tramites/listaxe-servizos/taxas-prezos-multas-e-sancions/pago-telematico-de-taxas-e-prezos>

Puede hacer el pago de forma telemática a través de la Oficina Virtual Tributaria, en la página web de la Consellería de Facenda, por medio de las entidades financieras colaboradoras en la recaudación que estén prestando este servicio (información disponible en la Oficina Virtual Tributaria):

<http://www.conselleriadefacenda.es/servizos-e-tramites/listaxe><http://www.conselleriadefacenda.es/es/servizos-e-tramites/listaxe-servizos/taxas-prezos-multas-e-sancions/pago-telematico-de-taxas-e-prezos-servizos/taxas-prezos-multas-e-sancions/pago-telematico-de-taxas-e-prezos>

Para más información puede llamar al teléfono de atención a la ciudadanía 981 569 540 en horario de 9 a 20 horas, de lunes a viernes, excepto festivos.

2º- Si no posee certificado digital,

En el propio centro de salud le facilitarán el impreso de Autoliquidación de Tasas, o puede obtenerlo de las siguientes formas:

- a. Solicitándolo en las jefaturas territoriales de hacienda.
- b. En la página web de la Consellería de Facenda, mediante la confección on-line del modelo AI:

<http://www.conselleriadefacenda.es/servizos-e-tramites/listaxe-servizos/taxas-prezos-multas-e-sancions/pago-telematico-de-taxas-e-prezos>

Una vez abonadas las tasas por pérdida o extravío/rotura o deterioro, deberá entregar el comprobante sellado por la entidad bancaria de nuevo en el centro de salud o enviar la copia de la administración al FAX 981 569 601 o al correo electrónico: tarxeta.sanitaria@sergas.es y procederán a la solicitud de la nueva tarjeta.

Por las dos vías se le facilitará un resguardo que le servirá como justificante, para acudir al médico o ir a la farmacia, mientras no reciba la nueva tarjeta.

Este justificante tiene una caducidad de tres meses. Si en ese periodo no recibe en su domicilio la tarjeta sanitaria deberá comunicarlo a su centro de salud para confeccionarle otra sin coste y le proporcionarán un nuevo resguardo.

1.9. CADUCIDAD DE LA TARJETA SANITARIA

Mi tarjeta sanitaria caducó. ¿Tengo que solicitar una nueva tarjeta sanitaria?

La tarjeta sanitaria está vigente mientras el/la ciudadano/ciudadana conste de alta en el Sistema de Información Poblacional de Galicia - Tarjeta Sanitaria.

Hasta enero de 2011 la tarjeta caducaba, y en ella figuraba la fecha de caducidad, pero desde febrero de 2011 las tarjetas sanitarias, aunque tengan fecha de caducidad, siguen vigentes como documento acreditativo.

Todo ello es debido a que en la actualidad el desarrollo de la (TI) conllevó la informatización de los centros de salud, centros hospitalarios, unidades de urgencia ... y la integración de los aplicativos de la Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud con el Sistema de

Información de Tarjeta Sanitaria, que es el sistema de información que realmente puede acreditar el derecho a la asistencia sanitaria pública, señalando la tarjeta sanitaria en vigor, independiente de la fecha de caducidad.

1.10. TARJETA SANITARIA VIRTUAL – APLICACIÓN SERGAS MÓBIL

Descargué la tarjeta sanitaria virtual y quería saber cuáles son sus funcionalidades

El Servicio Gallego de Salud brinda en las aplicaciones de Apple y Google, la aplicación móvil "Sergas Móbil", que tiene como objetivo acercar a toda la ciudadanía el catálogo de apps y e-servicios del Sergas, de manera transversal, inclusiva y eficaz.

Disponible tanto en gallego como en castellano, la persona usuaria dispone de los siguientes **servicios**:

- **Tarjeta sanitaria virtual.** Almacenamiento de la tarjeta sanitaria en el móvil.
 - . El paciente dispone de su tarjeta sanitaria dentro de la aplicación móvil
 - . Equivale a la tarjeta física para efectuar las gestiones necesarias en el Servicio Gallego de Salud y en las farmacias
 - . Posibilita la supresión del contacto físico en las interacciones entre profesionales y paciente
- **Cita de atención primaria.** La cita de atención primaria vía web es uno de los recursos más empleados por la ciudadanía.

Con esta funcionalidad, a través de la aplicación móvil se facilita el acceso y uso, con el objetivo de llegar a más público y mejorar la accesibilidad.

- **Consulta de citas y obtención de turnos.** Consulta de todas las citas (primaria y especializada) y obtención de turnos.

Listado de todas las citas de primaria y de especializada del paciente seleccionado, permitiendo para cada una:

- . Servicio de obtención del turno (cuando el paciente llega al centro)
- . Indicaciones para llegar al centro de la cita desde la localización que precise, tanto desde fuera del centro como para el interior del edificio (si está disponible)

- **Videoconsulta.** Atención personalizada sin desplazarse al centro.

Una funcionalidad sencilla, accesible, que tiene por objetivo **derribar barreras** a través de una atención personalizada virtual de calidad, con capacidad de dar una buena resolución sanitaria.

- **Mis centros. Búsqueda de centros y además con geolocalización.**

Servicio de búsqueda de centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y sistema de geolocalización de usuarios en edificios:

- . Fijar centros como favoritos para evitar repetir búsquedas habituales
- . Ver la localización del centro en Google Maps y calcular la ruta para ir al centro (realidad aumentada)
- . Ver localización en el interior del centro y calcular ruta para ir al servicio concreto -en los centros que disponen de ella- (realidad aumentada)
- . Visualizar el mapa interior del centro y acceso a puntos de interés por planta -en los centros que disponen de ella-

- **Gestión de pacientes.** Los datos personales se introducen solo una vez, y quedan guardados.

El objetivo es facilitar el acceso a las personas usuarias, evitando tener que introducir repetidamente los datos, de forma que **pacientes inscritos persistan en la app**.

- **Acceso entre las diferentes aplicaciones.** É-Saúde integrado.

Acceso integrado con otras aplicaciones del Sergas, tales como:

- É-Saúde, que permite acceso a servicios y contenidos de salud personalizados:
 - ♣ Acceso a historia clínica
 - ♣ Hoja de medicación activa
 - ♣ Resumen de actividad Sergas
 - ♣ ...
- TELEA, la plataforma tecnológica de asistencia domiciliaria
- **Últimas noticias.** Acceso al listado de últimas noticias publicadas por el Servicio Gallego de Salud.

- **Redes sociales.** Acceso a los diferentes canales de la organización.

Acceso al listado de las redes sociales de los diferentes organismos/estamentos dependientes del Servicio Gallego de Salud. Se ofrece información y acceso directo a los diferentes canales que tienen disponibles en las redes sociales.

- **Mensajes.** Consulta de notificaciones de carácter general enviadas por el Sergas para comunicar novedades, avisos, etc.

1.11. QUÉ HACER SI NO LE LLEGA LA TARJETA SANITARIA

Solicité la tarjeta sanitaria y aún no la recibí. ¿Cuándo me va a llegar?

Si usted solicitó la tarjeta sanitaria por primera vez o la solicitó por pérdida o extravío y no la recibió en el plazo de tres meses, puede ponerse en contacto con su centro de salud o con el teléfono de atención a la ciudadanía sobre tarjeta sanitaria 981 569 540 en horario de 9 a 20 horas de lunes a viernes, excepto festivos, donde consultaremos el estado de su tarjeta y le informaremos.

Mientras esté sin tarjeta puede solicitar un resguardo de asistencia en el centro de salud, que le será válido para retirar la medicación en la farmacia y para recibir asistencia sanitaria.

1.12. CAMBIO DE DATOS DE LA TARJETA SANITARIA (dirección, teléfono, etc.)

¿Cómo puedo cambiar el número de teléfono y otros datos que figuran en la tarjeta sanitaria? No tengo certificado digital. ¿Algún teléfono para realizar la gestión?

Si dispone de certificado digital, puede realizar los cambios a través de la página web del Sergas en el apartado www.sergas.es en la opción de Tarjeta Sanitaria/Modificación de datos/Modificación datos personales.

También se puede realizar por teléfono marcando el número de Tarjeta Sanitaria 981 569 540 en horario de 9 a 20 horas de lunes a viernes, excepto festivos.

Esta modificación no afectará al registro de datos que tenga su hospital de referencia, por lo que también debe realizar el trámite en el propio centro hospitalario, de manera presencial.

Si no dispone de certificado digital, puede realizar los trámites de forma presencial en cualquier mostrador de atención al paciente de los centros gallegos.

1.13. TARJETA SANITARIA PERSONAS QUE CUMPLIERON 26 AÑOS

Ya cumplí 26 años y me comentaron que no puedo continuar como beneficiario en la tarjeta sanitaria de mi padre. Además, cuando quiero pedir cita para el médico por internet me dice que los datos son erróneos. ¿Pueden informarme de qué tengo que hacer?

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el organismo competente para reconocer la condición de asegurado/beneficiario es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Las personas que estuvieran como beneficiarios de un titular, al cumplir 26 años, el INSS les reconoce de forma automática la condición de asegurado, con número de afiliación propio (NAF). Es decir, lo pasó a usted de beneficiario a titular, y le asignó un nuevo número de afiliación (como titular).

Por este motivo, en el momento de solicitar cita por internet, la aplicación indica que los datos son erróneos, ya que el número de afiliación que figura en la tarjeta sanitaria (el del titular del que era beneficiario) no se corresponde con el que ha asignado automáticamente el INSS. Es por esto que, para pedir la cita, debe usted introducir este nuevo número.

Asimismo, en un breve espacio de tiempo recibirá en su domicilio una nueva tarjeta sanitaria con los nuevos datos.

Los beneficiarios de un asegurado de MUFACE, MUGEJU E ISFAS al cumplir los 26 años no adquieren obligatoriamente la condición de asegurados. Pueden optar por seguir siendo beneficiarios de mutualista o ser un asegurado en la Seguridad Social.

El número de afiliación a la Seguridad Social lo facilita el INSS. Cuando esté de alta en el registro de la Seguridad Social debe acudir al centro de salud donde quiera tener el médico de cabecera para que le soliciten la tarjeta sanitaria. En el mismo centro de salud le facilitarán toda la información para solicitar la tarjeta.

1.14. SOLICITUD DE CAMBIO DE MÉDICO DE FAMILIA

¿Cómo puedo hacer el cambio de médico de cabecera?

¿Puedo tener el médico de cabecera en un ayuntamiento diferente al de residencia?

Voy a cambiar de vivienda en el mismo ayuntamiento y hay un centro de salud cerca, pero yo prefiero mantener mi médica de cabecera actual. ¿Es esto posible?

Puede obtener información en las siguientes direcciones:

<https://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria?idcatgrupo=11288&idioma=es>

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2015/20150420/AnuncioC3K1-100415-0001_es.pdf

En el momento actual la libre elección de médico de atención primaria está regulada en Galicia por el Decreto 55/2015, de 26 de marzo, por el que se regula el ejercicio del derecho a la libre elección de personal médico de familia, pediatra y personal de enfermería en atención primaria, y de centro o complejo hospitalario por un problema de salud nuevo, en el Sistema Público de Salud de Galicia.

Puede solicitar cambio de médico de cabecera siempre que tenga el cupo abierto, que tenga la posibilidad de aceptar nuevos pacientes.

Para acceder a los médicos que tienen el cupo cerrado debe ser aceptado por el propio médico y por la gerencia del área sanitaria correspondiente. Este trámite debe realizarlo en el centro de salud.

Una vez elegido y asignado el profesional sanitario, para realizar una nueva elección deberán transcurrir un mínimo de 6 meses, a fin de garantizar la ordenación administrativa de los servicios. Esta circunstancia podrá variar si a juicio de la gerencia del área sanitaria concurren circunstancias extraordinarias que lo aconsejen.

Podrán considerarse como circunstancias extraordinarias la salvaguarda de la relación paciente-profesional o cualquier otra que a juicio de los profesionales sanitarios, y debidamente justificada, pudiera afectar a una correcta práctica asistencial.

La solicitud de cambio de médico puede hacerla de dos maneras:

- 1) Si posee certificado digital o DNI electrónico, con lector de tarjeta en su ordenador: a través de internet debe acceder a la siguiente dirección:

www.sergas.es, “Tarjeta sanitaria y cambio de profesional”, “Acceso al cambio de médico”.

- 2) Si no posee certificado digital o DNI electrónico debe dirigirse al centro de salud a donde quiere usted cambiar.

La documentación que tiene que aportar es el DNI y la tarjeta sanitaria.

Para más información puede llamar al teléfono de atención a la ciudadanía 981 569 540 en horario de 9 a 20 h, de lunes a viernes, excepto festivos.

Es importante consultar la web del Sergas donde aparecen los avisos a los ciudadanos/as sobre las implicaciones de la libre elección y si el cupo está cerrado:

<http://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria/Informaci%C3%B3n?idioma=es>

Es preciso que usted conozca una serie de cuestiones que pueden incidir en la forma en que se prestan determinados servicios. Estas son:

1. Al inicio del procedimiento de elección de profesionales sanitarios/as de atención primaria, usted recibirá información sobre los horarios de atención, las unidades de apoyo disponibles y las implicaciones que puede haber sobre la atención domiciliaria, atención continuada, transporte sanitario programado y otras prestaciones complementarias cuando no haya concordancia entre el domicilio y el ámbito territorial del cupo del profesional elegido o del hospital que le corresponde.
2. Con el objetivo de asegurar una atención integrada y la continuidad asistencial dentro del área sanitaria, la elección de médico de familia o pediatra conlleva la asignación tanto de los servicios de apoyo de la atención primaria como del hospital que le corresponde al cupo de los profesionales elegidos (la asignación de hospital no impide la elección de centro hospitalario distinto para la atención de un "problema de salud nuevo").
3. Cuando exista discordancia entre su domicilio y el ámbito territorial del hospital que le corresponda, no será posible solicitar transporte sanitario programado ni se podrá prestar la atención en régimen de hospitalización a domicilio.
4. Si elige un profesional sanitario de atención primaria que trabaja en un centro de salud de fuera de su ayuntamiento de residencia, la atención sanitaria domiciliaria no podrá ser proporcionada.
5. Para garantizar el trabajo en equipo en caso de que se opte por la libre elección de médico de familia o pediatra, el personal de enfermería deberá elegirse o ser asignado en la misma unidad de atención primaria, y viceversa, si se opta por elegir un enfermero/a el médico de familia o pediatra deberá pertenecer al plantel de la misma unidad de atención primaria.

6. Los gastos de desplazamiento derivados del ejercicio de la libre elección por los usuarios, no generarán ningún tipo de indemnización a cargo del Servicio Gallego de Salud.

1.15.SOLICITUD DE CAMBIO DE PEDIATRA A OTRO CENTRO DE SALUD/TITULAR Y BENEFICIARIO DE LA TARJETA SANITARIA CON DOMICILIOS DIFERENTES. ASIGNACIÓN DE MÉDICO

¿Puedo cambiar el médico de mi hijo a otro centro de salud?

La libre elección de pediatra en una unidad de atención primaria queda desvinculada de la elección de médico de familia, y se puede elegir fuera de esa unidad, y por lo tanto, en otro centro de salud.

Para garantizar el trabajo en equipo, en caso de que se opte por la libre elección de médico/a pediatra, el personal de enfermería deberá elegirse o ser asignado en la misma unidad de atención primaria, y viceversa, si se opta por elegir un profesional de enfermería el pediatra deberá pertenecer al plantel de la misma unidad de atención primaria.

Para el ejercicio del derecho de libre elección de pediatra la persona usuaria debe ser asegurada o beneficiaria incluida en el ámbito de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y disponer de tarjeta sanitaria en vigor del Servicio Gallego de Salud.

En el caso de los menores de edad no emancipados o personas con declaración de incapacidad, el derecho a la libre elección les corresponde a los padres, tutores o representantes legales, de conformidad con la legislación vigente.

Una vez elegido y asignado el/la pediatra, para realizar una nueva elección deberán transcurrir un mínimo de 6 meses, con el fin de garantizar la ordenación administrativa de los servicios. Esta circunstancia podrá variar si a juicio de la gerencia del área sanitaria concurren circunstancias extraordinarias que lo aconsejen.

Se podrán considerar como circunstancias extraordinarias la salvaguarda de la relación paciente-profesional o cualquier otra que a juicio de los profesionales sanitarios, y debidamente justificada, pudiera afectar a una correcta práctica asistencial.

Tramitación de la Solicitud

La libre elección de pediatra en el caso de usuarios/as sin certificado digital/DNI electrónico, cupos cerrados o menores de edad y personas declaradas legalmente incapacitadas, deberá solicitarse en el centro en el que presta servicio el/la profesional a elegir. Se le entregará a la persona solicitante una hoja de recogida de datos que tendrá que firmar.

A partir de ese momento el usuario/a estará adscrito/la al profesional elegido/a.

En los casos en los que la solicitud sea denegada la emisión y notificación de la resolución motivada por la Gerencia del Área Sanitaria deberá recibirla en el plazo de 30 días naturales a contar desde la fecha de presentación de la solicitud, ya que el silencio administrativo en este plazo tiene carácter positivo.

Es preciso que usted conozca una serie de cuestiones que pueden incidir en la forma en que se prestan determinados servicios. Estas son:

1. Al inicio del procedimiento de elección de profesionales sanitarios/as de atención primaria, usted recibirá información sobre los horarios de atención, las unidades de apoyo disponibles y las implicaciones que puede haber sobre la atención domiciliaria, atención continuada, transporte sanitario programado y otras prestaciones complementarias cuando no haya concordancia entre el domicilio y el ámbito territorial del cupo del profesional elegido o del hospital que le corresponde a ésta.
2. Con el objetivo de asegurar una atención integrada y la continuidad asistencial dentro del área sanitaria, la elección de médico de familia o pediatra conlleva la asignación tanto de los servicios de apoyo de la atención primaria como del hospital que le corresponde al cupo de los profesionales elegidos (la asignación de hospital no impide la elección de centro hospitalario distinto para la atención de un "problema de salud nuevo").
3. Cuando exista discordancia entre su domicilio y el ámbito territorial del hospital que le corresponda, no será posible solicitar transporte sanitario programado ni se podrá prestar la atención en régimen de hospitalización a domicilio.
4. De elegir un profesional sanitario de atención primaria que trabaja en un centro de salud de fuera de su ayuntamiento de residencia, la atención sanitaria domiciliaria no podrá ser proporcionada.
5. Para garantizar el trabajo en equipo en caso de que se opte por la libre elección de médico de familia o pediatra, el personal de enfermería deberá elegirse o ser asignado en la misma unidad de atención primaria, y viceversa, si se opta por elegir un enfermero/a el médico de familia o pediatra deberá pertenecer al plantel de la misma unidad de atención primaria.

6. Los gastos de desplazamiento derivados del ejercicio de la libre elección por los usuarios, no generarán ningún tipo de indemnización a cargo del Servicio Gallego de Salud.

Para más información puede llamar al teléfono de atención a la ciudadanía 981 569 540 en horario de 9 a 20 h, de lunes a viernes, excepto festivos.

1.16.SOLICITUD DE MÉDICO DE DESPLAZADOS, para ciudadanos dentro de Galicia y ciudadanos de otras Comunidades Autónomas que residan temporalmente en Galicia

Mi hijo va a comenzar a estudiar en la universidad y va a trasladarse de ciudad durante el curso. ¿Cómo tiene que hacer para poder ir al médico?

Voy a comenzar a estudiar en la universidad, pero no es mi lugar de residencia. ¿Qué debo hacer para recibir asistencia sanitaria?

Voy a ir a pasar mis vacaciones a su Comunidad. ¿Qué tengo que hacer para recibir asistencia sanitaria mientras esté en Galicia?

¿Puedo pedir cita por internet para el médico de desplazados?

Todos los ciudadanos desplazados podrán solicitar cita de atención primaria de forma presencial o telefónica, siempre para el profesional sanitario que tenga asignado en la tarjeta de asistencia de desplazados, y serán atendidos en igualdad efectiva a cualquier ciudadano.

Para solicitar cita a través de internet podrá hacerlo siempre y cuando se le asignara temporalmente un médico en otro centro de salud por su condición de paciente desplazado dentro de la Comunidad Autónoma de Galicia (debe tener CIP). Para poder solicitar dicha cita no debe tener ninguna restricción de citación.

Para solicitar un médico de desplazados debe acudir al centro de salud donde desee recibir asistencia sanitaria, preferiblemente al más próximo a su domicilio de desplazado, y presentar un certificado de su empresa en el que figure que trabaja en dicho ayuntamiento, una certificación de estudios o la justificación por la que va a residir en ese ayuntamiento temporalmente, como puede ser: cuidados de un familiar, períodos vacacionales u otras causas debidamente motivadas que considere pertinentes la Gerencia del Área Sanitaria correspondiente.

Para poder asignarle un médico de desplazados el tiempo de residencia en un ayuntamiento diferente del de residencia habitual debe ser mayor de un mes e igual o inferior a 6 meses al año.

Se le entregará una “tarjeta de asistencia a desplazados”.

El tiempo de duración de la tarjeta sanitaria de desplazados puede ser prorrogado por otros seis meses previa solicitud debidamente motivada y autorización de la Gerencia del Área Sanitaria correspondiente.

En el caso de los estudiantes la duración de la condición de desplazados será hasta la finalización de los estudios correspondientes para los que solicitan dicha condición.

La Instrucción 7/2010, del 17 de junio de trámites administrativos generales en materia de aseguramiento y asistencia sanitaria recoge que el/la ciudadano/a que viene de otra comunidad autónoma y va a residir por un tiempo superior a 1 mes e inferior o igual a 6 meses en Galicia, se considera desplazado. A esa ciudadanía se le facilitará una tarjeta específica, la tarjeta de asistencia a desplazados.

En el caso de los ciudadanos contemplados en el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, que regula la prestación por razón de necesidad a favor de determinados colectivos de españoles residentes en el exterior, este período será de un máximo de 3 meses:

- . Pensionistas españoles de origen, residentes en el exterior, en sus desplazamientos temporales a España.
- . Trabajadores por cuenta ajena españoles de origen, residentes en el exterior, que se desplazan temporalmente a España.
- . Descendientes a cargo de los colectivos indicados anteriormente, en sus desplazamientos temporales a España.

La asistencia sanitaria, a través del Sistema Nacional de Salud, para los españoles de origen residentes en el exterior que retornen a España, así como para los familiares que se establezcan con ellos, y la asistencia sanitaria para los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia y pensionistas, españoles de origen, residentes en el exterior, en sus desplazamientos temporales a España, así como para los familiares que les acompañen, se regirá por lo dispuesto en la Ley 40/2006, de 14 de diciembre, del Estatuto de la ciudadanía española en el exterior, y en el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados, cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

<http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/ce3aa7cc-1a61-4de6-a56d-b57b45267c6e/7.+RD+1192.2012.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

A los ciudadanos portadores de tarjeta sanitaria europea, formularios o convenios internacionales se le entregará únicamente una etiqueta con el nombre del médico y del centro de salud asignado.

En estos casos, a las personas portadoras de la tarjeta sanitaria europea se les podrá asignar médico de desplazados por un tiempo máximo de 3 meses en el período de un año, aunque la tarjeta sanitaria europea tenga una fecha de validez superior.

A los estudiantes portadores de la Tarjeta sanitaria europea se le puede asignar un médico de desplazados por un período máximo de un año.

Para más información puede llamar al teléfono de atención a la ciudadanía 981 569 540 en horario de 9 a 20h, de lunes a viernes, excepto festivos.

1.17.ATENCIÓN SANITARIA DE LOS GALLEGOS CON TARJETA SANITARIA DEL SERGAS EN LOS DESPLAZAMIENTOS A OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Este verano voy a viajar por España durante mis vacaciones. ¿Puedo recibir atención sanitaria en otra Comunidad, si fuese precisa?

Se puede acceder a la asistencia sanitaria en cualquier punto del estado español con la tarjeta sanitaria de la Comunidad autónoma de origen, ya que todas pertenecen al Sistema Nacional de Salud.

Con la tarjeta sanitaria de Galicia usted poder ser atendido/a en cualquiera de los sistemas públicos de salud de las CC.AA. del Estado español, pero como desplazado.

Le sugerimos que se ponga en contacto con la Comunidad de destino, ya que puede existir alguna diferencia en los trámites para el acceso a la atención sanitaria con respecto a Galicia.

Si lo que desea es solicitar la tarjeta sanitaria de la Comunidad autónoma donde va a residir deberá informarse en un centro de salud de esa Comunidad, ya que las condiciones pueden ser diferentes según las distintas autonomías.

1.18.RECETAS PRESCRITAS EN GALICIA. OBTENCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS DESPLAZAMIENTOS A OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

¿Qué trámites debo realizar para adquirir los medicamentos recetados si estoy fuera de Galicia?

El proyecto de receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud (RESNS) tiene como objetivo principal permitir la dispensación desde cualquier farmacia, por medios electrónicos, de la medicación prescrita en otra comunidad autónoma sin necesidad de presentar una receta en papel.

En la actualidad la interoperabilidad entre los sistemas de receta electrónica de las distintas comunidades autónomas es prácticamente del 100%.

En la siguiente dirección de la web del Ministerio de Sanidad se puede obtener toda la información actualizada disponible sobre la Receta electrónica del Sistema Nacional de Salud:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/FAQ_ciud_12_preg_oct20.pdf

Asimismo, indicarle que en los desplazamientos fuera de Galicia es conveniente llevar un informe firmado por su médico de cabecera con sello del SERGAS en el que conste su medicación y el plan de dispensación de farmacia o la hoja de mediación activa. De esta manera, si la estancia se prolonga mas allá de lo esperado, tendrá que acudir a un centro de salud del lugar de destino, donde le asignarán un médico para recibir la asistencia sanitaria que precise y emitir las recetas de los medicamentos que considere indicados en ese momento.

En caso de que su médico de cabecera lo considere oportuno, podrá realizar la prescripción en los modelos oficiales de receta en soporte papel del Sistema Nacional de Salud, según el Decreto 206/2008, de receta electrónica.

.



2. DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

2.1. INFORMACIÓN SOBRE LAS VÍAS PARA RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA

Soy extranjero y resido aquí hace años como estudiante universitario. Ahora no soy estudiante, ni tampoco trabajo, por lo tanto no estoy cotizando a la seguridad social. Quisiera saber si mi tarjeta es válida.

Puede obtener información en las siguientes direcciones:

<https://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria?idcatgrupo=11292&idioma=es>

https://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria/Documents/19/Modalidades%20acceso%20asistencia%20sanitaria_web_201904_publicado.pdf

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es el organismo competente para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en España, como asegurado o beneficiario, y son los servicios de salud los que acreditan ese derecho emitiendo la tarjeta sanitaria.

Tras la entrada en vigor del Real decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad es el organismo competente para el reconocimiento del acceso a la asistencia sanitaria en España. Sin embargo, según recoge la disposición transitoria segunda, actualmente estamos en un período transitorio en tanto no entre en vigor el reglamento previsto en el artículo 3 bis.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, por lo que se mantendrán los procedimientos y las bases de datos existentes antes de la entrada en vigor del dicho Real decreto-ley. Por todo esto:

- La tramitación de la condición de asegurado o de beneficiario sigue siendo ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o, en su caso, el Instituto Social de la Marina (ISM).
- La tramitación de la condición de mutualista titular o beneficiario de los regímenes especiales gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface), la Mutualidad General Judicial (Mugeju) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (Isfas) mantendrá su régimen jurídico específico.
- La tramitación para la protección de la salud y atención sanitaria de las personas extranjeras no autorizadas ni inscritas, que encontrándose (residiendo) en España, no tengan residencia legal en territorio español se realizará ante los servicios de salud de la comunidad autónoma de residencia, que emitirán el documento acreditativo correspondiente.

En Galicia, como norma general, la solicitud de inclusión en un código del Sistema de Información Poblacional de Galicia (SIPGA), tanto como personas aseguradas/beneficiarias, no aseguradas o de mutualistas de Muface, Mugeju e Isfas con concierto con la Seguridad Social, se realizará en los centros de salud.

VÍAS DE ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA:

1. Como persona asegurada o beneficiaria, reconocida por el INSS/ ISM:

- a. La asistencia sanitaria en toda España.
- b. La acreditación del derecho la realizarán los servicios de salud emitiendo la ***tarjeta sanitaria individual*** para la población que reside en su comunidad.
- c. Es la única vía que posibilita la exportación del derecho a la asistencia sanitaria fuera de España, con la emisión, por parte del INSS, de los siguientes documentos:
 - *Tarjeta sanitaria europea o certificado provisional substitutorio*, para desplazamientos temporales a los países de la UE (1), EEE (2), Suiza y Reino Unido (3)
 - *Formularios o documentos portátiles* de la Seguridad Social, para:
 - recibir un determinado tratamiento fuera de España
 - cuando vaya a residir a otros países comunitarios
 - realizar desplazamientos temporales o se traslade la residencia definitiva a países con los que existan convenios bilaterales de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

(1) Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía y Suecia.

(2) Islandia, Liechtenstein y Noruega.

(3) Reino Unido, tras el BREXIT, tiene un nuevo formato de Tarjeta Sanitaria Europea UK que se puede solicitar desde el 9 de noviembre de 2020.

2. Como No asegurado (NA):

a. Como persona incluida en el convenio especial de prestación de la asistencia sanitaria, suscrito con el Servicio Gallego de Salud, lo que facilita el acceso a la asistencia sanitaria en toda España.

En esta modalidad pueden incluirse personas extranjeras que lleven un año residiendo en España y el INSS no les reconoce el derecho como aseguradas/beneficiarias, por no cumplir los requisitos:

- con residencia legal.
- que quieren solicitar la residencia legal para regularizar su situación en territorio español.

b. Como persona extranjera que vive en España, pero no está inscrita ni autorizada como residente legal en territorio español (que también facilitan el acceso a asistencia sanitaria puntual en toda España), en las siguientes modalidades:

- Programa gallego de protección social de la salud pública.
- Personas extranjeras menores de 18 años.
- De asistencia al embarazo, parto y posparto.

c. Como persona autorizada para estar en España, como:

- solicitante de protección internacional.
- víctima de la trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión.

Para los casos a, b y c, si la persona reside en Galicia la Consellería de Sanidad le emitirá un documento acreditativo para la prestación de la asistencia sanitaria en el ámbito del territorio español.

d. Como persona con sospecha de padecer una enfermedad que conlleve riesgo para la comunidad y que no tenga acceso por ninguna otra vía: Programa de vigilancia epidemiológica.

En este caso se emitirá un resguardo válido en Galicia, para el diagnóstico y tratamiento, si corresponde, de la enfermedad objeto de declaración obligatoria, mientras no pueda tener acceso a asistencia sanitaria por alguna de las vías existentes.

3. Los mutualistas de Muface, Mugeju e Isfas, según su régimen jurídico específico.

4. Como “paciente privado”.

En caso de que la persona interesada requiera atención sanitaria por esta vía y no aporte la documentación acreditativa del derecho en el momento de la prestación de la asistencia, esta le será requerida posteriormente, para que acredite el derecho a asistencia sanitaria pública o la existencia de terceros obligados al pago.

En el caso particular de que el interesado fuera incluido en un código del Sistema de Información Poblacional de Galicia (SIPGA), las facturas que pudieran ser emitidas en los centros del Servicio Gallego de Salud podrán ser anuladas si las asistencias que las originaron tuvieron lugar desde la fecha de solicitud, siempre que la solicitud haya sido aceptada.

La Consellería de Sanidad, en el año 2012, habilitó un código con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial de las personas que, estando de alta en SIPGA, perdieron la condición de aseguradas/beneficiarias reconocida por el INSS/ISM, por lo que tenían que regularizar su situación según las vías habilitadas en Galicia.

Actualmente se incluyen en este código las personas que deben arreglar su situación en relación con la asistencia sanitaria, con el fin de garantizar su continuidad asistencial. El tramo de aportación farmacéutica es del 50%.

Las personas incluidas en este código al acudir al centro de salud son informadas de que deben regularizar su situación en relación con la asistencia sanitaria por alguna de las vías reglamentarias, en el **plazo de un mes**.

2.2. REQUISITOS Y TRÁMITES PARA LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA

¿Tengo derecho a obtener una tarjeta sanitaria del Servicio Gallego de Salud?

Desde la entrada en vigor del Real decreto-ley 16/2012, el organismo encargado de conceder la condición de asegurado o beneficiario es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). El reconocimiento de la condición de asegurado es un paso necesario para obtener la tarjeta sanitaria.

Debe acudir a una oficina del INSS y solicitar el reconocimiento de la condición de asegurado. Con la documentación que le proporcionen y el certificado de empadronamiento, tiene que acudir a un centro de salud y solicitar la emisión de la tarjeta sanitaria.

Usted puede encontrar la información que necesita en la página web del Sergas, accediendo al espacio "CIDADANIA" y dentro de éste a "Tarjeta sanitaria y cambio de médico"; ahí encontrará el apartado "Prestación de Asistencia Sanitaria en Galicia", en el que se explican los requisitos y trámites necesarios.

<http://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria?idcatgrupo=11292&idioma=es>

*El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, lo puede encontrar en el siguiente enlace de internet:

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477

https://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd1192-2012.html#a2

*Puntualizar que el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud en su disposición derogatoria única dice que quedan derogados los artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, y 8 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de persona asegurada y de beneficiaria a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Puede consultarlo en:

https://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/626029-rdl-7-2018-de-27-jul-acceso-universal-al-sistema-nacional-de-salud.html

Usted puede acudir al Centro de atención e información de la Seguridad Social más próximo, o al Instituto Social de la Marina si es el caso, para que acrediten su situación y posteriormente comunicarla en su centro de salud.

Asistencia Sanitaria: consulta del derecho y emisión del documento acreditativo del derecho en internet, web de la Seguridad Social.

https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/Informes%20y%20Certificados/01Informes%20y%20Certificados!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zijQ3NTAwtDQx93A08XQ0cQ329Qy2NA43djcz0w_EpMLA00I8iRr8BDuBIUL8XIQVAHxgV-Tr7putHFSSWZOhm5qXl60d4Asmi3NRihUoF59Siksy0zOTEIPxi_QgDQ1xS4fpR-OwC-xWsAI9nglOL9QtyQyOqfDwMskwcFQEs6bSo/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

Acceso al servicio

Ámbito

Personas que quieran comprobar si tienen derecho a la asistencia sanitaria pública como asegurados o como beneficiarios de un asegurado.

Descripción

Con este servicio, los ciudadanos pueden consultar si tienen derecho a la asistencia sanitaria pública como asegurado o beneficiario de un asegurado. También puede obtener el documento que acredita el derecho a la asistencia sanitaria pública.

Una vez cumplimentados los datos requeridos se le asignará un número de referencia con el que deberá volver a entrar al servicio en un espacio de tiempo no inferior a 15 minutos para obtener la información. No obstante, si facilita su dirección de correo electrónico recibirá también la respuesta por esta vía.

El servicio indicará si la persona consultada se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- . tiene derecho a asistencia sanitaria como asegurado o beneficiario
- . no se localiza a la persona consultada, indicándose en este caso los motivos a los que puede deberse y las actuaciones a realizar en cada caso.

La información estará disponible en el servicio para su comprobación, a través del número de referencia facilitado, durante 30 días.

Requisitos

Para acceder a este servicio NO es necesario disponer de certificado digital.

2.3. RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE ASEGURADO /BENEFICIARIO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA CON CARGO A FONDOS PÚBLICOS

¿Cómo puedo obtener la cartilla de la Seguridad Social?

¿Puedo incluirme como beneficiario de la cartilla de la Seguridad Social de mi familiar?

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y en su caso el Instituto Social de la Marina (ISM) son los organismos competentes para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en España como asegurado/beneficiario, a través de sus direcciones provinciales.

El tipo de aseguramiento sanitario y la asignación de la cuota de aportación farmacéutica es competencia exclusiva del INSS/ISM.

- **Qué implica**

El derecho a la asistencia sanitaria:

- . En el Estado español con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud.
- . Durante los desplazamientos temporales a un país de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y de Suiza.
- . Durante los desplazamientos a los países con convenios bilaterales de la Seguridad Social.

- **Quién acredita el derecho a la asistencia sanitaria en Galicia**

Corresponde a la Consellería de Sanidad/Servicio Gallego de Salud mediante la emisión de la tarjeta sanitaria individual.

Tendrán la condición de asegurado, entre otras, las personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

- . Ser trabajador por cuenta ajena o propia, afiliados y en alta o en situación asimilada a la de alta.
- . Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

- . Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación o el subsidio por desempleo.
- . Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza, y encontrarse en situación de desempleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título, y residir en España.
- . Las personas que, no teniendo cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en determinados supuestos.
- . Los menores de edad sujetos a tutela administrativa.

Tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado quienes se encuentren, entre otras, en las siguientes situaciones:

- . Ser cónyuge de la persona asegurada o convivir ella con análoga relación de afectividad, constituyendo pareja de hecho.
- . Ser ex cónyuge o estar separado judicialmente, a cargo del asegurado por tener derecho a percibir pensión compensatoria.
- . Ser descendiente, o persona asimilada, de la persona asegurada o de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, de su ex cónyuge a cargo o de su pareja de hecho, en ambos casos a cargo del asegurado y menor de 26 años o, en caso de ser mayor de dicha edad, tener una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65%.

(*)Personas asimiladas a descendientes:

- . Menores bajo tutela o acogimiento de la persona asegurada, de su cónyuge aún con separación judicial, o de su pareja de hecho así como de su ex cónyuge a cargo cuando, en este caso, la tutela o acogimiento se produjese antes del divorcio.
- . Las hermanas y los hermanos de la persona asegurada.

Tendrán la condición de beneficiarios si cumplen los requisitos de:

- . No ostentar la condición de personas aseguradas con base al artículo 2.1.a RD 1192/2012.
- . Tener residencia autorizada y efectiva en España, salvo las personas que se desplacen temporalmente a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español, siempre que éstos se encuentren en situación asimilada a la de alta, cotizando en el correspondiente régimen de Seguridad Social española.

Normativa aplicable:

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98 de 24 de Abril del 2012:

<http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-10477>

https://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd1192-2012.html#a2

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud en su disposición derogatoria única dice que quedan derogados los artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, y 8 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de persona asegurada y de beneficiaria a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud:

https://noticias.juridicas.com/base_datos/Laboral/626029-rdl-7-2018-de-27-jul-acceso-universal-al-sistema-nacional-de-salud.html

2.4. ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA A PERSONAS QUE NO TENGAN RECONOCIDA LA CONDICIÓN DE ASEGURADOS O BENEFICIARIOS

¿En qué casos van a ser atendidos, en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud, los pacientes EXTRANJEROS NO REGISTRADOS NI AUTORIZADOS como residentes en España?

Si usted precisa de una asistencia puntual, deberá acudir al centro de salud o al servicio de urgencias. Allí podrán informarlo sobre las posibles opciones de atención sanitaria.

La normativa en vigor, R. Decreto-ley 16/1012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, reconoce la condición de asegurado o beneficiario del sistema sanitario público español.

Aquellas personas no españolas no autorizadas ni registradas, que encontrándose (residiendo) en España, no tengan residencia legal en territorio español y que no tengan reconocida la condición de asegurado o beneficiario, están sujetos a lo que contempla el artículo 3 tener del RD: asistencia sanitaria en situaciones especiales.

En Galicia, la protección de la salud y la atención sanitaria a estas personas se tramitan a través de tres vías o modalidades:

- Programa gallego de protección social de salud pública (PGPSSP)
- Menores extranjeros
- Embarazadas extranjeras

Si bien cualquier ciudadano podrá ser atendido en el Sistema Público Gallego de Salud, la atención sanitaria solo podrá ser gratuita en caso de personas aseguradas, beneficiarias o que se encuentren en las situaciones especiales antes citadas.

En Galicia está en vigor **el Programa gallego de protección social de la salud pública (PGPSSP).**

Este es un programa de acogimiento para personas extranjeras no registradas ni autorizadas para residir en España con documentación válida y en vigor que no tengan derecho a la asistencia sanitaria pública en España, no puedan exportar el derecho desde el país de origen/procedencia, ni suscribir un convenio especial de asistencia sanitaria. Este programa facilita el acceso a asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Da acceso a todas las prestaciones incluidas en la cartera común básica, cartera común suplementaria y cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud y a la cartera de servicios complementaria de Galicia, cuando exista. En el caso concreto de las embarazadas extranjeras, a las prestaciones de obstetricia, ginecología y atención primaria en los procesos relacionados con el embarazo parto y postparto.

La **aportación farmacéutica** que le corresponde es del **40%**.

Galicia: adaptación del Programa gallego de protección social de salud pública al Real decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

La entrada en vigor del *Real decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* supuso cambios tanto en el procedimiento para el reconocimiento de los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria como en la protección de la salud y atención sanitaria de las personas extranjeras que encontrándose en España no estén inscritas ni autorizadas para residir en territorio español.

En el año 2012, en la Comunidad Autónoma de Galicia, con el fin de garantizar la continuidad asistencial a las personas extranjeras que, viviendo en Galicia, no estaban autorizadas ni inscritas para residir en España, se creó el Programa gallego de protección social de salud

pública. Este programa no es aplicable a las personas extranjeras que se encuentran en situación de estancia temporal definida en el artículo 30 de la *Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España* ni a los extranjeros que se encuentran en situación de residencia regular, según lo establecido en el artículo 30 bis de la citada ley.

Para adaptarse a los nuevos requerimientos del real decreto-ley, desde septiembre de 2018 Galicia modificó los criterios de inclusión en el *Programa gallego de protección social de salud pública*, lo cual fue comunicado a las unidades implicadas de las jefaturas territoriales de Sanidad y de las Áreas Sanitarias del Servicio Gallego de Salud. Los criterios modificados fueron los siguientes:

- ✓ Disminución de la antigüedad de empadronamiento mínima exigida, que era de 183 días en un ayuntamiento de Galicia. A partir de septiembre de 2018, deberá presentarse un certificado/volante de empadronamiento en un ayuntamiento de Galicia y demostrar la residencia en cualquier ayuntamiento de España con una antigüedad mínima de 90 días.
- ✓ Eliminación de la necesidad presentar las rentas. Hasta entonces, era requisito de inclusión en el programa no disponer de ingresos, en cómputo anual, superiores al indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM), en España o en su país de origen o procedencia.
- ✓ Modificación de la aportación farmacéutica ambulatoria, pasando del 50% al 40% de aportación.

El acogimiento en el PGPSSP debe renovarse **cada dos años**.

http://www.sergas.es/Docs/Cidadania/Folleto_PGPSSP_v08_gal.pdf

<http://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria/Documents/20/Instrucion%2010-12.pdf>

<http://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria/Programa-galego-de-protecci%C3%B3n-social-da-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica?idioma=es>

2.5. DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA A MENORES, NACIONALES O EXTRANJEROS

Querría saber si en un centro de salud pueden negar la asistencia sanitaria de urgencia a un niño.

Un menor tiene derecho a toda la asistencia sanitaria que precise dentro del sistema público de salud.

Un menor, independientemente de que esté o no de alta en el Sistema de Información Poblacional de Galicia (tarjeta sanitaria), como asegurado/beneficiario o como menor extranjero, debe recibir toda la asistencia sanitaria que precise, tanto en relación a las revisiones de salud y vacunaciones como a las atenciones de enfermedad.

La atención sanitaria se tramita a través de la modalidad de Menores extranjeros (código 36).

Se puede tramitar la solicitud de inclusión en estos códigos a los menores extranjeros:

- No autorizados ni registrados para residir en España con residencia efectiva en el Estado Español, y que actualmente estén residiendo en Galicia.
- Que no tengan el deber de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía (en virtud del dispuesto en los reglamentos comunitarios, los convenios bilaterales de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y demás normativa aplicable).
- Que no proceda la exportación del derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
- Que no exista un tercero obligado al pago.

Si es de un país de la Unión Europea, lo más sencillo es que solicite en su país la Tarjeta Sanitaria Europea. De no solicitarla antes de salir del país, siempre puede solicitar un certificado provisional sustitutorio a través del INSS (Instituto Nacional de Seguridad Social).

2.6. ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO

Estoy desempleada y cobrando la prestación; dentro de un mes termino dicha prestación. Seguiré teniendo asistencia sanitaria?

Si dejo de cobrar prestación por desempleo pero sigo como demandante de empleo, tengo derecho a la asistencia sanitaria pública?

El derecho a la asistencia sanitaria pública está garantizada para todas aquellas personas que tengan reconocida la condición de asegurado o beneficiario.

Las personas que están en situación de desempleo que estén incluidas en los siguientes supuestos se le reconoce la condición de asegurados:

- a. Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada al alta en la Seguridad Social.
- b. Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- c. Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza.
- d. Agotar la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza, encontrarse en situación de desempleo, no acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título y residir en España. Este supuesto no será de aplicación a las personas a las que se refiere el artículo 3 tener de la Ley 16/2003, de 28 de mayo (extranjeros no inscritos ni autorizados como residentes en España).

http://www.seg-social.es/internet_1/Masinformacion/TramitesyGestiones/AsistenciaSanitaria/index.Htm

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-10477-consolidado.pdf>

Las personas no comprendidas en los puntos anteriores ni en el artículo 3 del R.D. 1192/2012, de 3 de agosto que, no teniendo cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en algunos de los supuestos siguientes:

- . Tener nacionalidad española y residir en territorio español.
- . Ser nacionales de algún estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estar registrados en el Registro Central de Extranjeros.

.Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras esta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica.

Se facilita así que el interesado no tenga que estar tramitando, ante el INSS, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria cada vez que comienza a trabajar o deja de hacerlo, y por el contrario, sí tenga de forma continuada derecho a la asistencia sanitaria en Galicia.

2.7. ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA PARA GALLEGOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR

Mi padre es gallego, pero yo nací y vivo en el extranjero; voy a viajar a Galicia. ¿Cómo puedo hacer si preciso de asistencia sanitaria durante mi estancia?

Usted puede dirigirse a la dirección postal o consultarlo en el número de teléfono de la Gerencia del Área Sanitaria correspondiente.

También puede consultar la información completa sobre los trámites, formularios, direcciones etc., en internet a través de la página web del Sergas accediendo al espacio "CIDADANIA", y en éste al apartado "Galicia Saúde Exterior", o a través del siguiente enlace:

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Galicia-sa%C3%BAdede-exterior?idioma=es>

Normativa:

Orden del 18 de diciembre de 2009 por la que se regula el procedimiento de expedición de la tarjeta sanitaria para los gallegos y gallegas, residentes en el exterior, durante su estancia temporal en Galicia.

Decreto 429/2009, del 3 de diciembre, por lo que se modifica el Decreto 177/1995, del 16 de junio, por el que se regula la tarjeta sanitaria.

Los ciudadanos gallegos que, residiendo en el extranjero, realicen estancias temporales en Galicia y no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otra vía, podrán recibir dicha asistencia a través del Servicio Gallego de Salud en el caso de problemas de salud nuevos surgidos durante la estancia temporal en Galicia.

Para esto deberán solicitar la Tarjeta Galicia Salud Exterior cuya validez coincidirá con la estancia temporal, no pudiendo exceder de 3 meses desde el momento de su expedición,

prorrogables por otros 3 previa solicitud y justificación en el plazo de una semana antes de la fecha de caducidad, dentro del período del último año de la solicitud.

GALICIA SALUD EXTERIOR PRESTACIONES SANITARIAS

La atención sanitaria para los portadores de la tarjeta de Galicia Salud Exterior comprenderá las prestaciones sanitarias derivadas de la atención de un problema de salud nuevo sobrevenido en Galicia (*), con las siguientes características:

☐ Contingencias protegidas: la enfermedad común, o accidente no laboral y la maternidad; no las derivadas de las enfermedades laborales o profesionales.

☐ Prestaciones incluidas:

1. Medicina general, especialidades y tratamiento médico en la modalidad de urgencia. También el internamiento hospitalario si fuese necesario.
2. El tratamiento quirúrgico en la modalidad de urgencia, quedando excluida la implantación de prótesis de cualquier tipo.
3. La prestación farmacéutica, con una aportación del 50%, excepto en caso de internamiento hospitalario.

(*) Un problema de salud es nuevo cuando se inicia durante su estancia temporal en Galicia. A modo de ejemplo, más abajo se reflejan algunos procesos que estarían incluidos o excluidos:

Incluidos

- ✓ Procesos agudos como una gripe, neumonía, meningitis...
- ✓ Intervenciones quirúrgicas urgentes como una apendicitis aguda...
- ✓ La asistencia por fracturas derivadas de accidentes...
- ✓ La reagudización de procesos crónicos como una crisis asmática...

Excluidos

- ✓ Las revisiones ordinarias de cualquier proceso
- ✓ Diálisis/hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica
- ✓ Los tratamientos oncológicos
- ✓ La cirugía plástica y reparadora
- ✓ La implantación de todo tipo de prótesis
- ✓ Los trasplantes de órganos y tejidos.....

2.8. ASISTENCIA SANITARIA EN GALICIA PARA CIUDADANOS RESIDENTES EN EL EXTRANJERO QUE COTIZAN PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA

Soy gallego, expatriado desde hace seis meses. Tengo la residencia permanente en otro país y estoy dado de alta en el censo de españoles en el extranjero de la Embajada de España. Estoy dado de alta en la Seguridad Social española, como trabajador por cuenta ajena, y estoy cotizando a la S.S. en Galicia. ¿Cuándo esté de vacaciones en Galicia, tengo asistencia sanitaria?

Los ciudadanos que residen habitualmente en un país extranjero y cotizan para la asistencia sanitaria en España, acreditarán el derecho a asistencia sanitaria con la cartilla de la Seguridad Social o documento acreditativo de ella, emitido por la Seguridad Social.

Si su estancia es menor o igual a un mes se le ofrecerá la atención sanitaria puntual que pueda precisar. Si la estancia va a ser mayor de un mes y así lo solicita el interesado o su representante legal podrá asignársele médico de desplazados.

La cuota de aportación farmacéutica será la señalada por el INSS.

En el caso de que no conste cuota de aportación farmacéutica, se acomodará a lo establecido para los ciudadanos comunitarios y de países con convenios bilaterales de asistencia sanitaria de la Seguridad Social no identificados como pensionistas, excepto en aquellas situaciones especiales señaladas por el Ministerio de Sanidad:

- ✓ Usuarios con documentación acreditativa de pensionista o aquellos que no la aportan pero firman la declaración de tener dicha condición: 10% de aportación.
- ✓ Usuarios no identificados como pensionistas: 50% de aportación.

2.9. CONVENIOS BILATERALES SEGURIDAD SOCIAL-ASISTENCIA SANITARIA

¿Dónde puedo solicitar el certificado de derecho a la asistencia sanitaria si viajo al extranjero?

España tiene suscritos convenios bilaterales de Seguridad Social con prestación de asistencia sanitaria con los siguientes países: Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú y Túnez.

El convenio, de forma general, se aplicará a las personas que trabajan o trabajaron en uno o en ambos países y a sus familiares beneficiarios.

En el caso concreto de Marruecos, Perú y Túnez el convenio sólo incluye a los ciudadanos españoles residentes en esos países, en sus desplazamientos a España.

Las prestaciones sanitarias serán proporcionadas en el país donde esté el ciudadano y según lo establecido en la legislación sanitaria y en los servicios públicos de salud de ese país, durante el tiempo que autorice la institución del país donde el trabajador esté afiliado o que abone la pensión y con cargo a dicha institución.

El documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social le corresponde emitirlo al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o en su caso al Instituto Social de la Marina (ISM).

En la siguiente dirección de internet podrá encontrar información sobre convenios bilaterales suscritos entre España y otros países en materia de seguridad social y asistencia sanitaria.

http://www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/Internacional/Conveniosbilaterales/index.htm

Para más información puede llamar al teléfono de información del Instituto Nacional de la Seguridad Social 901 166 565.

A partir del 01.09.2012, a los ciudadanos portadores de Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), de Certificado Provisional Sustitutorio (CPS) o de los formularios que no recojan su condición de pensionista, se les aplicará el siguiente algoritmo para establecer la cuota de aportación farmacéutica:

- . Usuarios con documentación acreditativa de pensionista o aquellos que no la aportan pero firman la declaración de tener dicha condición: 10% de aportación.
- . Usuarios no identificados como pensionistas: 50% de aportación.

La asistencia sanitaria prestada, incluida la prestación farmacéutica, será facturada a los países de origen.

2.10.CÓMO RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO PLANIFICADO EN GALICIA SI USTED RESIDE EN OTRO PAÍS (FORMULARIO S2 o E-112)

Soy residente en Suiza. . Me voy a desplazar a Galicia durante un mes y necesito oxígeno terapia domiciliaria. ¿Qué trámites debo realizar?

¿Con qué formulario puedo recibir tratamiento médico planificado en otro país? (formulario S2)

El formulario S2 acredita su derecho a recibir tratamiento médico planificado en otro país miembro de la UE, Islandia, Liechtenstein, Noruega o Suiza. Debe obtenerlo en su organismo de Seguridad Social antes de salir del país y presentarlo ante el organismo correspondiente del país en el que vaya a recibir tratamiento.

Como el tratamiento se presta en las mismas condiciones de asistencia y cobro aplicadas a los nacionales del país donde se recibe, es posible que tenga que pagar por adelantado parte del coste.

El formulario S2 corresponde al antiguo formulario E-112.

Si la asistencia sanitaria que va a precisar durante su estancia en nuestra Comunidad debe estar lista para el momento en que usted llegue (por ejemplo: oxígeno terapia domiciliaria), conviene entregarlo con antelación a su llegada en el Centro de Salud de la población en la que vaya a residir. De esta forma estará listo cuando llegue.

Además sería conveniente traer un informe médico traducido al castellano de su médico en su país de residencia para tener toda la información necesaria si fuera preciso.

Le adjuntamos las direcciones donde podrá encontrar toda la documentación necesaria:

http://europa.eu/youreurope/citizens/work/social-security-forms/index_es.htm

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=857&langId=es&intPageId=980>

2.11.CUESTIONES SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTEIRIZA

Puede obtener información en las siguientes direcciones:

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Asistencia-sanitaria-transfronteriza-?idioma=es>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Cidadan-doutros-paises-que-accede-a-Galicia>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Cidadan-asegurado-a-cargo-do-Sergas--Atencion-no-extranxeiro>

¿Se podrá derivar a pacientes a centros de referencia europeos?

Sí. Esa opción se legisló por reglamento europeo y sigue en pie. Si se trata de una de estas derivaciones decididas por el médico y a un centro de referencia único, el paciente no tendrá que pagar la asistencia y esperar al reembolso porque le ampara el reglamento. En caso contrario, si la decisión de ser asistido fuera del país de origen es del propio paciente deberá pedir autorización previa, abonar el coste y esperar el reembolso.

¿Habrá que pedir siempre autorización previa?**

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Atenci%C3%B3n-no-extranxeiro-sen-autorizaci%C3%B3n-previa?idioma=es>

(Real Decreto 81/2014 e instrucción 5/14)

Sólo en caso de hospitalización que obligue a pernocta o de necesidad de uso de técnicas complejas.

La norma cita concretamente el uso de:

- . PET, TC, Spect
- . Reproducción humana asistida
- . Diálisis
- . Cirugía mayor ambulatoria que implique el uso de implantes quirúrgicos
- . Tratamientos con radioterapia
- . Tratamientos farmacológicos o productos biológicos por importe superior a 1.500 euros mensuales
- . Radiocirugía
- . Análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores, y análisis de farmacogenética y fármacogenómica
- . Sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior e inferior (excepto las parciales de mano y pie), audífonos y bitutores

- . Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y con fórmulas y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos

- . Todas las patologías en las que existen servicios de referencia de acuerdo con el Real Decreto 1302/2006, del 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, incluidos en el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, o se establecieron redes de referencia en Europa

¿Cómo se solicita la autorización previa de la asistencia sanitaria transfronteriza en otros estados miembros a pacientes asegurados con tarjeta sanitaria del Servicio Gallego de Salud?

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Atenci%C3%B3n-no-extranxeiro-con-autorizaci%C3%B3n-previa>

La solicitud de la autorización previa se dirigirá al Área Sanitaria a la que esté asignada la tarjeta sanitaria del paciente, y podrá ser presentada en la propia Área Sanitaria o bien en cualquiera de los lugares establecidos en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, utilizando al efecto el modelo de solicitud disponible en el portal de la Consellería de Sanidad <http://www.sergas.es/> y en los centros asistenciales de las Áreas Sanitarias del Servizo Galego de Saúde.

La solicitud se acompañará de la hoja oficial de prescripción de la atención sanitaria por un médico de Atención Primaria u otro especialista, en la que conste por lo menos:

- . Identificación del facultativo que realiza la prescripción
- . Identificación del paciente
- . Diagnósticos o sospecha diagnóstica
- . Principales datos clínicos del paciente
- . Servicios sanitarios que se prescriben
- . Modalidad de la atención sanitaria (ambulatoria o con ingreso hospitalario)
- . Prioridad de la atención
- . El nombre, país y dirección del proveedor de asistencia sanitaria donde se realizará la atención transfronteriza

Si la solicitud de autorización previa no reúne los requisitos exigidos, se requerirá a la persona interesada para que complete la documentación o corrija los errores en el plazo de 15 días hábiles, con indicación de que, si no lo hiciera así, se entenderá por desistido de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

El transcurso del plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento se suspenderá mientras el interesado no subsane los defectos de la solicitud.

El plazo máximo para la notificación de la resolución de concesión o, en su caso, denegación de la autorización previa será de 45 días, a partir de la fecha de recepción de la solicitud por la autoridad sanitaria competente, transcurrido el cual podrá entenderse estimada la solicitud por silencio administrativo, en los términos previstos en el artículo 24 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

¿Quién paga y cuánto paga?

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Informaci%C3%B3n-sobre-o-procedemento-de-Reembolso?idioma=es>

En caso de acogerse a la directiva y por lo tanto al Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación (movimiento por libre elección del paciente), el paciente debe pagar los gastos de la atención y el desplazamiento. Su país de origen le reembolsará posteriormente los gastos exclusivamente de la asistencia recibida y hasta un máximo de lo que habría costado la asistencia en caso de haberla recibido en su autonomía.

¿Qué se paga?

Sólo se reembolsarán gastos de asistencia y medicamentos (hasta el copago que corresponda) recibidos para prestaciones incluidas en la cartera básica común del SNS o en la complementaria de la correspondiente autonomía.

La norma no incluye los cuidados de larga duración, ni los programas de vacunación públicos ni los trasplantes.

¿Dónde se asistirá?

<http://www.msssi.gob.es/pnc/ciudadanoEsp/pncUE.htm>

Tanto en centros públicos como privados, a elección del paciente.

Requisitos para solicitar el reembolso de los gastos

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Informaci%C3%B3n-sobre-o-procedemento-de-Reembolso?idioma=es>

Los requisitos que deberán cumplir los pacientes para solicitar el reembolso de gastos de la atención sanitaria transfronteriza son los siguientes:

- a) Estar en posesión de la tarjeta sanitaria en vigor del Servicio Gallego de Salud y ostentar la condición de personas aseguradas o beneficiarias reconocidas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o el Instituto Social de la Marina.
- b) Que la atención para la que se solicita el reembolso:
 - . Se encuentre incluida en las prestaciones de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o en la cartera de servicios complementaria del Servicio Gallego de Salud.
 - . Fuera prestada por un proveedor de asistencia sanitaria autorizado de otro estado miembro de la Unión Europea.
 - . Fuera prescrita por un médico de Atención Primaria u otro especialista, en su caso.
- c) Contar con la autorización previa de la Gerencia del Área Sanitaria correspondiente en aquellos casos en los que así se exija.**

Documentación para el procedimiento de reembolso

El reembolso de los gastos podrá solicitarse en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida mediante una solicitud dirigida al Área Sanitaria a la que esté asignada la tarjeta sanitaria del paciente, que se podrá presentar en la propia Área Sanitaria o bien en cualquiera de los lugares establecidos en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, utilizando al efecto el modelo de solicitud disponible en el portal de la Consellería de Sanidad/Servicio Gallego de Salud <http://www.sergas.es/> y en los centros asistenciales de las Áreas Sanitarias del Servicio Gallego de Salud.

Las solicitudes de reembolso de gastos de la atención transfronteriza se acompañará de la siguiente documentación:

1. Documento acreditativo de la prescripción de la atención sanitaria por un médico de Atención primaria u otro especialista, en la que conste por lo menos:
 - . Identificación del facultativo que realiza la prescripción
 - . Identificación del paciente
 - . Diagnósticos o sospecha diagnóstica
 - . Servicios sanitarios que se prescriben

. Prioridad de la atención

2. Fotocopia de la resolución de autorización, en el caso de tratarse de una de las prestaciones sanitarias sujetas a autorización previa.
3. Facturas originales, del proveedor de asistencia sanitaria transfronterizo o establecimiento dispensador, en las que deberá acreditarse por el expendedor que han sido abonadas.

Deberá constar, al menos:

- a) Identificación del paciente: nombre, apellidos y número de DNI o NIE o pasaporte, y residencia.
 - b) Identificación de la persona física o jurídica que emita las facturas: nombre o denominación social y domicilio.
 - c) Nombre del servicio o unidad clínica.
 - d) Datos de identificación del profesional responsable de la asistencia sanitaria transfronteriza.
 - e) Los diversos conceptos sanitarios realizados de forma detallada, especificando el importe de cada uno de ellos y la fecha de realización.
 - f) En su caso, la denominación del medicamento, producto sanitario o alimento dietético de usos médicos especiales dispensado, el número de envases dispensados, la cuantía abonada por el paciente y la fecha de dispensación.
4. Los informes clínicos de la atención prestada y las hojas de prescripción médica en los que deberá incluirse inexcusablemente:
 - a) Identificación del paciente.
 - b) Identificación del facultativo responsable de la atención sanitaria prestada, incluyendo su profesión sanitaria y especialidad.
 - c) Proveedor de asistencia sanitaria donde se realizó la atención.
 - d) Diagnósticos o sospechas diagnósticas.
 - e) Procedimientos diagnósticos o procedimientos terapéuticos principales y secundarios realizados con motivo de la asistencia sanitaria transfronteriza (indicando siempre que sea posible código de identificación homologado, tal como CIE9-MC o similares).
 - f) Modalidad de la atención realizada (ambulatoria o con ingreso).
 - g) Prescripciones al paciente.
 - h) Revisiones que deben realizarse y plazo estimado para las mismas.

- i) Cualquier otro dato que se considere oportuno reseñar, para clarificar la asistencia sanitaria recibida o su coste real, siempre que sea estrictamente necesario para la valoración de la procedencia y cuantía del reintegro.

Si la documentación aportada no reúne los requisitos exigidos, se requerirá al interesado para que la complete o corrija los errores en el plazo de 15 días hábiles, con indicación de que si no lo hiciera se dará por desistido de su solicitud, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

El transcurso del plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento se suspenderá mientras el interesado no subsane los defectos de la solicitud.

5. En el caso de que la documentación aportada no sea en gallego o castellano, se adjuntará una traducción oficial o profesional de la misma.

Tramitación y resolución de las solicitudes de reembolso

- 1) La tramitación y resolución de las solicitudes de reintegro de gastos corresponderá, previa emisión del correspondiente informe-propuesta por parte de la unidad correspondiente del Área Sanitaria competente, a los siguientes órganos:
 - a) Cuando se trate de solicitudes de reintegro de gastos de cuantía igual o inferior a 30.000 euros le corresponde al Área Sanitaria de conformidad con el artículo 5 de la Orden del 5 de julio de 2012 sobre delegación de competencias en órganos centrales y periféricos del Servicio Gallego de Salud.
 - b) Si la cuantía es superior a 30.000 euros serán tramitadas por la Gerencia del Área Sanitaria correspondiéndole la resolución a la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, de conformidad con el artículo 5 de la Orden del 5 de julio de 2012 sobre delegación de competencias en órganos centrales y periféricos del Servicio Gallego de Salud.
- 2) La resolución será dictada según lo previsto en el artículo 14 del Real Decreto 81/2014, de forma motivada, y deberá ser notificada al interesado en el plazo máximo de tres meses, contando desde la fecha de recepción de la solicitud, consignando la cantidad a reembolsar con un informe detallado de la valoración de los costes solicitados o, en el caso de denegación, explicando los motivos de esa decisión.

Si no se notificase resolución expresa en el plazo de 3 meses, se entenderá estimada la solicitud por silencio administrativo, en los términos previstos en el artículo 24 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

- 3) Transcurrido el plazo establecido para recurrir la resolución, y tras la aceptación por el solicitante del importe notificado objeto del reembolso, se hará efectiva la liquidación de gastos y se abonará mediante transferencia bancaria en la cuenta que se indicase en la solicitud.
- 4) El reembolso de gastos se limitará a la asistencia sanitaria establecida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, y en su caso, en la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma. Tendrá como límite la cuantía que asumiría la Comunidad Autónoma si la asistencia fuera prestada en el Servicio Gallego de Salud, teniendo en cuenta las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Sergas, que estuvieran vigentes en el momento de la dispensación de la asistencia sanitaria. En cualquier caso la cuantía a reembolsar nunca podrá exceder del coste real de la asistencia efectivamente prestada.

Prestación farmacéutica transfronteriza suministrada en otro estado miembro a pacientes cuyo estado de afiliación es España

Los gastos derivados de la prestación farmacéutica que se suministre en otro Estado miembro a un paciente cuyo estado de afiliación sea España y cumplan con los requisitos necesarios, serán costeados por el paciente y su reembolso se efectuará de acuerdo con las condiciones y requisitos previstos en el Real Decreto 81/2014, siempre que no sea de aplicación el Reglamento (CE) N° 883/2004, de 29 de abril de 2004, y que así lo solicite el paciente.

En los casos en los que la prestación farmacéutica prestada se encuentre dentro de los procesos y técnicas para los que se precise autorización previa por la autoridad competente de la comunidad autónoma, se exigirá para el reintegro de los gastos haber realizado los trámites correspondientes y haber recibido la autorización.

Punto nacional de contacto

<http://www.msssi.gob.es/pnc/home.htm>

Con el fin de facilitar la información necesaria en la materia prevista en este real decreto, se establece un punto nacional de contacto en la unidad administrativa responsable de la información al ciudadano del Ministerio de Sanidad.

Procedimiento para la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza en los centros públicos del Servicio Gallego de Salud a pacientes de otros estados miembros de la Unión Europea

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Cidadan-doutros-paises-que-accede-a-Galicia>

Tiene toda la información disponible en el portal de la Consellería de Sanidad <http://www.sergas.es/> y en los centros asistenciales de las Áreas Sanitarias del Servizo Galego de Saúde.

2.12.SOLICITUD DE CAMBIO DE AFILIACIÓN DE MUFACE/ MUGEJU/ISFAS AL SERGAS

Siempre tuve asistencia sanitaria a través de una entidad privada y quiero hacer el cambio para el Sergas. ¿Qué tengo que hacer?

MUFACE

<http://www.muface.es/content/cambio-de-entidad-sanitaria>

Para efectuar el cambio de entidad el mutualista deberá presentar, junto a su solicitud, el Documento de afiliación o, en su caso, el Documento asimilado al de afiliación, para su sustitución en su Servicio provincial o en la oficina de MUFACE más próxima.

Si tiene certificado digital o DNI electrónico, a través de la Sede Electrónica de Muface, se pueden efectuar cambios ordinarios entre Entidades de Seguro Privado de Asistencia Sanitaria, pero NO al INSS.

Cambio ordinario: del 1 al 31 de enero de cada año

Los mutualistas y los beneficiarios con documento asimilado al de afiliación, que estén adscritos al INSS (Sistema Sanitario Público) o a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria, pueden solicitar cambio de entidad durante el mes de enero de cada año.

Cambio extraordinario

✓ *Cambio fuera del plazo:*

Fuera del periodo del plazo ordinario se podrá autorizar el cambio de entidad de Seguro de Asistencia Sanitaria o de adscripción al Sistema Sanitario Público:

- . Cuando se produzca un cambio de destino del mutualista en activo que implique traslado de provincia.
- . Cuando, manteniendo su localidad de destino, el mutualista cambie su domicilio a otra provincia.
- . Cuando el mutualista obtenga la conformidad, expresada por escrito, de las entidades afectadas.

- . Cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia médica, la Dirección General de MUFACE acuerde la apertura de plazo especial de elección de entidades, incluido, en su caso, el I.N.S.S.

✓ *Cambio extraordinario al I.N.S.S.*

Cuando el titular lo solicite por razones de asistencia médico-hospitalaria y sea aprobado por una Comisión paritaria MUFACE/Seguridad Social. En este supuesto, junto con la solicitud, el titular deberá aportar informe médico en el que conste el diagnóstico del proceso patológico padecido por él o por alguno de sus beneficiarios y las razones que aconsejan su tratamiento en un centro del Sistema Sanitario Público. Además, deberá hacer constar expresamente que asume la obligación de permanecer cinco años adscrito al I.N.S.S. en el caso de que le sea concedido el cambio.

Procedimiento de cambio de Entidad

Para efectuar el cambio de entidad el mutualista deberá presentar, junto a su solicitud, el documento de afiliación o, en su caso, el documento asimilado al de afiliación, para su sustitución en su Servicio provincial o en la oficina de MUFACE más próxima.

Si tiene certificado digital o DNI electrónico, a través de la Sede electrónica de Muface, se pueden efectuar cambios ordinarios entre entidades de Seguro Privado de Asistencia Sanitaria, así como al INSS desde el 1 de enero de 2016.

Después de realizar estos trámites, tiene que acudir al Centro de salud más próximo a su domicilio, y solicitar que le asignen médico de familia.

MUGEJU

<http://www.mugeju.es/afiliacion-y-cotizacion/cambio-de-entidad-medica>

Los y las mutualistas, cuando tramiten su alta en la Mutualidad General Judicial, pueden optar por recibir asistencia sanitaria a través de una entidad médica privada, que esté en el concierto, o de los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA. o, en Ceuta y Melilla, a través del INGESA.

Pueden cambiar su opción de entidad prestadora de la asistencia sanitaria en los siguientes supuestos:

Cambio ordinario (Desde el 1 al 31 de enero de cada año)

Los y las mutualistas pueden realizar un cambio ordinario de entidad médica una vez al año, durante el mes de enero, una única vez.

Para solicitar dicho cambio, deberán presentar el modelo de solicitud de cambio de entidad médica, marcando la casilla de cambio ordinario, dentro del plazo establecido.

Cambio extraordinario (Durante todo el año)

- ✓ Cuando se produzca un cambio de destino del mutualista en activo, o de residencia del mutualista jubilado o del titular no mutualista, que implique, en todos los casos, un cambio de provincia.

Para este cambio, deberán presentar:

- . El modelo A-1 Solicitud para la afiliación y variación de datos de titulares
 - . Los mutualistas en activo deberán adjuntar la toma de posesión en el nuevo destino.
- ✓ Cuando, por circunstancias excepcionales, el mutualista obtenga la conformidad expresa, por escrito, de las dos entidades afectadas.

Para solicitar este cambio, deberán presentar:

- . El modelo de Solicitud de cambio de entidad médica, marcando la casilla de cambio extraordinario y adjuntar los escritos de conformidad de las entidades afectadas.

En todo caso, los beneficiarios se adscribirán a la misma entidad médica por la que opte el o la titular de quien dependa su derecho.

Para información relacionada con las entidades médicas puede llamar a cualquiera de los teléfonos del Área de Asistencia Sanitaria o consultar en el apartado de Prestaciones.

Después de realizar estos trámites, tiene que acudir al Centro de salud más próximo a su domicilio y solicitar que le asignen médico de familia.

ISFAS

<http://www.defensa.gob.es/isfas/prestaciones/asistenciaSanitaria/asistenciaincertada/index.html>

http://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Normativa/reguladora/INFO_CAMBIO_MODALIDAD_2014_v.7.pdf

CAMBIOS DE MODALIDAD ASISTENCIAL

Cambio ordinario del 1 al 31 de enero de cada año

Los titulares del ISFAS pueden solicitar cambio de modalidad asistencial o de entidad de seguro durante el mes de enero de cada año, sin ningún requisito previo.

El cambio se puede solicitar en cualquier delegación del ISFAS o a través de la Sede electrónica.

En el caso de que este trámite se realice de forma presencial se adjuntará a la solicitud el documento de afiliación para su sustitución y, si el trámite se realiza por una persona distinta al titular, deberá acreditarse la representación.

Las solicitudes presentadas por correo o por persona distinta al titular, además se acompañarán de fotocopia del DNI del titular para la verificación de su firma.

Sólo podrá realizarse un cambio de modalidad a lo largo del mes de enero, por lo que debe recabarse previamente toda la información precisa para la adecuada elección.

Por tanto, es recomendable:

- . Conocer los recursos asistenciales disponibles en su lugar de residencia.
- . Comparar los Catálogos de servicios de cada entidad de seguro concertada y los medios del servicio de salud de su Comunidad Autónoma.

Cambio extraordinario

✓ Cambios fuera del plazo:

Fuera del periodo del plazo ordinario se podrá autorizar el cambio de modalidad asistencial o de entidad de seguro de asistencia sanitaria en los siguientes casos:

Cambios de la modalidad D a una modalidad C o viceversa.

Cuando se produzca un cambio de destino del titular que implique traslado de provincia.

El cambio de entidad de seguro concertada a otra, cuando se obtenga la conformidad, expresada por escrito, de las entidades afectadas.

Cuando concurren circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de titulares afectados por el mismo problema de asistencia médica, la gerencia del ISFAS podrá acordar la apertura de plazo especial de elección.

✓ **Cambio extraordinario al I.N.S.S. o por Servicios públicos de Salud (Modalidad A1)**

Cuando el titular lo solicite por razones de asistencia médico-hospitalaria y sea aprobado por la Comisión paritaria ISFAS/Seguridad Social.

En este supuesto, junto con la solicitud, el titular deberá aportar informe médico en el que conste el diagnóstico del proceso patológico padecido por él o por alguno de sus beneficiarios y las razones que aconsejan su tratamiento en un Centro del Sistema Sanitario Público. Además, deberá hacer constar expresamente que asume la obligación de permanecer cinco años adscrito al I.N.S.S. en el caso de que le sea concedido el cambio.

Después de realizar estos trámites, tiene que acudir al Centro de salud más próximo a su domicilio, y solicitar que le asignen médico de familia.

CARTERA COMÚN BÁSICA DE SERVICIOS

La cartera común básica de servicios comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios, en el ámbito de la Atención primaria, la Atención especializada y la Asistencia de urgencia, incluyendo el transporte sanitario urgente.

La Atención primaria, la Atención especializada y la Asistencia de urgencia se prestarán por los correspondientes servicios asignados en función de la modalidad asistencial a la que haya quedado adscrito el titular, con un contenido análogo al que se recoge en el Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y con sujeción a los requisitos previstos en los conciertos suscritos por el ISFAS o en el marco regulador de la colaboración concertada con la sanidad militar, para el acceso a los servicios.

2.13.PROCEDIMIENTO PARA QUE LOS BENEFICIARIOS DEL ÁREA SANITARIA DE VIGO ELIJAN EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA

Soy beneficiario del Hospital de Povisa y quiero cambiar al CHUVI. ¿Qué pasará con las citas para consulta en Povisa?

Soy beneficiario del CHUVI y quiero cambiar al Hospital Povisa. ¿Qué pasará con las citas para consulta en el CHUVI?

Podrán solicitar la inclusión en el Complejo Hospitalario Universitario del Área Sanitaria de Vigo o en el Hospital POVISA como provisoros de asistencia sanitaria especializada, los beneficiarios de la Seguridad Social de los centros de Salud de los Ayuntamientos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar y de los centros de salud del Ayuntamiento de Vigo que actualmente están asignados al área de POVISA (Coia, Coruxo, Navia, López Mora, Colmeiro, Nicolás Peña, e Rosalía-Beiramar).

No será necesaria la realización de ninguna solicitud para aquellos usuarios que tengan POVISA como centro de referencia y deseen continuar con este mismo hospital como provisor de asistencia sanitaria especializada.

El cambio se hace efectivo una vez comprobada la documentación de solicitud y registrado en la unidad de Tarjeta sanitaria. El proceso, salvo casos excepcionales, es efectivo en el plazo de 24 horas.

El plazo de solicitud, generalmente, es del 1 al 30 de noviembre cada año.

La opción de cambio de hospital conlleva el inicio de una nueva atención y, del mismo modo que cuando se cambia de domicilio hacia otra provincia o área sanitaria, deberá reiniciar su proceso de atención en el nuevo hospital en el caso de tener citas pendientes en el Hospital POVISA o en el CHUVI en el momento de realizar el cambio.

El cambio de centro hospitalario, por su elección, implica un nuevo proveedor para su demanda asistencial.

No se conservan derechos de antigüedad en lista de espera ni las citas que estuvieran programadas en POVISA o en el CHUVI, sino que el proceso de atención se inicia nuevamente, como si cambiara de domicilio a otra provincia con otro hospital de referencia.

Su médico de cabecera, que seguiría siendo el mismo, le solicitaría nuevamente citas para consultas con los especialistas del CHUVI o de POVISA que le correspondieran. No obstante, señalar que los facultativos del CHUVI como los de POVISA tienen acceso a través de su historia clínica electrónica a los datos médicos previos consignados por los facultativos del hospital anteriormente elegido.

En las siguientes direcciones de la web del Sergas y la Consellería de Sanidad dispone de la información y del acceso a la solicitud on-line si dispone de certificado digital:

<https://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria/Cambio-de-hospital-de-referencia-en-Area-de-Xestion-Integrada-de-Vigo?idioma=es>

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2020/20201027/AnuncioG0003-201020-0001_es.html



3. CARTERA DE SERVICIOS

3.1. ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cómo se tramita la atención médica domiciliaria? ¿Quién tiene derecho? ¿Qué papeles hay que aportar? ¿Cómo se hace la solicitud?

El Servicio Gallego de Salud garantiza la atención a domicilio de los pacientes inmovilizados las 24 horas del día los 365 días del año, siempre que exista una indicación clínica y sanitaria.

La atención a domicilio de los pacientes inmovilizados está recogida en la Cartera de Servicios de Atención Primaria por el Real Decreto 1030/2006 del 15 de septiembre.

Esta actividad asistencial se presta dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, e incluye las siguientes modalidades:

- Consulta a demanda, por iniciativa del paciente, preferentemente organizada a través de cita previa.
- Consulta programada, realizada por iniciativa de un profesional sanitario.
- Consulta urgente, por motivos que no puedan esperar.

Será el equipo de Atención Primaria, compuesto por el médico y la enfermera que tiene asignados, el que valorará la mejor forma de ofrecer esta atención en el horario ordinario.

Fuera de este horario serán el 061 y su punto de atención continuada (PAC) los que le darán la mejor respuesta a sus necesidades.

Si usted optó por el derecho de libre elección de médico/a, enfermero/a, y/o pediatra de atención primaria: en el caso de elegir un profesional sanitario de atención primaria que trabaja en un centro de salud de fuera de su ayuntamiento de residencia, la atención sanitaria domiciliaria no podrá ser proporcionada.

Para garantizar el trabajo en equipo en caso de que se opte por la libre elección de médico de familia o pediatra, el personal de enfermería deberá elegirse o ser asignado en la misma unidad de atención primaria, y viceversa, si se opta por elegir un enfermero/a el médico de familia o pediatra deberá pertenecer al plantel de la misma unidad de atención primaria.

3.2. SALUD BUCODENTAL-OFTALMOLOGÍA-AUDICIÓN-LOGOPEDIA

¿Existen ayudas para los gastos del dentista para personas sin recursos?

¿Qué cobertura tiene la asistencia sanitaria del dentista? ¿Se financian las prótesis fijas o removibles? ¿Y los implantes?

¿Hasta qué edad están financiados los audífonos?

En el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización- publicado en el BOE del 16 de septiembre de 2006- se recogen las prestaciones estableciéndose la cartera de servicios en los Anexos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII.

El 6 de noviembre de 2014 se publica la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

El 8 de julio de 2015 se publica la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos.

El 3 de septiembre de 2015 se publica la Resolución de 3 de septiembre de 2015, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia,

por la que se establecen los requisitos específicos de los estudios de monitorización incluidos en el anexo II de la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos.

El 27 de abril de 2019 se publica la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por lo que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

ANEXO I

Cartera de servicios comunes de salud pública.

ANEXO II

Cartera de servicios comunes de atención primaria.

ANEXO III

Cartera de servicios comunes de atención especializada.

ANEXO IV

Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia.

ANEXO V

Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica.

ANEXO VI

Cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica.

ANEXO VII

Cartera de servicios comunes de prestación con productos dietéticos.

ANEXO VIII

Cartera de servicios comunes de prestación de transporte sanitario.

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-16212

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-11444

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-7629>

<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-10190>

<https://www.boe.es/boe/dias/2019/04/27/pdfs/BOE-A-2019-6277.pdf>

<https://www.mscbs.gob.es/va/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm>

ATENCIÓN BUCODENTAL

¿Qué es?

Atención primaria cuenta con el apoyo de profesionales que se ocupan de la salud bucodental de la población, realizando actividades asistenciales, de carácter preventivo y de educación sanitaria.

Acceso

La atención bucodental es una actividad fundamentalmente preventiva, incluida en la práctica diaria del médico de familia, pediatra y matrona. Estos profesionales conocen las actividades que pueden beneficiar la salud de la ciudadanía e indican, en función de sus características, el acceso a las unidades de Salud bucodental.

El 100% de la población gallega menor de 15 años tiene asignado un dentista de referencia para la ejecución del Programa de Salud Bucodental.

Oferta de servicios

Los servicios de atención bucodental ofertados en Atención primaria son:

Población infantil de 0 a 14 años:

- . Información y educación en materia de higiene y salud bucodental
- . Detección precoz de la mala oclusión
- . Aplicación profesional tópica de flúor
- . Colocación de sellados en fisuras
- . Obturación de caries simple en dientes permanentes

Adultos y grupos de riesgo:

- . Información y educación en materia de higiene y salud bucodental

- . Exploración preventiva de la cavidad oral

Gestantes:

- . Exploraciones preventivas de la cavidad oral
- . Educación para la salud bucodental
- . Limpieza con ultrasonidos

Población general:

- . Tratamiento de los procesos agudos odontológicos y de las urgencias

Las unidades de Atención bucodental están formadas por médicos especialistas, odontólogos e higienistas dentales. Se localizan en centros de salud que atienden una determinada zona geográfica.

https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/892/guiatecnica_saudebucodental.pdf

IMPLANTES Y PRÓTESIS DENTALES

La cartera de servicios de atención a la salud bucodental viene recogida en el punto 9 del Anexo II del Real Decreto 1030/2006.

En el punto 9.5 se reflejan los procedimientos excluidos de la misma, y como punto 9.5.5 figura la exclusión de los implantes dentales.

Sin embargo existen excepciones en las que sí están financiados los implantes dentales:

En la Orden SSI/1356/2015, del 2 de julio el apartado 9.5.5 del anexo II queda redactado de la siguiente manera:

«9.5.5 Implantes dentarios, excepto lo previsto en la división RP Implantes reparadores del apartado 6 del anexo VI.»

RP 2 0 1 Implante dental, para pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral que impliquen la pérdida de dientes relacionada directamente con la patología o su tratamiento, y pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia (fisurados, malformaciones linfáticas, displasia ectodérmica, síndromes craneofaciales, etc.).

En cuanto a las prótesis maxilares, reflejadas en el Anexo VI del mencionado Real Decreto 1030/2006, se recoge la financiación de las siguientes:

- . Prótesis de maxilares no implantosoportadas, a medida, para malformaciones congénitas, grandes traumatismos y procesos oncológicos, que afectan a la cavidad oral.
- . Prótesis de maxilares implantosoportadas, a medida, para pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral que impliquen la pérdida de dientes relacionada directamente con la patología o su tratamiento, y pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia (fisurados, malformaciones linfáticas, displasia ectodérmica, síndromes craneofaciales, etc.).

CIRUGÍA Y CORRECCIÓN OCULAR DE REFRACCIÓN

La cartera de servicios comunes de atención especializada se recoge en el Anexo III del real Decreto 1030/2006, concretamente en el punto 5.

En el punto 5.1 se recoge la exclusión de "la corrección de los defectos de refracción por medios optométricos y quirúrgicos".

CIRUGÍA PARA EL GLAUCOMA

Los procedimientos de Trabéculoplastia láser, Iridotomía YAG-láser y Trabeculectomía (cirugía filtrante) sí están incluidos en la cartera de servicios del Servicio Gallego de Salud.

La indicación de estos procedimientos debe realizarla un facultativo del sistema público de salud de Galicia.

AUDÍFONOS

En cuanto a las prótesis auditivas (audífonos) reflejadas en el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril recoge que la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, decidió aumentar la edad de financiación de los audífonos (que era hasta los dieciséis años) al objeto de que esta prestación llegue a un mayor número de personas, como habían solicitado en diversas ocasiones las asociaciones de pacientes.

La Comisión expuso aumentar este límite de edad hasta los veintiséis años, por considerar esta franja de edad como crítica en el desarrollo y evolución de la persona para lograr una mejor inserción, tanto en el ámbito laboral como de estudios, y de esa forma poder mejorar sus perspectivas de futuro, así como facilitar su integración.

Para que esta ampliación sea sostenible para el Sistema Nacional de Salud, se acordó que se hiciera de forma gradual, de manera que **se financien los audífonos inicialmente hasta los**

veinte años y se incorpore cada año un tramo de edad mínimo de dos años, hasta alcanzar los veintiséis años.

La orden pretende hacer efectivas las mencionadas propuestas de Audífonos para pacientes hipoacúsicos, de cero a veintiséis años de edad, afectados de hipoacusia bilateral neurosensorial, de transmisión o mixta, permanente, no susceptible de otros tratamientos, con una pérdida de audición superior a 40 dB en el mejor de los oídos (valor obtenido promediando las frecuencias de 500, 1.000 y 2.000 Hz). Las administraciones sanitarias competentes vincularán la financiación de los audífonos y de los moldes adaptadores a programas de detección precoz, tratamiento completo y seguimiento de la hipoacusia, así como al estilo de vida de los pacientes.

LOGOPEDIA

Según el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, publicado en el BOE del 16 de septiembre de 2006, se indica en el Anexo III que se incluye la Logopedia que tenga relación directa con un proceso patológico.

La valoración de la indicación de este tratamiento debe realizarla el facultativo responsable de la atención.

3.3. OXÍGENOTERAPIA A DOMICILIO

Existen ayudas para el pago de la factura de electricidad en la oxigenoterapia domiciliaria?

¿Cómo se solicita una mochila de oxígeno para poder desplazarse?

¿Quién recoge el material de la oxigenoterapia en el domicilio cuando no se necesita?

Le informamos que no existen ayudas del Sergas para la factura de electricidad; el Sergas solo facilita el aparato para el tratamiento con oxígeno.

Respecto del procedimiento a seguir para solicitar una mochila de oxígeno, le informamos que debe ser el neumólogo quien haga la prescripción si la considera necesaria.

En cuanto a la retirada de los aparatos de oxigenoterapia de su domicilio cuando no los precise, la empresa concesionaria es la que se encarga del suministro, mantenimiento y recogida del material necesario para la administración del oxígeno. De no obtener respuesta, debe ponerse

en contacto con el departamento de la Gerencia del Área Sanitaria donde le fue autorizado su uso.

Más información sobre las terapias respiratorias a domicilio en el Servicio Gallego de Salud:

http://www.xunta.es/dog/Publicados/2007/20071113/Anuncio4446E_gl.html

3.4. REPRODUCCIÓN ASISTIDA

¿Cuál es el límite de edad para acceder a los programas de reproducción asistida y cuáles son los requisitos?

¿Qué documentación se debe aportar para obtener la autorización de una unidad asistencial de reproducción humana asistida?

Actualmente en Galicia y en las otras comunidades está en vigor la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

En el Capítulo II se recoge lo referente a la donación y en el Capítulo III la criopreservación.

Si usted quiere consultar el texto de esta ley, puede encontrarla en el siguiente enlace de internet en la página del Boletín oficial del Estado:

<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292>

La reproducción humana asistida se contempla en el apartado 5.3.8 del anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, para los casos en que haya un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida, de acuerdo con los programas de cada servicio de salud y citando específicamente las técnicas que incluye.

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-16212

La orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, incorpora la propuesta del Grupo de expertos, clarificando los criterios para la indicación de las técnicas de reproducción humana asistida en el marco del Sistema Nacional de Salud, y actualiza las técnicas de acuerdo a la evidencia científica disponible.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-11444

Se modifica el apartado 5.3.8 del anexo III del R.D. 1030/2006, que queda redactado de la siguiente manera:

«**5.3.8** Los tratamientos de reproducción humana asistida (RHA) se realizarán con fin terapéutico o preventivo y en determinadas situaciones especiales.

5.3.8.1 Los tratamientos de reproducción humana asistida tendrán la finalidad de ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural, no susceptibles a tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos. También se podrá recurrir a estos procedimientos a fin de evitar enfermedades o trastornos genéticos graves en la descendencia y cuando se precise de un embrión con características inmunológicas idénticas a las de un hermano afecto de un proceso patológico grave, que no sea susceptible de otro recurso terapéutico. Para su realización en el ámbito del Sistema Nacional de Salud deberán cumplir los criterios generales de acceso a los tratamientos de RHA que se recogen en el apartado 5.3.8.2 y en su caso, los criterios específicos de cada técnica.

a) Tratamientos de RHA con fin terapéutico: Se aplicarán a las personas que se hayan sometido a un estudio de esterilidad y que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

1.º Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.

2.º Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

b) Tratamientos de RHA con fin preventivo: Irán destinados a prevenir la transmisión de enfermedades o trastornos de base genética graves, o la transmisión o generación de enfermedades de otro origen graves, de aparición precoz, no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, y que sean evitables mediante la aplicación de estas técnicas.

c) Tratamientos de RHA en situaciones especiales: Se realizarán con los siguientes fines:

1.º Selección embrionaria, con destino a tratamiento de terceros.

2.º Preservación de gametos o preembrión para uso autólogo diferido por indicación médica para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos patológicos especiales, de acuerdo a lo recogido en el apartado 5.3.8.3.d.

5.3.8.2 Criterios generales de acceso a tratamientos de RHA: Son aplicables a todas las técnicas de RHA que se realicen en el Sistema Nacional de Salud, salvo aquellos aspectos que se contemplan en los criterios específicos de cada una de ellas que prevalecerán sobre los generales.

a) Los tratamientos de reproducción humana asistida se aplicarán en el ámbito del Sistema Nacional de Salud a las personas que cumplan los siguientes criterios o situaciones de inclusión:

1.º Las mujeres serán mayores de 18 años y menores de 40 años y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio de esterilidad.

2.º Personas sin ningún hijo, previo y sano. En caso de parejas, sin ningún hijo común, previo y sano.

3.º La mujer no presentará ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.

b) Los tratamientos de reproducción humana asistida no se aplicarán en el ámbito del Sistema Nacional de Salud a las personas que presenten alguno de los siguientes criterios o situaciones de exclusión:

1.º Esterilización voluntaria previa.

2.º Existencia de contraindicación médica documentada para el tratamiento de la esterilidad.

3.º Existencia de contraindicación médica documentada para la gestación.

4.º Existencia de situación médica documentada que interfiera de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia.

5.º Imposibilidad para cumplir el tratamiento por motivos relacionados con la salud u otros motivos familiares o relacionados con el entorno social.

6.º Existencia de situación documentada referida a cualquier otra circunstancia que pueda interferir de forma grave sobre el desarrollo de la descendencia sometida a consideración de un comité de ética asistencial u órgano similar.

c) En los casos en que se empleen gametos o preembriones donados, el donante deberá estar inscrito en el Registro nacional de donantes, debiendo consignarse la información correspondiente a que se refiere el artículo 21 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

5.3.8.3 Criterios específicos de acceso a cada una de las técnicas de RHA.

a) Inseminación artificial:

1.º Inseminación artificial con semen de la pareja: Criterios de acceso específicos para esta técnica:

i) Existencia de indicación terapéutica reconocida.

ii) Edad de la mujer en el momento del tratamiento inferior a 38 años.

iii) Número máximo de ciclos: cuatro.

2.º Inseminación artificial con gameto de donante: Su realización estará condicionada por la disponibilidad de gametos en el centro que la indique, bien a través del propio banco del centro o de un banco de gametos acreditado. Criterios de acceso específicos para esta técnica:

i) Existencia de indicación terapéutica.

ii) Edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento inferior a 40 años.

iii) Número máximo de ciclos: seis.

b) Fecundación in vitro: Se incluye la fecundación in vitro convencional o mediante técnicas de micromanipulación, y las técnicas de tratamiento y conservación de gametos y preembriones derivados de las mismas.

1.º Fecundación in vitro con gametos propios: Criterios de acceso específicos para esta técnica:

i) Edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento inferior a 40 años.

ii) Ausencia de evidencias de mala reserva ovárica.

iii) Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.

2.º Fecundación in vitro con gametos donados: Su realización estará condicionada por la disponibilidad de gametos en el centro público que la indique, bien a través del propio banco del centro o de un banco de gametos acreditado.

i) Con espermatozoides donados: Criterios de acceso específicos para esta técnica:

– Edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento inferior a 40 años.

– Ausencia de evidencias de mala reserva ovárica.

– Diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria sin hijo sano.

– Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con estimulación ovárica. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.

ii) Con oocitos donados: Criterios de acceso específicos para esta técnica:

- Edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento: inferior a 40 años.
- Fallo ovárico clínico prematuro establecido antes de los 36 años, espontáneo o yatrogénico.
- Trastorno genético de la mujer sólo evitable mediante sustitución de oocitos.
- Ovarios inaccesibles o no abordables para la extracción de oocitos.
- Límite máximo de ciclos de tratamiento: Tres ciclos con recepción de oocitos donados. Este límite podrá reducirse en función del pronóstico, y en particular del resultado de los tratamientos previos.

c) Criopreservación de preembriones y su transferencia: Los preembriones criopreservados podrán ser transferidos para uso propio o podrán ser donados. En el caso de preembriones criopreservados para uso propio se aplicará el criterio específico de que las mujeres con esterilidad primaria o secundaria sean menores de 50 años en el momento de la transferencia, y en el de los preembriones criopreservados para ser donados se aplicarán los criterios generales de acceso a tratamientos de RHA.

d) Criopreservación de gametos o de preembriones para uso propio diferido para preservar la fertilidad en situaciones asociadas a procesos patológicos especiales: Criterios específicos:

- 1.º Se realizará en pacientes con posible riesgo de pérdida de su capacidad reproductiva asociada a exposición a tratamientos gametotóxicos o a procesos patológicos con riesgo acreditado de fallo ovárico prematuro o riesgo acreditado de fallo testicular primario.
- 2.º La transferencia de los gametos o preembriones criopreservados se llevará a cabo en mujeres menores de 50 años, siempre y cuando no presenten ningún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañarle un grave e incontrolable riesgo, tanto para su salud como para la de su posible descendencia.
- 3.º Se realizará exclusivamente por indicación médica, no incluyéndose cuando sea únicamente a petición propia del paciente para uso diferido.

e) Técnicas de lavado seminal para prevenir la transmisión de enfermedades virales crónicas: El lavado seminal se podrá aplicar a hombres seropositivos al virus de la hepatitis C o al VIH tanto en la asistencia a parejas estériles serodiscordantes con infección viral crónica, como en la prevención de la transmisión de infecciones virales crónicas en parejas sin diagnóstico de esterilidad.

En el caso de parejas seroconcordantes, solo será preciso el lavado, no siendo necesario el posterior estudio de la presencia de partículas virales.

Para la aplicación de los tratamientos y técnicas de reproducción humana asistida en estos casos se deberán cumplir los criterios generales, y en su caso, los específicos descritos en los correspondientes apartados de dichas técnicas.

5.3.8.4 En los tratamientos de RHA, las pruebas que deban realizarse en el ámbito de dicho tratamiento al otro miembro de la pareja, serán facilitadas por la administración correspondiente a la de aseguramiento de la mujer a la que se va a realizar la técnica de RHA. Se excluyen de lo previsto en este apartado, los tratamientos farmacológicos asociados a la técnica de RHA a los que haya de someterse el otro miembro de la pareja.»

Documentos que se tienen que aportar para las autorizaciones de las unidades asistenciales de reproducción humana asistida según la legislación específica:

<http://www.sergas.es/busca?k=reproducci%u00f3n+asistida&idioma=es>

3.5. SALUD INFANTIL. CARPETA CUÍDATE_CUÍDAME

¿Qué documentos contiene la carpeta de salud infantil?

Toda la información necesaria se encuentra en la siguiente dirección:

<http://www.sergas.es/busca?k=cartilla+de+salud+infantil&idioma=es>

Esta Carpeta de salud infantil contiene los siguientes elementos:

Materiales facilitadores de asistencia sanitaria:

- Solicitud de realización de pruebas de metabolismo, con la ficha de datos, las instrucciones y el material necesario para enviar muestras de sangre y orina al laboratorio central.
- Solicitud de la tarjeta sanitaria personal.
- Cartilla de salud infantil.

Materiales informativos:

- Guía de cuidados infantiles saludables.
- Consejos para una buena lactancia materna.
- Calendario recomendado de vacunaciones infantiles.

3.6. VACUNAS GRATUITAS EN NUESTRA COMUNIDAD/ CALENDARIO VACUNAL

¿Cuáles son las vacunas gratuitas en nuestra Comunidad?

Las vacunas gratuitas en nuestra Comunidad son las incluidas en el calendario de vacunación infantil, que se puede consultar en:

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Vacinaci%C3%B3n-infantil?idioma=es>

<https://www.sergas.es/Saude-publica/Vacinaci%C3%B3n-no-adulto?idioma=es>

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Programa%20Galego%20de%20Vacinaci%C3%B3n%20%28PGV%29>

También son gratuitas vacunas no sistemáticas (vacuna de la gripe, antineumocócica,...) para grupos de especial riesgo (mayores de 60 años, determinados enfermos crónicos, esplenectomizados,...) o para viajeros a determinados países. Precisan de una indicación médica y pertenecer a uno de los grupos de riesgo definidos por la autoridad sanitaria.

La vacunación infantil:

La vacunación en la edad infantil se introduce en España en la década de los 60. Galicia implantó su primer calendario vacunal infantil en el año 1981. Desde entonces hasta hoy, este calendario ha ido evolucionando introduciéndose nuevas vacunas que permiten inmunizar a los niños/as frente a más enfermedades, incorporándose nuevas pautas de vacunación.

Derivada de la buena aceptación por parte de la población de una actuación que contribuye a proteger la salud de sus niños/as, en nuestra comunidad se alcanzan altas cifras de coberturas de vacunación, circunstancia que permitió una drástica disminución de la incidencia de enfermedades prevenibles mediante vacunación así como de la mortalidad asociada.

Es imprescindible mantener estas altas coberturas para evitar la reaparición de enfermedades graves, hoy en día casi desaparecidas.

Es importante destacar los elevados márgenes de seguridad de los productos vacunales que se administran en la actualidad, donde la relación riesgo-beneficio es claramente positiva, dado que los efectos adversos que suelen ocurrir son leves y transitorios.



galicia

dxsp.sergas.gal


XUNTA DE GALICIA
xunta.gal

La vacunación de adultos:

Las enfermedades prevenibles mediante vacunación son una causa importante de morbi-mortalidad en la edad adulta; para fomentar la vacunación en este grupo de población e integrarla en la práctica asistencial diaria se aprobó el Calendario de Vacunación de Adultos, vigente desde el 3 de julio de 2017, que establece las recomendaciones generales de vacunación para la población adulta sana y que será de aplicación en todos los puntos de vacunación de nuestra comunidad.

En este calendario destaca la incorporación de la vacuna antineumocócica conjugada, que se administrará a las personas que vayan cumpliendo los 65 años (nacidas a partir del 1 de enero de 1952) y se mantienen, al mismo tiempo, las indicaciones para los grupos de riesgo de cualquier edad. La vacuna polisacárida pasa a administrarse a los 66 años (personas de 66 años o mayores de esta edad no vacunadas con anterioridad).

En el calendario también se especifican las recomendaciones de vacunación para la población adulta frente al tétanos, difteria, tos ferina, sarampión, rubéola, parotiditis, hepatitis B, gripe, varicela, virus del papiloma humano (VPH) y meningococo C.

La vacunación frente al tétano/difteria se indicará a todos los adultos no vacunados previamente o con la primovacuna incompleta, así como para la profilaxis antitetánica en heridas.

Las mujeres embarazadas entre la semana 28 y 36 de gestación, preferiblemente en la semana 32, deberán recibir una dosis de la vacuna difteria-tétano-tos ferina acelular de baja carga antigénica.

Anualmente se vacunarán de la gripe las personas de 60 o más años de edad y las que presenten riesgo de complicaciones. La vacunación antigripal del personal sanitario resulta imprescindible para evitar la transmisión de la enfermedad a pacientes con alto riesgo de complicaciones así como su propio padecimiento.

La vacunación con triple vírica se recomienda según la fecha de nacimiento, el padecimiento previo de la enfermedad y el estado inmunitario, y se establece la pauta de vacunación según el caso; también se realizan las recomendaciones para la vacunación de las mujeres embarazadas susceptibles después del parto.

Por otra parte, la vacuna frente al VPH se le indicará a todas las mujeres nacidas a partir de 1994 que no fueran vacunadas previamente. Cabe destacar, por su importancia, la vacunación de las mujeres conizadas en los 6 últimos meses por lesiones intraepiteliales de grado CIN 2 o superior, debido al mayor riesgo de recurrencia bien por reinfección o reactivación.

Asimismo, a mayores de las vacunas que forman parte del calendario vigente de vacunación de adultos, a finales del año 2020 Galicia comenzó la campaña de vacunación contra la Covid-19, que va a proteger a las personas más vulnerables y a la población en general, reducirá su impacto en el sistema sanitario y favorecerá la recuperación de la actividad socio-económica.

CALENDARIO de VACINACIÓN de ADULTOS

	Ata 35 anos	36-49 anos	50-59 anos	60 ou máis anos
2017				
Td (tétano e difteria)	Completar ou iniciar pauta de vacunación (5 doses). Se tan calendario infantil completo: 1 dose de recordo ao redor dos 65 anos			
dTpa⁽¹⁾	Embarazadas (semana 28-36, preferiblemente 32). 1 dose en cada embarazo			
Gripe	Se existe factor de risco: 1 dose anual			
Pneumocócica conjugada 13 v	Se existe factor de risco: 1 dose			
Pneumocócica polisacáridos 23 v	Se existe factor de risco: 1 dose (intervalo mínimo 1 ano despois de PnC13)			
Hepatite B	Se non foron vacinados previamente: 3 doses			
Triple vírica⁽²⁾ (sarampo, rubéola e parotidite)	Nados antes de 1982, se existe factor de risco: 3 doses			
Varicela⁽⁴⁾	Se non foron vacinados previamente e nacidos despois de 1981: 2 doses			
Meningococo C	Se non foron vacinados previamente: 1 dose			
Virus do papiloma humano (VPH) mulleres	Se existe factor de risco: 3 doses ⁽³⁾			

VACINAS

Para todas as vacinas: Se non foron vacinados previamente e nacidos despois de 1981: 2 doses

(1) dTpa: Pauta de 5 doses (3 primeiras a 0, 1 e 6 meses, e 2 de recordo a 10 e 16 anos)

(2) Triple vírica: Pauta de 3 doses (0, 1 e 6 meses)

(3) VPH: Vacina de 3 doses (0, 1 e 6 meses)

(4) Varicela: Vacina de 2 doses (0 e 3 meses)

Logo do Xosé Vázquez

dxsp.sergas.gal

XUNTA DE GALICIA

Toda la información relacionada con la vacunación frente al Covid-19 está disponible y permanentemente actualizada en la siguiente dirección:

<https://coronavirus.sergas.gal/Contidos/Vacinacion%20COVID?idioma=es>

3.7. Vacunación para viajar al extranjero

¿Es preciso poner alguna vacuna para viajar al extranjero?

Recuerde contactar con el centro preferiblemente 2 meses antes de la fecha de partida.

A través de los viajes, cada día más frecuentes, un gran número de personas salen cada año a otros países bien por trabajo o por placer.

Los viajes internacionales, especialmente a aquellas zonas donde normalmente las condiciones sanitarias son precarias, requieren la adopción de una serie de medidas preventivas entre las que se encuentran algunas vacunaciones.

Para obtener información es necesario acudir, previa cita, a uno de los centros de vacunación internacional existentes en nuestra Comunidad Autónoma, preferiblemente con 2 meses de antelación al viaje.

En nuestra Comunidad existen varios centros de vacunación internacional situados en los Servicios de Medicina Preventiva de los diferentes hospitales de la red pública, así como en los centros de Sanidad Exterior dependientes del Ministerio de Sanidad a los que puede acudir. Sus direcciones se encuentran en los siguientes enlaces de internet:

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Vacinaci%C3%B3n-e-recomendaci%C3%B3ns-para-viaxeiros?idioma=es>

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/home.htm>

En estos centros le darán amplia información acerca de las medidas que deben adoptar para cada viaje, y también llevarán a cabo la vacunación o tratamiento recomendado necesario.

Por otra parte es necesario que la vacunación (en caso de ser necesaria) se lleve a cabo con antelación suficiente para poder desarrollar una respuesta inmunológica adecuada, por lo que debería ponerse en contacto con antelación suficiente (mínimo 2 meses).

3.8. PROGRAMA GALLEGO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA SORDERA EN PERÍODO NEONATAL

Información sobre el acceso al programa de detección precoz de la sordera neonatal

El programa pone a disposición de los neonatos de Galicia la prueba de cribado auditivo, puesto que la implantación se completó en todos los hospitales de la red pública sanitaria de Galicia y en los hospitales con maternidad de la red privada.

La Consellería de Sanidad, mediante este programa:

- Facilita la realización de un TEST AUDITIVO a los neonatos utilizando equipos modernos manejados por personal especializado.
- Garantiza que el resultado será comunicado de MANERA PERSONAL a los padres o tutores, y pone a su disposición esta información el mismo día de la realización de la prueba.
- Garantiza, en los niños que no pasen la prueba, la realización de un DIAGNÓSTICO de confirmación y, si lo requiere, el inicio del TRATAMIENTO en los primeros seis meses de vida.

Para alcanzar el objetivo del programa (realizar una prueba de audición a todos los neonatos en la Comunidad) la prueba se realiza antes de que el niño abandone el centro sanitario. En la actualidad, la práctica totalidad de los niños gallegos nacen en maternidades públicas o privadas, donde permanecen un promedio de dos días. Esta corta estancia en el centro hospitalario es el momento de mayor accesibilidad al niño, ya que posteriormente se puede producir movilidad geográfica u otras dificultades que impidan acudir a una cita posterior para realizar la prueba, con las consecuentes pérdidas.

Dispone de toda la información sobre el programa en la siguiente dirección de la página web del sergas:

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Programa-de-detecci%C3%B3n-precoz-da-hipoacusia-neonatal?idioma=es>

3.9. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABÓLICAS EN PERÍODO NEONATAL

Información sobre el acceso al programa de detección precoz de metabolopatías

El Programa Gallego para la Detección Precoz de Enfermedades Endocrinas y Metabólicas en el período neonatal tiene por objeto disminuir, mediante la detección y la instauración precoz del tratamiento, las deficiencias psíquicas y físicas originadas por las enfermedades endocrinas y metabólicas en el período neonatal. Estas deficiencias no son evidentes en el momento del nacimiento y cuando comienzan los síntomas ya se produjo un daño, la mayoría de las veces irreversible y que podría evitarse mediante la instauración del tratamiento adecuado en la fase subclínica.

La detección precoz se realiza mediante la toma de una muestra de orina y una de sangre lo antes posible tras las 48 horas de vida cumplidas del recién nacido.

A pesar de que la práctica más adecuada para no retrasar la detección precoz sea obtener las muestras del niño antes del alta hospitalaria, en un número importante de niños, las muestras se toman en los centros de salud de atención primaria.

El papel de atención primaria es, en este sentido, comprobar si la toma fue realizada en el hospital y, en caso de que no haya sido así, tomarla en el centro de salud.

Los profesionales de atención primaria tienen que ser conscientes de la importancia de que las muestras se tomen lo antes posible a partir de las 48 horas de vida y de que sean adecuadamente tomadas. Una muestra inadecuada va a generar la necesidad de repetir la toma lo que implica un retraso en la detección precoz, un mayor período de incertidumbre para los padres y un aumento de la carga de trabajo para los profesionales. Para conseguir una buena toma de muestra es fundamental revisar y seguir estrictamente las instrucciones y las recomendaciones que se incluyen en la “Carpeta de salud infantil” que se facilita a los padres en las maternidades.

Importante

Tome as mostrax ao terceiro día de vida do seu bebé. Se non lle foi posible facelo neste día, fágaoo o antes posible a partir do terceiro día. Envíeas no sobre, a poder ser, ese mesmo día.

É posible que, a causa da algunha incidencia coa primeira mostra, o laboratorio lle solicite unha segunda toma de sangue e/ou urina. Envíeas seguindo as instrucións do laboratorio.

Todos os datos da ficha identificativa son importantes. Cúbraas completamente e entregue a ficha sen separar as súas partes. Aínda que vostede xa solicitase a tarxeta sanitaria, non deixe ningún campo sen cubrir.

Se ten algún problema ou dúbida coa xestión da tarxeta sanitaria, chame ao 981 569 540.

Importante

Tome las muestras al tercer día de vida de su bebé. Si no le fue posible hacerlo en este día, hágalo lo antes posible a partir del tercer día. Envíelas en el sobre, a poder ser, ese mismo día.

Es posible que, a causa de alguna incidencia con la primera muestra, el laboratorio le solicite una segunda toma de sangre y/o orina. Envíela según las instrucciones del laboratorio. Todos los datos de la ficha identificativa son importantes. Cubra todos los apartados y entregue la ficha sin separar sus partes. Aunque usted ya hubiera solicitado la tarjeta sanitaria, no deje ningún campo sin cubrir.

Si tiene algún problema o duda con la gestión de la tarjeta sanitaria, llame al 981 569 540.

¿Como se reciben os resultados?

Normalmente por correo, aínda que se é preciso utilizarse o teléfono móbil ou fixo. É preciso que se asegure de que o enderezo que figura na ficha sexa correcto e completo, e que o teléfono que facilita permita a pronta localización dos pais, e estea operativo ata que reciba os resultados.

Isto posibilitará que o laboratorio lle envíe avisos que poden ser urxentes.

Se aos 12 días do envío das mostrax non recibiu o resultado, pode chamar ao laboratorio, ao teléfono 981 950 100 ou enviar un correo-e a met.chus@sergas.es

¿Cómo se reciben los resultados?

Normalmente por correo, aunque si es preciso se utilizará el teléfono móvil o fijo. Es preciso que se asegure de que la dirección que figura en la ficha sea correcta y completa, y que el teléfono que facilita permita la rápida localización de los padres, y esté operativo hasta que reciba los resultados.

Esto posibilitará que el laboratorio le envíe avisos que pueden ser urgentes.

Si a los 12 días del envío de las muestras no recibió el resultado, puede llamar al laboratorio, al teléfono 981 950 100 o enviar un correo-e a met.chus@sergas.es

Non esquezas enviar sen demora

Programa galego para a detección de enfermidades endócrinas e metabólicas en período neonatal

Entre 1-2 de cada mil neonatos, aínda que aparentemente saos, padecen trastornos do metabolismo que, de non se trataren adecuadamente, algun deles poden ser causa de incapacidade e subnormalidade. O diagnóstico débese facer nos primeiros días de vida, para iniciar o tratamento canto antes.

Para saber se o seu bebé ten algunha destas graves enfermidades* abonda con recoller unha mostra de sangue e outra de urina para o que se facilitamos todo o material necesario

* Doenzas autoinmunitarias de glándulas endócrinas (diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipercortisolismo, etc.). Doenzas hereditarias de metabolismo (fenilcetonuria, etc.). Doenzas hereditarias de metabolismo (fenilcetonuria, etc.).

Entre 1-2 de cada mil recién nacidos, aunque aparentemente sanos, padecen trastornos del metabolismo que, de no tratarse adecuadamente, alguno de ellos pueden ser causa de incapacidad y subnormalidad. El diagnóstico se debe hacer en los primeros días de vida, para iniciar el tratamiento cuanto antes.

Para saber si su bebé tiene alguna de estas graves enfermedades* basta con recoger una muestra de sangre y otra de orina, para lo que le facilitamos todo el material necesario

* Actualmente se detectan más de 20 trastornos de metabolismo: hipercortisolismo, hipotiroidismo, etc. Los avances científicos pueden ir modificando las pruebas que se realizan.

Cualquier retraso en la detección precoz puede implicar un retraso en el inicio del tratamiento con las consiguientes potenciales consecuencias para la salud del neonato, por lo que además es importante tener la seguridad de que la ficha de identificación esté perfecta y completamente cubierta. En este sentido los profesionales que realicen la toma de la muestra deben revisar la ficha y, en su caso, completarla. Por último, es preciso insistir a los padres para que envíen el sobre

preferentemente con las muestras tomadas y la ficha de identificación lo antes posible, a poder ser el mismo día de la toma.

En caso de que el resultado de las pruebas sea normal, el programa informa a los padres mediante carta.

En algunas ocasiones, para descartar la presencia de un resultado anómalo es necesario realizar otro análisis, situación que también se comunica a los padres mediante carta. Finalmente, en los casos claramente patológicos, el propio laboratorio se encarga de localizar a los padres de la forma más urgente posible para darles una cita e iniciar el tratamiento del niño.

Dispone de toda la información sobre el programa en la siguiente dirección de la página web del Sergas:

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Programa-de-detecci%C3%B3n-precoz-de-enfermedades-end%C3%B3crinas-e-metab%C3%B3licas-en-periodo-neonatal?idioma=ga>

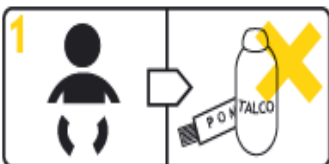
3º día
48 horas
despois
da
alimentación

Toma de mostrás

Realizárase o terceiro día de vida do bebé, tras 48 horas de iniciar a alimentación

Toma de mostrás. Se realizará el 3º día de vida del bebé, tras 48 horas de iniciar la alimentación

Instrucións para a toma da mostra de urina



O neno debe estar limpo e sen tálco, cremas nin desinfectantes

El niño debe estar limpio y sin tálco, cremas ni desinfectantes



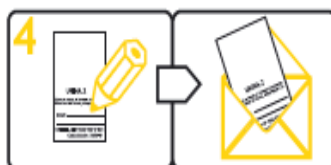
Separe una de las tiras del papel de orina, sitúelo sobre los genitales del bebé y cierre el pañal

Separe unha das tiras do papel de urina, sitúeo sobre os xenitais do bebé e cerre o cueiro



Unha vez que ouriñe retire o papel con coidado. Se o ve manchado con feces, repita a operación coa outra parte do papel

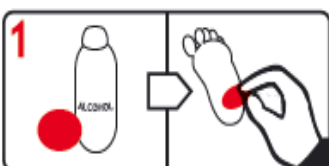
Una vez que haya orinado retire el papel con cuidado. Si lo ve manchado con heces, repita la operación con la otra parte del papel



Deje secar la tira de papel impregnada de orina a temperatura ambiente, escriba con lápiz el nombre y el apellido del niño e introdúzcala en el sobre

Deixe secar a tira de papel impregnada de urina a temperatura ambiente, escriba con lapis o nome e o apelido do bebé e introdúzaa no sobre

Instrucións para a toma da mostra de sangue



Déalle ao bebé unha lixeira masaxe no talón e fregue cun algodón empapado en alcohol, esperando a que este se evapore

Darle al bebé un ligero masaje en el talón y frote con un algodón empapado en alcohol, esperando a que éste se evapore



A mostra débese obter na zona do pé sinalada no debuxo. Retire o tapón protector: xire e estire nun só movemento (volta completa)

La muestra debe obtenerse de la zona del pie señalada en el dibujo. Retire el tapón protector: gire y estire en un solo movimiento (vuelta completa)



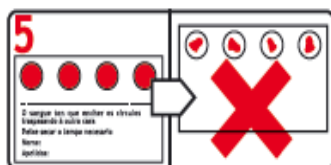
Unha vez seco o alcohol, coloque a lanceta sobre a zona marcada. Presione e baixe o botón nun movemento rápido deixando que se forme a gota de sangue

Una vez seco el alcohol, colocar la lanceta en la zona marcada. Presionar y bajar el botón en un movimiento rápido dejando que se forme la gota de sangre



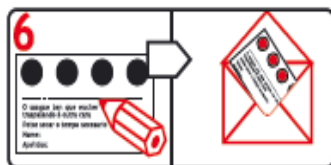
Colocar la tarjeta de forma que la superficie de los discos coincida con la gota de sangre y asegurarse que traspasa a la otra cara del papel, quedando impregnada toda la superficie

Coloque a tarxeta de forma que a superficie dos discos coincida coa gota de sangue e asegúrese de que traspasa á outra cara do papel, quedando impregnada toda a superficie



ATENCIÓN: Es importante impregnar la totalidad de la superficie de los 4 discos por una sola cara, hasta que la sangre traspase a la otra

ATENCIÓN É importante impregnar a totalidade da superficie dos 4 discos por unha soa cara, ata que o sangue traspase á outra



Deje secar a temperatura ambiente y cubra el nombre y apellidos antes de introducirla en el sobre

Deixe secar a temperatura ambiente e cubra o nome e apelidos antes de introducila no sobre

Ficha identificativa

para anotar os seus **datos** (enderezo, teléfono familiar) e para solicitar a súa **tarxeta sanitaria**



Ficha identificativa para anotar sus datos (dirección, teléfono familiar) y para solicitar su tarjeta sanitaria.

Lanceta

para provocar un pequeno sangrado



Una lanceta para provocar un pequeño sangrado

Tiras de papel absorbente

para recoller a urina e mailas gotas de sangue



Tiras de papel absorbente para recoger la orina y las gotas de sangre

Sobre

para envío ao laboratorio



Sobre para envío al laboratorio

3.10.PROGRAMA DE CRIBADO CÁNCER DE MAMA

Información sobre el acceso al programa de detección precoz del cáncer de mama

Están incluidas en el programa las mujeres con edad comprendida entre los 50 y 69 años.

La prueba que se realiza es una mamografía con un intervalo entre exploraciones de 2 años.

Si usted desea más información puede ponerse en contacto con el teléfono de la atención a las usuarias para este programa en el número 981-14 14 14.

También dispone de toda la información sobre el programa en la siguiente dirección de la página web del sergas:

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Programa-de-detecci%C3%B3n-precoz-do-cancro-de-mama?idioma=es>

Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-11444

3.11.PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

Información sobre el acceso al programa de detección precoz de cáncer colorrectal

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Programa-de-detecci%C3%B3n-precoz--do-cancro-colorrectal>

http://www.sergas.es/cas/documentacionTecnica/docs/SaudePublica/cancro/Programa_gallego_de_deteccion_precoz_del_cancer_colorrectal.pdf

Es un programa organizado por la Consellería de Sanidad y está dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años residentes en Galicia. Mediante la detección precoz se consigue diagnosticar el cáncer en etapas menos avanzadas de la enfermedad por lo que se aumentan las posibilidades de curación. Consiste en hacerse, cada dos años y en su domicilio, una prueba

sencilla para detectar sangre oculta en las heces. Además, los programas de detección precoz demostraron que pueden reducir el riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto.

Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-11444

Puede contactar con el programa en la siguiente dirección de correo electrónico:

infocolon@sergas.es

3.12.SOLICITUD DE CITA PARA REVISIÓN GINECOLÓGICA DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿Dónde tengo que pedir cita para hacer una revisión Ginecológica?

Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-11444

Modificación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización:

3.3.2.3 Cribado de cáncer de cérvix. Con carácter general, se realizará aplicando los siguientes criterios:

- a) Población objetivo: mujeres de edades comprendidas entre 25 y 65 años.
- b) Prueba de cribado: citología cervical.
- c) Intervalo entre exploraciones recomendado: de 3 a 5 años.

Si usted quiere solicitar cita para una revisión de control de salud ginecológica y no fue diagnosticada previamente de ninguna patología ginecológica puede pedirla directamente con

la matrona de atención primaria, sin necesidad de volante de interconsulta de su médico de familia.

Estas revisiones de salud incluidas en el Plan de la Mujer Sana se hacen cada 3 años.

Si por el contrario usted tuvo anteriormente alguna prueba de citología con resultados anormales o está diagnosticada de alguna patología ginecológica debe acudir a su médico de familia.

4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

4.1. SOLICITUD DE CITA EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE INTERNET

¿Cómo se pide a través de Internet una cita al médico de cabecera?

Usted puede solicitar cita para atención primaria a través de internet en la página web del Sergas, en la Plataforma É-Saúde y en la Plataforma Sergas Móbil utilizando la tarjeta sanitaria o certificado digital o a través de los siguientes enlaces:

<https://cita.sergas.es/citainternet/configuracion/pacientes/registroPaciente.jsf?windowId=f5b>

https://esaude.sergas.es/EPACI_epaciente/#/home

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Aplicacion-mobil-Sergas-Mobil?idioma=ga>

4.2. INCIDENCIA DE SOLICITUD DE CITA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA WEB DEL SERGAS

No puedo pedir cita por internet para el médico de cabecera. ¿Qué debo hacer?

Intenté pedir cita para el meu médico por internet y no pude acabar el proceso porque dio un error.¿Cómo puedo solucionarlo?

Para poder ofrecerle una solución precisamos reunir más información relativa a la incidencia mencionada:

1. El error que se muestra.
2. El paso en el cual estaba usted en el momento en que se mostró el aviso.
3. La opción escogida para acceder al sistema (Tarjeta Sanitaria o DNI Electrónico/certificado digital/Chave365). En el caso de escoger la opción de Tarjeta Sanitaria, facilítenos los datos introducidos (TISS y NASS).
4. El nombre del navegador y sistema operativo del ordenador o del dispositivo móvil desde el cual realiza la solicitud.

Puede enviar esta información a través del canal CONTACTE de la web del Sergas a disposición de la ciudadanía para comunicar incidencias, aportaciones, críticas, preguntas, etc., sobre los temas de su interés que estén en relación con el Sistema Público de Salud de Galicia:

<https://contacte.sergas.es/>

4.3. CONSULTA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA-FUNCIONAMIENTO

Quiero pedir una cita telefónica para el médico de familia. ¿Cómo puedo hacerlo? ¿Puedo solicitar recetas? ¿Puedo hacerlo por internet?

La consulta telefónica consiste en ofrecer la posibilidad, a la elección del paciente, de realizar la atención sanitaria por medio del teléfono a quien solicite una consulta.

Si el paciente elige la atención telefónica, se le solicita el número de teléfono al que llamarlo. Su médico se pone en contacto para llevar a cabo la consulta, y deja registrados los datos en la historia clínica electrónica.

Además, si el facultativo lo considera adecuado, podrá realizar la correspondiente prescripción a través de la receta electrónica, para que el paciente pueda acudir directamente a la farmacia a recoger los medicamentos. Esto es posible gracias a los sistemas de información existentes en el Servicio Gallego de Salud que integran la información de atención primaria y hospitalaria y que están conectados a todas las oficinas de farmacia.

Por otro lado, si el médico considera durante la atención telefónica que el motivo de la consulta no puede ser resuelto por teléfono, se le proporcionará al paciente una cita para atención presencial.

4.4. CONSULTA DE CITAS CON LOS ESPECIALISTAS Y LISTA DE ESPERA EN LOS HOSPITALES

¿Cómo puedo consultar mis citas pendientes con los especialistas?

¿Cómo puedo saber en qué puesto estoy en la lista de espera para cirugía?

Si dispone de DNI electrónico o de Certificado Digital de clase 2 expedido por la FNMT puede realizar esta consulta en internet, a través de la **página web del Sergas**, accediendo a Temas: “Asistencia sanitaria” y en ese apartado a “Sus citas y lista de espera en los hospitales”.

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria?idioma=es>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/As-s%C3%BAas-citas-e-listas-de-espera-nos-hospitais?idioma=es>

También está accesible desde “CIUDADANÍA” y en este apartado Asistencia Sanitaria:

<https://www.sergas.es/Colectivos?idcat=11046&idcatgrupo=11002&idioma=es>

Para darle información sobre las consultas que tiene usted programadas, o sobre la lista de espera, para el cumplimiento de la Ley orgánica de protección de datos debemos acreditar su identidad, bien mediante el certificado digital que exige la página web del Sergas y/o el aplicativo CONTACTE, canal del Servicio Gallego de Salud para recoger reclamaciones, entre ellas las relacionadas con las demoras, bien preguntando en el servicio de citas de su centro sanitario o cubriendo un escrito de reclamación/solicitud de información y presentarlo en el servicio de atención al paciente.

El acceso a esta información también puede hacerlo a través de **la plataforma É-Saúde** identificándose mediante certificado digital de la FNMT, DNI electrónico o la CHAVE365.

É-Saúde es la herramienta del Sergas de comunicación con el ciudadano, accesible desde cualquier lugar y dispositivo (ordenador, móvil, tableta...) que le permite el acceso a servicios y contenidos de salud personalizados.

Dispone de toda la información sobre esta plataforma en:

<https://www.sergas.es/Esaude?idioma=es>

También le informamos de que en la mayor parte de los centros de salud usted puede tramitar las solicitudes de consulta en atención especializada, consultar sus citas y anularlas si fuese necesario.

4.5. ANULACIÓN O RETRASO POR MOTIVO JUSTIFICADO DE CITAS HOSPITALARIAS

Necesito anular una cita por motivo justificado. ¿Cómo debo hacer?

En el caso de surgir algún imprevisto que le impida acudir a una cita hospitalaria previamente concertada, a través del "Teléfono único del SERGAS" 981 952 950 podrá solicitar su anulación o retraso.

El operador que atiende ese número de teléfono tomará nota de su solicitud y la tramitará al centro correspondiente, que será el encargado de gestionarla (anulación o retraso de cita) y contactar con el paciente en caso necesario.

En cada provincia este servicio está conectado a un telefónico convencional, al que también podrá llamar para aprovechar las ventajas de la tarifa que tenga contratada con su compañía telefónica.

Estos números son:

- . **En la provincia de A Coruña: 981 952 950**
- . **En la provincia de Ourense: 988 398 350**
- . **En la provincia de Lugo: 982 269 893**
- . **En la provincia de Pontevedra: 986 806 350**

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

El servicio telefónico está operativo permanentemente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Da cobertura a toda la población gallega, para cualquier centro sanitario.

Lo puede encontrar en la página web del Sergas en la siguiente dirección:

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/981-952-950-TELEFONO-UNICO-SERGAS>

En algunos centros sanitarios se le proporciona a los pacientes una tarjeta de citación en la que puede constar un número de teléfono directo en el que se puede anular la consulta programada.

4.6. REVISIÓN POR DEMORA EN CITACIÓN PARA CONSULTA/ PRUEBA DIAGNÓSTICA/INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

¿Hay alguna manera de poder adelantar una cita pendiente para realizar una prueba?

Le comunicamos que si usted considera que su consulta o prueba debe ser tratada con mayor prioridad, tiene que dirigirse a su médico de familia o al Servicio de Atención al Paciente de su hospital de referencia en el caso de demoras en consultas y pruebas diagnósticas, solicitando una nueva evaluación.

Si se trata de una intervención quirúrgica puede dirigirse al teléfono que figura en el ejemplar que se le entregó de la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica, en el horario señalado.

Existen mecanismos de control para detectar las variaciones que puedan surgir en el tipo de prioridad durante su espera.

Su médico de Atención primaria también puede proporcionarle información sobre cualquier aspecto clínico relacionado con su intervención o con la preparación que precise antes de ser operado (suspensión de alguna medicación, ajuste de la dosis, etc.). Para esto puede solicitar cita previa para consulta con su médico.

4.7. NEGATIVA DEL MÉDICO DE FAMILIA A EXTENDER UN VOLANTE DE INTERCONSULTA PARA EL ESPECIALISTA

¿Puede mi médico de cabecera negarse a enviarme al especialista?

En nuestro sistema sanitario existe una vinculación de los médicos generales o médicos de familia con los especialistas, de modo que cada médico de familia puede derivar a sus pacientes a un determinado grupo de especialistas, según su criterio.

La indicación de la derivación de un paciente desde Atención Primaria a los especialistas corresponde única y exclusivamente al médico de familia o pediatra que atiende al paciente, siempre según su criterio clínico.

Por lo tanto el paciente no puede solicitar la derivación al especialista directamente.

4.8. ASISTENCIA E TRANSPORTE SANITARIO URXENTE EXTRAHOSPITALARIO

¿Cuándo llamar al 061? ¿Cómo actuar ante una situación urgente, enfermedad o accidente?

Que é?

O 061 é un Servizo da Consellería de Sanidade que xestiona a asistencia e o transporte sanitario urxente extrahospitalario, coordinando todos os recursos sanitarios en calquera punto de Galicia.

¿Qué es?

El 061 es un Servicio de la Consellería de Sanidade que gestiona la asistencia y el transporte sanitario urgente extrahospitalario, coordinando todos los recursos sanitarios en cualquier punto de Galicia.

Como funciona?

O Servizo 061 funciona as 24 horas do día, os 365 días do ano. Todas as chamadas son atendidas por médicos/as da central de coordinación, que tras valorar a situación do paciente, asignan os recursos máis axeitados para o seu tratamento no menor tempo posible. Para iso o 061 dispón de 10 ambulancias medicalizadas, cada unha delas con médico e enfermeiro e 101 ambulancias asistenciais. Así mesmo medicaliza os helicópteros de asistencia sanitaria da comunidade.

SE SOFRE OU PRESENCIA CALQUERA SITUACIÓN DE URXENCIA OU EMERXENCIA SANITARIA MARQUE O 061

¿Cómo funciona?

El Servicio 061 funciona las 24 horas del día, los 365 días del año. Todas las llamadas son atendidas por médicos/as de la central de coordinación, que tras valorar la situación del paciente, asignan los recursos más apropiados para su tratamiento en el menor tiempo posible. Para ello el 061 dispone de 10 ambulancias medicalizadas, cada una de ellas con un médico y enfermero y 101 ambulancias asistenciales. Así mismo medicaliza los helicópteros de asistencia sanitaria de la comunidad.

SI SUFRE O PRESENCIA CUALQUIER SITUACIÓN DE URGENCIA O EMERGENCIA SANITARIA MARQUE EL 061

Fundación Pública
Urxencias Sanitarias
de Galicia - 061

061

Información
divulgaliva

AXÚDENOS A MELLORAR

Se desexa facer chegar calquera suxestión ou reclamación sobre este servizo, dirixase ao noso Servizo de Atención ao Usuario/a, tel.: 881 547 448 (de 9:00 h a 14:00 h de luns a venres).

AYÚDENOS A MEJORAR

Si desea hacer llegar cualquier sugerencia o reclamación sobre este servicio, diríjase a nuestro Servicio de Atención al Usuario/a, tel.: 881 547 448 (de 9:00 h a 14:00 h de lunes a viernes).

061

Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

Urxencias Sanitarias

061
Urxencias
Sanitarias

AMBULANCIA
MEDICALIZADA

Asistencia e transporte sanitario urxente
extrahospitalario
Asistencia y transporte sanitario urgente
extrahospitalario

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

061

XUNTA DE GALICIA

¿Cuándo llamar al 061?

Urxencias Sanitarias **061**



Cando chamar?

Accidentes	Enfermidades
• Accidentes de tráfico.	• Parada cardiorrespiratoria.
• Caídas desde altura.	• Dificultade respiratoria.
• Traumatismos.	• Crises cardíacas.
• Intoxicacións.	• Perda ou alteración da consciencia.
• Atragoamentos.	• Crises diabéticas.
• Queimaduras.	• Reaccións alérxicas.

Ante calquera situación que vostede considere que require atención sanitaria urxente

Como actuar ante unha situación urxente, enfermidade ou accidente?

Chame ao 061.

Facilite uns datos mínimos sobre identidade, localización e estado do paciente:

- consciente?
- respira?
- feridas sangrantes?
- traumatismos?
- calquera outro signo ou sintoma.

Nos casos de accidente facilite información sobre riscos no lugar que poidan afectar a súa seguridade ou a do doente.

Siga as indicacións do persoal médico do 061, mentres chega a asistencia sanitaria.



Cómo actuar ante una situación urgente, enfermedad o accidente?

Llame al 061.

Facilite unos datos mínimos sobre identidad, localización y estado del paciente:

- consciente?
- respira?
- heridas sangrantes?
- traumatismos?
- cualquier otro signo o sintoma.

En los casos de accidente facilite información sobre riesgos en el lugar que puedan afectar a su seguridad o a la del paciente.

Siga las indicaciones del personal médico del 061, mientras llega la asistencia sanitaria.

Debe usted llamar al 061 ante cualquier situación de EMERGENCIA O URGENCIA SANITARIA.

Una emergencia sanitaria es aquella situación en la que la vida de una persona puede estar en peligro.

Son ejemplo de emergencia médica, entre otras:

- Accidentes de tráfico o de cualquier otro tipo con heridos graves (aquellos que presenten golpes o heridas de importancia, sangrados o hemorragias, quemaduras, alteración de consciencia, atrapamiento en el vehículo,...)
- Pérdidas o alteraciones severas del estado de conciencia
- Dolor torácico de aparición brusca
- Parálisis o alteraciones bruscas de la sensibilidad en una parte del cuerpo
- Dificultad importante para respirar
- Intoxicaciones por sustancias (sólidos, líquidos o gases)
- Ahogamientos
-

Es una urgencia sanitaria aquella situación donde previsiblemente es necesaria asistencia sanitaria pero en la que la vida de la persona no corre peligro:

- Fiebres altas
- Vómitos continuos o con presencia de restos de sangre
- Diarreas importantes o con presencia de sangrado
- Dolores importantes en localizaciones diferentes del tórax (el dolor en el tórax es una emergencia)

Información a transmitir al servicio de emergencias:

- Qué es lo que ha pasado
- Dónde se encuentra la persona o personas que necesitan ayuda
- Cuántas personas necesitan ayuda y cómo se encuentran

- Existen peligros en el lugar que deban de ser controlados además de prestar asistencia sanitaria? (presencia de incendios, riesgos de escape de sustancias químicas, atrapamiento de heridos, personas violentas, necesidad de rescate...)

¿Cuándo llamar al 902 400 116?

Puede usted llamar al número de consulta sanitaria, 902 400 116:

- Ante cualquiera de los síntomas descritos en el apartado de urgencias, cuando se presentan de forma leve
- Asesoramiento sobre medicamentos
- Asesoramiento sobre anticoncepción
- Consultas sobre vacunación
- Consultas sobre manejo de dispositivos de medición
- Consultas sobre resultados de análisis
- Consultas sobre dietas en situaciones patológicas
- Asesoramiento sobre preparación de pruebas médicas

4.9. REQUISITOS PARA DIÁLISIS COMO DESPLAZADO DENTRO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Necesito diálisis. ¿Cómo puedo solicitarla si me desplazo temporalmente a Galicia?

En respuesta a su pregunta, le informamos de los pasos a seguir:

1. Informe clínico de su situación de diálisis dónde se incluya, información de vacunación de virus.
2. Análisis de sangre con serología de menos de un mes, y turno y/o periodicidad con que realiza la diálisis, para derivarlo a la “Unidad de Diálisis” que proceda.
3. Datos de tarjeta sanitaria y dirección en la ciudad de destino.
4. Fecha de llegada
5. Teléfono de contacto.

Toda esta información se enviará para la tramitación de la diálisis como desplazado al Servicio de Admisión del Área Sanitaria en la que se solicite la diálisis.

La Consellería de Sanidad le ofrece un completo directorio de direcciones, teléfonos, correos electrónicos y páginas web, a través de los cuales puede localizar y contactar de forma directa

con las distintas instituciones, centros, hospitales y dispositivos que intervienen en la gestión de los servicios sanitarios:

<http://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Buscador-de-centros?idioma=ga>

4.10. TELÉFONO DE ATENCIÓN SANITARIA 902 400 116 del 061

¿Podrían informarme del servicio de atención telefónica para solicitar información sanitaria no urgente?

La Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 pone a disposición de la ciudadanía el servicio de Consulta Sanitaria a través del teléfono 902 400 116, cuya actividad es atendida, fundamentalmente, por personal de enfermería, respaldado por el equipo médico de coordinación sanitaria.

De esta manera se integra en una misma sala operativa la gestión de la urgencia y la emergencia extra hospitalaria, el transporte sanitario urgente y la consulta sanitaria no urgente en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia.

En la Consulta Sanitaria 902 400 116 trabajamos para resolver cuestiones como las siguientes:

Dudas sobre:

- . Trámites y consultas administrativas.
- . Enfermedades: formas de contagio, signos y síntomas, cuidados de enfermería relacionados.
- . Fármacos y productos sanitarios.
- . Preparación pruebas diagnósticas: analíticas sanguíneas, colonoscopias, ecografías, ecocardiogramas, etc.
- . Dietas.
- . Ejercicio físico y hábitos de vida saludable.
- . Anticonceptivos.
- . Vacunas: calendario de vacunas infantil, reacciones a vacunas, cuidados relacionados.

Cuidados de enfermería:

- . Personas con problemas crónicos.
- . Cuidados de enfermería en el embarazo y lactancia.
- . Cuidados a pacientes con alteraciones de la movilidad.
- . Cuidados relativos al deterioro de la integridad cutánea y/o mucosa: quemaduras, heridas, férulas, yesos,...

Consultas sobre dispositivos tipo sonda nasogástrica, sonda vesical, PEG, vías venosas periféricas, oxígeno domiciliario, glucómetros ...

- . Información y cuidados.
- . Actuación ante incidencias.
- . Actuación ante hematurias, oligurias, anurias.
- . Movilización de personal de enfermería para solución en domicilio.
- . Activación de recurso de transporte sanitario para traslado al centro hospitalario de referencia.
- . Oxígeno domiciliario.
- . Glucómetros: interpretación de mensajes de pantallas de dispositivos, formas de uso, etc.

4.11.TELÉFONO ÚNICO DEL SERGAS 981 952 950

He recibido mediante correo postal una cita médica y deseo contactar con algún teléfono para solicitar su anulación. ¿A qué teléfono puede llamar?

El teléfono al que puede llamar para realizar este trámite es el 981 952 950.

En cada provincia este servicio está conectado a un teléfono convencional, al que también podrá llamar con la tarifa que tenga contratada con su compañía telefónica.

Estos números son:

- . En la provincia de A Coruña: 981 952 950
- . En la provincia de Ourense: 988 398 350
- . En la provincia de Lugo: 982 269 893
- . En la provincia de Pontevedra: 986 806 350

A través de este teléfono tendrá acceso a múltiples servicios y trámites del sistema sanitario gallego:

- . Pedir cita para ser atendido en su centro de salud.
- . Solicitar la anulación o retraso de citas hospitalarias.
- . Solicitar atención telefónica por parte de profesionales sanitarios.

El teléfono 981 952 950 además de darle acceso rápido y sencillo al servicio que usted precisa, apenas tiene el coste de una llamada local.

Usted entrará en contacto con una central de atención telefónica, en la que un amplio equipo de profesionales y sistemas tecnológicos de última generación estarán a su disposición para facilitarle el acceso al sistema sanitario sin pérdida de tiempo.

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

El Servicio telefónico está operativo permanentemente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Da cobertura a toda la población gallega, para cualquier centro sanitario.

Lo puede encontrar en la página web del Sergas en la siguiente dirección:

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/981-952-950-TELEFONO-UNICO-SERGAS>

4.12.RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA AUTOMÁTICO DE CITACIÓN (IVR)

Si llamo para pedir cita para el médico y sale el contestador automático, puedo escoger el día o tiene que ser el que me ofrezca el sistema automático?

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Recomendaci%C3%B3n-utilizaci%C3%B3n-sistema-IVR?idioma=es>

Usted deberá seguir las sencillas indicaciones que le transmiten, que pueden consistir en que tenga que responder de manera verbal o bien pulsar una tecla del teléfono.

El sistema deberá identificarlo por lo que es preciso que tenga a mano su tarjeta sanitaria y su DNI/NIF para que la gestión sea lo más ágil posible.

Para facilitar la comunicación, este sistema atenderá llamadas tanto en gallego como en castellano por lo que usted podrá elegir el idioma en el que va a ser atendido. Debe tener en cuenta que una vez elegido no podrá cambiar de idioma a lo largo de la conversación y tendrá que dirigirse al sistema exclusivamente en el idioma escogido.

Recuerde que debe escuchar con atención, responder sólo a lo que se le indique, hablar de una manera clara y natural y no repetir las palabras al hablar ya que si el sistema no entiende lo que usted dijo, le preguntará de nuevo.

Por ejemplo, si usted se llama Ana María y el sistema le pregunta su nombre, no conteste: "Ana ... Ana María", ya que en ese caso el sistema reconocerá "Ana Ana María" y al no encontrar coincidencia con su nombre tendrá que volver a preguntar.

El proceso es muy sencillo, tan sólo debe dar respuesta a la información que el sistema le requerirá, siguiendo los pasos que indicamos a continuación:



4.13.OFICINAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LAS ÁREAS SANITARIAS DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

¿Dónde hay una oficina de atención al paciente?

CENTRO	TELÉFONO	DIRECCIÓN
C.H.U. FERROL	981 334 043 981 334 070 fax 981 336 766 Ext.234043 Ext.234070	PLANTA BAIXA CENTRO DE ESPECIALIDADES DO CHUF AVENIDA RESIDENCIA S/N
C.H.U. de SANTIAGO	981 955 065 981 950 208 981 950 800 981 951 084 981 955 051	HOSPITAL CLÍNICO RUA CHOUPANA (DA) S/N
	sen teléfono exterior – Centralita 981 951 500	HOSPITAL MEDICO CIRURXICO DE CONXO RUA RAMON BALTAR (DE) S/N
HOSPITAL DA BARBANZA	981 835 985, ext. 268 203 981 835 986 630 630 188 Ext. 460831	HOSPITAL BARBANZA LUGAR SALMON S/N
C.H.U. A CORUÑA	981 178 007 Ext.291492 Fax 981 178 205 Ext 291411	4ª PLANTA CHUAC LUGAR JUBIAS DE ARRIBA 84
CENTRO DE ESPECIALIDADES VENTORRILLO	981 142 800	2º PLANTA C.ESPECIALIDADES. AVENIDA FINISTERRE 314
HOSPITAL ABENTE E LAGO	Ext. 296005	PLANTA BAIXA DO EDIFICIO DE CONSULTAS EXTERNAS. PASEO GENERAL SIR JOHN MOORE S/N
HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA	981 706 195 (Ext 261034).	PASEO ALCALDE PEPE SANCHEZ 7 ANDAR BAIXO DO HOSPITAL
EN ATENCION PRIMARIA (CENTROS DE SAÚDE E PACS)	981 219 102 FAX: 981 219 115	R/ SIR JHON MOORE, NO SEGUNDO ANDAR (ENRIBA MESMO DO CENTRO DE SAÚDE ABENTE E LAGO).
C.H.U.LUCUS AUGUSTI	982 297 029-ext.537409	PLANTA 2 HULA- ADMISIÓN RUA ULISES ROMERO 1

HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE	982 417 965	ADMISIÓN CENTRAL HOSPITAL-TRABALLO SOCIAL RUA CORREDOIRA S/N
HOSPITAL DA COSTA-BURELA	982 589 904-Ext.259904	PLANTA BAIXA, ZONA ADMISIÓN RUA MEDICO VIOR S/N
C.H.U.de OURENSE	988 385 515, extens. 285515 988 385 370, extens. 285370 988 385 016, extens. 285016 988 385 355, extens. 285355 988 369 758, extens. 263758 988 066 597 ext. 566597	PLANTA BAIXA DO HOSPITAL CRISTAL RUA RAMON PUGA 52
HOSPITAL DE VERIN	988 599 190, extens. 243314	PLANTA BAIXA O LADO DE ADMISION ESTRADA DE LAZA, S/N
HOSPITAL DO BARCO DE VALDEORRAS	988 339 095, extens. 239095	ENTRADA DO HOSPITAL AVENIDA CONDE DE FENOSA 50
C.H.U. Vigo_H. ALVARO CUNQUEIRO	CENTRALÍÑA 986 811 111 986 825 259, extens. 514259 986 825 260, extens. 514260	AVDA. CLARA CAMPOAMOR, 341 36312 VIGO
C.H.U. Vigo_ HOSPITAL MEIXOEIRO	986 811 111 Ext 211397 Ext 211260	PLANTA 2 CAMIÑO MEIXOEIRO 36214 VIGO
Centro de Especialidades A DOBLADA	986 816 076	PLANTA BAIXA RÚA FAISÁN S/N 36205 VIGO
Centro de Especialidades COIA	986 816 057	PLANTA BAIXA RÚA PORRIÑO Nº 5 36209 VIGO
ATENCIÓN PRIMARIA VIGO	986816550	PLANTA 7ª R/ ROSALÍA DE CASTRO 23-25 36201 VIGO

C.H.U. Pontevedra_Centro de Especialidades MOLLABAO	986 800 222 986 800 247 Ext. 288222/288247	SIMÓN BOLIVAR S/N 36003 PONTEVEDRA
C.H.U. Pontevedra_HOSPITAL PROVINCIAL PONTEVEDRA	986 807 008 Ext.287008 Ext.287315	LOUREIRO CRESPO 2 36002 PONTEVEDRA
C.H.U. Pontevedra_HOSPITAL MONTECELO	986 804 890 986 800 091 986 800 520	MOURENTE S/N MONTECELO 36071 PONTEVEDRA
C.H.U. Pontevedra_HOSPITAL DO SALNÉS	986 568 006/986 568 064 Ext.248006 Ext.248064	HOSPITAL DO SALNÉS 30 36619 VILLAGARCÍA DE AROSA

4.14. PLATAFORMA É-SAÚDE

¿Qué información contiene la Plataforma É-saúde?

¿Quién puede acceder? ¿Cómo me registro? ¿Cómo puedo acceder? ¿A qué voy a tener acceso?

¿Cómo contactar para resolver incidencias detectadas en el funcionamiento de la Plataforma É-Saúde?

É-Saúde es la herramienta del Sergas de comunicación con el ciudadano, accesible desde cualquier lugar y dispositivo (ordenador, móvil, tableta...) que le permite el acceso a servicios y contenidos de salud personalizados.

¿Qué puedo encontrar en É-Saúde?



¿Qué información contiene la Plataforma É-Saúde?

Fichas de salud

- . Fichas informativas sobre diversos temas de salud.

Calendario

- . Consulta de sus citas.

Historia clínica

- . Acceso a los informes de su historia clínica electrónica.

Medicación

- . Información sobre su medicación pasada, actual y futura.

Atención sanitaria

- . Gestión de sus citas e información sobre sus profesionales.

Entrenamiento en salud

- . Gestión de su propia salud, definición de iniciativas de mejora y su seguimiento.

Asociaciones

- . Acceso a la información de asociaciones de pacientes y posibilidad de interacción entre sus miembros.

Comunidades

- . Posibilidad de participación en comunidades abiertas y restringidas.

Cursos

- . Acceso a cursos online para profundizar en temas de su interés.

Centros

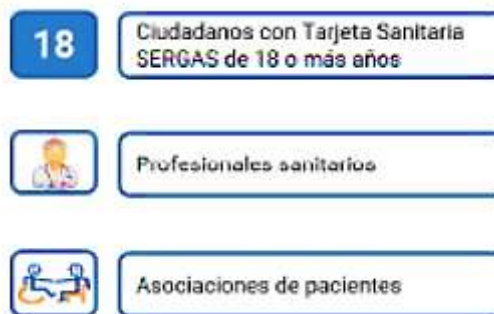
- . Información de farmacias, hospitales, centros de salud y servicios de urgencias.

Información y Trámites

- . Información histórica sobre su salud y gestión de trámites con el Sergas.

¿Quién puede acceder?

- . Ciudadanos con Tarjeta Sanitaria Sergas de 18 o más años
- . Profesionales sanitarios
- . Asociaciones de pacientes



¿Cómo puede acceder?

- . Acceda a la página web <http://esaude.sergas.es>
- . Seleccione la opción "Acceder"
- . En el formulario de acceso escoger una de las opciones de acceso, entre las tres disponibles:

Acceso sin identificación

No es necesario identificarse.

Acceso con seguridad alta

Introduzca su DNIE, certificado digital de la FNMT o credenciales del sistema Chave365 para identificarse.

Puede obtener las claves "Chave" de los siguientes modos:

- . Presencialmente, consulte el listado de centros en <https://sede.xunta.es/onde-solicitar-chave365>
- . A través de internet, con certificado digital (DNIE o FNMT) en <http://sede.xunta.es/chave365>

Para poder acceder con seguridad alta tiene que acudir previamente a su centro de salud y otorgar la autorización correspondiente mediante la firma del formulario que le facilitará el personal administrativo.

¿A qué voy a tener acceso?

Tipos de accesos a É-Saúde en función del contenido al que acceda:

- . Acceso sin identificación

Podrá acceder a los contenidos públicos de É-Saúde como fichas A-Z, listado de comunicaciones, listado de asociaciones, consulta de centros, etc.

- . Acceso con seguridad alta

Podrá acceder a toda su información de salud y contenidos personalizados que ofrece la plataforma, como los informes de su historia clínica y de sus tratamientos.

¿Cómo contactar para resolver incidencias detectadas en el funcionamiento de la Plataforma É-Saúde?

Le informamos que la Plataforma É-Saúde dispone de su propio contacto para cualquier cuestión relacionada con su funcionamiento y/o solicitud de información.

La dirección de correo electrónico a la que debe dirigirse es:

sopORTE.cidadania@sergas.es

4.15.PLATAFORMA TELEA – TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

¿Qué es la Plataforma TELEA?

¿Cómo tengo que hacer para poder acceder a la Plataforma de Teleasistencia domiciliaria?

¿Cuáles son los requisitos?

Telea es una plataforma que implementa un modelo de control teleasistido del paciente crónico desde la atención primaria. Es una de las apuestas del Servicio Gallego de Salud (Sergas) para lograr un enfoque integral de la cronicidad en la atención primaria a través del uso de las nuevas tecnologías.

Es un proyecto innovador que permite el contacto de los equipos profesionales con los pacientes. Esta herramienta se corresponde con una nueva atención primaria más personalizada.

Cada paciente inscrito en este programa se puede medir en casa, regularmente y de forma autónoma, sus variables (presión, glucosa en la sangre...) y registrar los resultados directamente en la plataforma. Estas variables incluidas aparecen en su historial médico.

El profesional responsable de la salud del paciente puede ver y supervisar estas constantes y comunicarse con el paciente si es necesario. La comunicación puede hacerse por teléfono, videoconferencia o incluso en persona. De acuerdo con la situación del paciente, llevará a cabo las acciones necesarias para restablecer la normalidad y prevenir los brotes o recaídas.

Mayor interacción sin desplazamientos

De este modo, el personal de enfermería ejercerá las funciones de los administradores en el caso de pacientes crónicos pluripatológicos que están en sus casas.

Telea también permitirá, en el caso de pacientes con alta dependencia, que el cuidador pueda interactuar y proporcionar la información del paciente a los profesionales sanitarios.

Las funcionalidades de la plataforma Telea permitirán a los profesionales un enfoque proactivo en el seguimiento del paciente, permitiendo niveles de control a medida de acuerdo a las necesidades clínicas, sociales o funcionales de cada paciente. También permite el contacto con el paciente en su propia casa, evitando el desplazamiento.

Acceso a la Plataforma-Requisitos

Para poder acceder a TELEA usted debe solicitar la documentación correspondiente en su centro de salud, donde le proporcionarán el nombre de usuario, la contraseña y el PIN de acceso.

También puede utilizar alguno de los mecanismos de acceso a **É-Saúde con seguridad alta**.

Necesita disponer de un ordenador o tableta con conexión a Internet para acceder a la plataforma. Puede usar cualquier navegador (Internet Explorer 11, Chrome, Safari...) para hacerlo.

Dispone de toda la información sobre la Plataforma TELEA en la siguiente dirección:

<https://www.sergas.es/busca?k=telea&idioma=es>

4.16.SUSCRIPCIÓN POR SMS PERSONALIZADA

¿Cómo tengo que hacer para recibir un recordatorio de mis citas con los especialistas, para no olvidarme?

Cuando me preguntan si me pusieron algunas vacunas no soy capaz de recordarlo. ¿Puedo obtener esa información sin acudir a mi médico?

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Subscripci%C3%B3n-SMS-personalizada?idioma=es>

Desde la web del Sergas puede suscribirse mediante certificado digital a estos servicios.

Requiere estar dado de alta en Tarjeta Sanitaria.

Los/Las participantes en este programa recibirán un mensaje en el teléfono móvil y/o correo electrónico indicado sobre sus citas en los hospitales y los avisos del Sistema Público de Salud.

Con la finalidad de garantizar la confidencialidad de sus datos, para acceder a este servicio es indispensable que tenga un certificado digital de usuario válido expedido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre (FNMT), CHAVE365 o un DNI electrónico.

Si no dispone del mismo o quiere solicitar una inscripción a terceras personas, puede realizar la suscripción personalmente en su centro de salud o en su centro hospitalario de referencia.



5. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

5.1. NEGATIVA DEL FACULTATIVO A PRESCRIBIR RECETAS OFICIALES O SOLICITAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA PRESCRIPCIONES DE FACULTATIVOS NO PERTENECIENTES AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

¿Puede mi médico de cabecera negarse a darme las recetas del Sergas de los medicamentos que me recetó el médico privado?

El Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, establece en su artículo 102.3 que "las entidades obligadas a prestar asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionar cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los que fueran asignados, a no ser en los casos que reglamentariamente se determinen", y en su artículo 105.1 que "la asistencia farmacéutica comprenderá las fórmulas magistrales, especialidades y efectos o accesorios farmacéuticos que se prescriban por facultativos de la Seguridad Social".

Por lo tanto existe la prohibición para los facultativos del Sergas de transcribir en recetas oficiales las prescripciones realizadas por médicos de seguros o asistencia privada o solicitar pruebas complementarias no indicadas por profesionales del Sergas. Únicamente si, tras la exploración y estudio del paciente, el criterio del médico del Sergas fuese coincidente con el de la medicina privada y esta coincidencia incluyese asimismo la prescripción farmacéutica, podría realizarse esta.

5.2. NEGATIVA DEL FARMACÉUTICO A SUSTITUIR EL MEDICAMENTO PRESCRITO POR EL MÉDICO

Si en la farmacia no tienen el medicamento que me receta el médico ¿pueden negarse a cambiarlo por otro similar?

Según el artículo 86 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*, el farmacéutico dispensará el medicamento prescrito por el médico; sólo con carácter excepcional, el farmacéutico podrá sustituirlo, cuando por causa de desabastecimiento OFICIAL no se disponga en la oficina de farmacia del medicamento prescrito o concurran razones de urgente necesidad en su dispensación.

**Artículo 86 Sustitución por el farmacéutico*

1. El farmacéutico dispensará el medicamento prescrito por el médico.
2. Con carácter excepcional, cuando por causa de desabastecimiento no se disponga en la oficina de farmacia del medicamento prescrito o concurran razones de urgente necesidad en su dispensación, el farmacéutico podrá sustituirlo. En todo caso, deberá tener igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación. El farmacéutico informará en todo caso al paciente sobre la sustitución y se asegurará de que conozca el tratamiento prescrito por el médico.
3. En estos casos, el farmacéutico anotará, en el lugar correspondiente de la receta, el medicamento de la misma composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación que dispense, la fecha, su firma y su rúbrica.
4. Quedarán exceptuados de esta posibilidad de sustitución aquellos medicamentos que, por razón de sus características de biodisponibilidad y estrecho rango terapéutico, determine el Ministerio de Sanidad.
5. *Cuando la prescripción se realice por denominación comercial, si el medicamento prescrito tiene un precio superior al precio menor de su agrupación homogénea el farmacéutico sustituirá el medicamento prescrito por el de precio más bajo de su agrupación homogénea, y, en caso de igualdad, dispensará el medicamento genérico.*

En el caso de los medicamentos biosimilares, se respetarán las normas vigentes según regulación específica en materia de sustitución e intercambiabilidad.

5.3. APORTACION DE LOS USUARIOS EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA

¿Cuál es la cuantía máxima que debe pagar un pensionista al mes por el copago farmacéutico y que pasa si se está pagando más del máximo?

¿Dónde puedo presentar la comunicación de discrepancia de datos en la que señalo mi desacuerdo en el tipo de aportación farmacéutica?

El copago en el caso de que el pensionista tenga a su cargo en su misma tarjeta a un beneficiario ¿se aplica por pensionista o por número de usuarios de la tarjeta?

Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria, a través de oficinas o servicios de farmacia.

La prestación farmacéutica ambulatoria estará sujeta a aportación del usuario, que se hará efectiva en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario y será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

El artículo 4.13 del Real decreto ley 16/2012, del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establece la aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, y recoge que:

1. La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta, la cual se actualizará como máximo anualmente.

2. **Con carácter general, los porcentajes de aportación de los usuarios seguirán el siguiente esquema:**

- a) Un **60% del PVP** para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros, consignada en el recuadro de base liquidable general y del ahorro de la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas. **TSI 005.**
- b) Un **50% del PVP** para las personas que tengan la condición de asegurado **ACTIVO** y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros, consignada en el recuadro de base liquidable general y del ahorro de la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas. **TSI 004.**
- c) Un **40% del PVP** para las personas que tengan la condición de asegurado **ACTIVO** y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en las letras anteriores. **TSI 003.**

- d) Un **10% del PVP** para las personas que tengan la condición de asegurado como **PENSIONISTAS** de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en la letra a) **TSI 002**.

El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30%.

Topes máximos de aportación

Medicamentos de aportación reducida: 10% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima expresada en euros.

Pensionistas (y sus beneficiarios):

- . **8,23 €/mes** para los que tengan una renta inferior a 18.000 euros- 98,76 euros máximo al año.
- . **18,52 €/mes** para los que tengan rentas entre 18.000 y 100.000 euros- 222,24 euros máximo al año.
- . **61,75 €/mes** para las rentas superiores.

OBSERVACIÓN: en los medicamentos de aportación reducida con un máximo de 4,24 € por envase.

Cada mes aportará la cantidad que le corresponda en función de los medicamentos dispensados, SIN SUPERAR NUNCA EL TOPE QUE LE CORRESPONDE EN FUNCIÓN DE SU RENTA, independientemente de que recoja los medicamentos en una única oficina de farmacia o en farmacia distintas.

Esta cantidad tendrá que abonarla tanto el titular como todos los beneficiarios de esa Tarjeta.

La información sobre la aportación que tiene que hacer y el tope establecido del paciente, puede consultarla al personal administrativo de su centro de salud.

El importe de las aportaciones que excedan estos topes será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

Debe tener en cuenta que si el paciente tiene prescritos medicamentos no financiados, debe pagarlos íntegros, y su pago no computa para el tope establecido.

Si no está de acuerdo con la cuota de aportación farmacéutica asignada, en su centro de salud le proporcionarán un formulario de comunicación de discrepancias para que lo cubra, que también está disponible en la página web del Sergas, y se encargarán en el mismo centro de salud de su tramitación al INSS para que resuelvan su caso.

http://www.sergas.es/Docs/cidadania/Modelo_Comunicacion_Discrepancias_Datos_Cast_.pdf

Estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

- a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- b) Personas perceptoras de rentas de integración social.
- c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.
- g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.
- h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.
- i) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

<https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/rd162012/fac.htm>

¿Qué pasa si estoy en el paro?

Si percibe una renta mínima de inserción o ya no recibe ninguna prestación por desempleo, no tendrá que pagar por los medicamentos.

Están exentos de aportación los parados que perdieron el derecho a percibir el subsidio de desempleo mientras subsista su situación. Están exentos aquellos ciudadanos que agotaron la prestación de desempleo, después agotaron el subsidio de desempleo y ahora están inscritos en el INEM.

5.4. ACTUALIZACIÓN DE LOS LÍMITES MÁXIMOS DE APORTACIÓN MENSUAL PARA LOS PENSIONISTAS Y SUS BENEFICIARIOS EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA

Soy pensionista y hoy en la farmacia vi que tengo que pagar otra cantidad por los medicamentos. ¿Es correcto?

La actualización de los límites máximos de la cuantía de aportación mensual de los usuarios se realiza de forma automática, cada mes de enero, en función del índice de precios al consumo de los doce meses anteriores.

Dicha actualización se hace pública mediante resolución de la unidad competente del Ministerio de Sanidad.

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/12/23/pdfs/BOE-A-2014-13364.pdf>

Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios:

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/557168-rdleg-1-2015-de-24-jul-aprueba-el-tr-de-la-ley-de-garantias-y-uso-racional.html#a102

5.5. USUARIOS EXENTOS DE LA APORTACIÓN EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

¿Qué personas están exentas del copago sanitario en Galicia?

Estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

- a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- b) Personas perceptoras de rentas de integración social.
- c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.
- g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.
- h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.
- i) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

<https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/rd162012/fac.htm>

Si percibe una renta mínima de inserción o ya no recibe ninguna prestación por desempleo, no tendrá que pagar por los medicamentos.

Están exentos de aportación los parados que perdieron el derecho a percibir el subsidio de desempleo mientras subsista su situación. Están exentos aquellos ciudadanos que agotaron la

prestación de desempleo, después agotaron el subsidio de desempleo y ahora están inscritos en el INEM.

5.6. MEDICAMENTOS DE APORTACIÓN REDUCIDA

Soy enferma crónica. En la farmacia hay medicamentos por los que pago un 40% y de otros pago muy poco, y siempre alrededor de los 4 euros. ¿A qué es debido esto?

Los pacientes que están a tratamiento con medicamentos crónicos no están exentos de aportación; en este sentido queremos informarle que existen numerosos medicamentos que en la esquina superior izquierda de su cupón precinto presentan un “punto negro”, denominado cíbero, lo que significa que dicho medicamento tendrá una aportación reducida.

La aportación reducida, significa que sólo pagará un 10% del valor del medicamento, siempre y cuando la cantidad a pagar no sea superior a 4,24 euros. Si dicho importe fuese superior, tan sólo se pagarían los 4,24 euros.

Este tipo de aportación pueden presentarla medicamentos en los que el paciente va a tener que usar de forma continua durante su vida o por períodos largos de tiempo. Estos medicamentos están recogidos en la legislación vigente e indicado en el cartón de los mismos a través del cíbero.

Anexo II, del Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamento a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud.

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd83-1993.html

Orden de 6 de abril de 1993 por la que se desarrolla el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-9517>

SE MODIFICAN los anexos, por Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre (Ref. BOE-A-2003-20257):

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-20257>

5.7. MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La medicación DUPHALAC ¿está financiada por la Seguridad Social?

Respecto al listado de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, los encontrará en la Resolución de 18 de febrero de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y se establece visado para los medicamentos que han sido excluidos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud pero permanecen financiados excepcionalmente para las indicaciones establecidas en función del grupo terapéutico al que pertenecen. BOE núm. 49 de 26 de Febrero de 2013.

<http://www.boe.es/boe/dias/2013/02/26/pdfs/BOE-A-2013-2120.pdf>

5.8. EXENCIÓN DE APORTACIÓN EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA PARA PERSONAS EN PARO QUE PERDIERON EL DERECHO A PERCIBIR EL SUBSIDIO DE DESEMPLEO

Estoy en el paro y no tengo ninguna prestación. ¿Los medicamentos para las personas en mi situación, son gratuitos?

El Real Decreto-ley 16/2012 establece la exención para personas en paro que perdieron el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación. Por lo tanto, están exentos aquellos ciudadanos que agotaron la prestación de desempleo, después agotaron el subsidio de desempleo y ahora están inscritos en el INEM como demandantes de empleo.

Esta situación de exención desaparece si el usuario, después de percibir el subsidio de desempleo, pudo tener alguna otra situación de alta.

Dado que el INSS realiza cruces automáticos con el INEM, en el momento en que el usuario esté inscrito como demandante de empleo, después de agotar el subsidio de desempleo, debería ser incorporado automáticamente a la cuota de aportación farmacéutica "exento" en la siguiente actualización mensual de la base de datos de tarjeta sanitaria.

Para consultar cuál es la situación, puede ponerse en contacto con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) a través de sus centros de asistencia e información.

Si finalmente considera que existe un error puede presentar un formulario de discrepancias que le facilitarán en su centro de salud o que también puede encontrar en la página web del Servicio Gallego de Salud, y se encargarán en el mismo centro de su tramitación al Instituto Nacional de la Seguridad Social para que resuelvan.

http://www.sergas.es/Docs/cidadania/Modelo_Comunicacion_Discrepancias_Datos_Cast_.pdf

5.9. APORTACIÓN FARMACÉUTICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Una persona con un certificado de discapacidad, ¿qué tipo de aportación le corresponde en la prestación farmacéutica?

En cuanto a las personas con discapacidad en los supuestos contemplados en la normativa específica, estarían exentos de aportación en la prestación farmacéutica aquellos pacientes:

- ✓ Perceptores de pensiones no contributivas de invalidez.
- ✓ Beneficiarios del sistema especial de prestaciones asistenciales y económicas, según lo establecido por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

El artículo 8 de dicho Real Decreto legislativo establece un sistema especial de prestaciones sociales y económicas para las personas con discapacidad que por no desarrollar una actividad laboral, no están incluidos en el campo de aplicación del Sistema de la Seguridad Social; entre ellas se encuentran la asistencia sanitaria y la prestación farmacéutica, las cuales tendrán la extensión, duración y condiciones que se prevean reglamentariamente.

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-12632

- ✓ Además, desde el 1 de enero de 2021, las personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 % están exentas de aportación farmacéutica.

Para comprobar que tiene derecho a alguna de las situaciones de exención de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria descritas, debe ponerse en contacto con los Servicios Sociales de referencia a su domicilio, trabajadores sociales de los ayuntamientos y/o centros de salud.

5.10.CUESTIONES SOBRE LAS APORTACIONES FARMACÉUTICAS- R.D.16/2012

¿Cuáles son los cambios que se produjeron en la prestación farmacéutica?

Las medidas urgentes recogidas en el Real Decreto 16/2012 para garantizar la sostenibilidad de todo el sistema nacional de salud incluyen nuevos porcentajes de aportación en la prestación farmacéutica y unos topes máximos de aportaciones mensuales para los pensionistas.

Los PENSIONISTAS con rentas anuales inferiores a los 18.000 euros pagarán 8,23 euros - TSI 002; aquellos con rentas de entre 18.000 y 100.000 euros anuales pagarán 18,52 euros de máximo- TSI 002; y los que tienen rentas de más de 100.000 euros anuales tendrán como tope 61,75 euros al mes- TSI 005.

Con carácter general en los **ACTIVOS**, los porcentajes de aportación de los usuarios seguirán el siguiente esquema:

- Un **60%** del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros, consignada en el recuadro de base liquidable general y del ahorro de la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas. TSI 005.
- Un **50%** del PVP para las personas que tengan a condición de asegurado ACTIVO y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros, consignada en el recuadro de base liquidable general y del ahorro de la declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas. TSI 004.
- Un **40%** para las personas que tengan a condición de asegurado ACTIVO y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en las letras anteriores. TSI 003.

Los **productos sanitarios de aportación reducida** son aquellos medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas o graves sujetos a un copago máximo del 10% del precio con un tope de 4,24 euros por envase.

¿Si supero mi tope máximo mensual, tengo que continuar adelantando el coste de los medicamentos?

A través de la receta electrónica, la Xunta de Galicia estableció un sistema para asegurar que ningún pensionista tenga que adelantar más de lo que le corresponde por su tope de aportación personal, fijado de acuerdo con lo establecido en el RDL 16/2012.

Por lo tanto este límite será de:

- ✓ 8, 23 euros para pensionistas cuya renta sea inferior a 18.000 euros.
- ✓ 18, 52 euros para pensionistas cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.
- ✓ 61,75 euros para pensionistas cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros.

Alcanzado el límite mensual de aportación el pensionista no continuará realizando más aportaciones económicas durante el resto de días del mes en curso en todas aquellas dispensaciones que se produzcan a través de receta electrónica del Sistema Público de Salud de Galicia.

¿Y si me prescriben el medicamento en una receta en papel, tengo que adelantar la aportación si supero mi tope?

Las recetas prescritas en el ámbito del Sistema Público de Salud de Galicia deben ser emitidas a través de los medios informáticos disponibles como recetas electrónicas, salvo en las excepciones autorizadas, como atenciones domiciliarias al paciente, o fórmulas magistrales y preparados oficiales y las vacunas antialérgicas.

No obstante, en el caso de recetas en formato papel, serán incorporadas como electrónicas en la oficina de farmacia en el momento de la dispensación, por lo que también se tendrán en cuenta para el cálculo del importe aportado en el mes.

¿A qué usuarios va dirigido este sistema?

El sistema de límites de aportación solamente es aplicable a aquellos usuarios pensionistas que dispongan de tarjeta sanitaria del SERGAS en vigor y recogen su medicación en oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Si la recogida de la medicación se hace en otras Comunidades Autónomas en las que esté implantada la **interoperabilidad de la receta electrónica del Sistema Nacional de Salud**, el **pensionista pagará el porcentaje asignado según su código de aportación farmacéutica. En el caso de superarse la cantidad conforme a su tope, deberá solicitar en su Comunidad Autónoma que le reintegren la cantidad que le corresponda presentando el tique de la dispensación realizada en la oficina de farmacia.**

Dispone de la información sobre los aspectos más relevantes de este sistema de receta electrónica en el SNS en los siguientes enlaces:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/FAQ_ciudadanos_12_preg_enero2021.pdf

¿Los enfermos crónicos: tienen un código propio?

Existe un código especial para medicamentos de aportación reducida que corresponden fundamentalmente a pacientes crónicos.

Estos medicamentos tienen una aportación del 10 por ciento y 4,24 euros como importe máximo

¿En la farmacia, en el médico, van a conocer los datos de mi renta?

Los datos que son facilitados por el INSS y que se recogen en la base de datos son exclusivamente los referidos al código TSI del usuario, pero no los relativos a la renta.

Por lo tanto, ni los médicos ni las farmacias van a conocer el dato de la renta concreta de un usuario.

¿Qué ocurre si recojo los medicamentos en otra comunidad autónoma? ¿quedará constancia de dicho acto en la comunidad autónoma donde se realizó la prescripción?

El sistema de interoperabilidad de la receta electrónica informa automáticamente a la comunidad autónoma de prescripción de los productos y envases que han sido retirados, quedando así descontados para las siguientes dispensaciones.

En el caso de superar el tope máximo de aportación mensual deberá solicitar el reintegro de gastos.

¿En este caso, dónde puedo solicitar este reintegro?

En su centro de salud aportando:

1. Tique-factura (recibo) de la oficina de farmacia dispensadora de los medicamentos o productos sanitarios en el que consten los siguientes datos mínimos obligatorios:

- . Medicamento o producto sanitario dispensado con código nacional, su PVP y número de envases.
- . Aportación abonada por el usuario.
- . Fecha de dispensación.
- . Identificación de la oficina de farmacia.
- . Identificación del paciente/asegurado destinatario de la medicación (CIP o DNI).

2. Documento que acredite la existencia de la receta, con sello estampillado de la oficina de farmacia como justificación de que el producto fue dispensado:

- . Volante de instrucciones al paciente (copia de la receta) o
- . Hoja de medicación activa

¿En este caso, puede formular la solicitud de reintegro un representante en mi nombre, o es obligatorio que acuda personalmente al centro de salud?

La solicitud de reintegro puede ser tramitada por un representante del pensionista. En este caso el representante, además de la documentación indicada, deberá acudir con la siguiente documentación:

- . Original de la Tarjeta sanitaria individual del solicitante.
- . Original del DNI o equivalente del representante.
- . Número de cuenta corriente (cartilla de ahorros, recibo, certificado o escrito banco ...) y nombre del titular de la cuenta.

Para que lleven a cabo este reintegro, ¿es obligatorio disponer de una cuenta bancaria?

¿Tiene que ser la misma cuenta en la que cobro la pensión?

¿Puedo solicitar el ingreso en la cuenta de mi esposo/a, pareja de hecho o de otro familiar?

Los reintegros de gasto se llevarán a cabo, en todo caso, en una cuenta bancaria que será la que indique el usuario y puede ser distinta de aquella en la que cobre la pensión.

También podrá solicitar el ingreso en una cuenta que no esté a su nombre. En este caso, al facilitar los datos en el centro de salud, deberá indicar el número de cuenta corriente y el nombre del titular de la misma.

¿Cuándo se hará efectivo el reintegro?

En un plazo máximo de 6 meses.

¿Qué ocurre si resido en otra comunidad autónoma?

Por tanto, en este caso, elEl pensionista con tarjeta de otra Comunidad que recoja sus medicamentos en Galicia tendrá que hacer la aportación que le corresponda de acuerdo con su código TSI y, de ser el caso, solicitar el reintegro en su Comunidad Autónoma, de acuerdo a lo establecido en ella.

¿Qué tengo que hacer si no estoy de acuerdo con los datos de aportación que me indican que me corresponde?

http://www.sergas.es/Docs/cidadania/Modelo_Comunicacion_Discrepancias_Datos_Cast_.pdf

Los códigos TSI, que fijan los porcentajes de aportación de los usuarios y los topes máximos para los pensionistas, son facilitados a las Comunidades por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) e incorporados a la base de la datos de la tarjeta sanitaria.

Si el usuario no está de acuerdo con la cuota de aportación farmacéutica asignada, en su centro de salud le proporcionarán un formulario de comunicación de discrepancias para que lo cubra, que también está disponible en la página web del Sergas, y se encargarán en el mismo centro de salud de su tramitación al INSS para que resuelvan su caso.

Es necesario que acuda con su tarjeta sanitaria y el documento que acredite su identidad (DNI, pasaporte o documento equivalente) para comprobar, en primer lugar, si los datos en la base de datos de la tarjeta sanitaria son correctos.

¿Si cambia mi situación laboral, también cambia de forma inmediata el porcentaje y el límite mensual de mi aportación?

Por parte del INSS se remitirá una actualización mensual en la base de datos de tarjeta. De acuerdo con eso se recibirán mensualmente los cambios notificados por dicho organismo.

De todas formas existe la posibilidad de solicitar el **reintegro de las aportaciones que no le correspondan**, en el caso de un cambio de situación, para el período entre que esto se

produzca hasta que sea reconocida la situación por el INSS en la base de datos de la tarjeta sanitaria.

¿En este caso, donde puedo solicitar este reintegro?

Dicho reintegro podrá solicitarlo en su centro de salud aportando:

1. Tique-factura (recibo) de la oficina de farmacia dispensadora de los medicamentos o productos sanitarios en el que consten los siguientes datos mínimos obligatorios:

- . Medicamento o producto sanitario dispensado con código nacional y su PVP y número de envases.
- . Aportación abonada por el usuario.
- . Fecha de la dispensación.
- . Identificación de la oficina de farmacia.
- . Identificación del paciente/asegurado destinatario de la medicación (CIP o DNI).

2. Documento que acredite la existencia de la receta, con sello estampillado de la oficina de farmacia como justificación de que el producto fue dispensado:

- . Volante de instrucciones al paciente (copia de la receta) o
- . Hoja de medicación activa

3. Certificación, del INSS o del organismo correspondiente, con indicación de la fecha desde que se ha producido el cambio de situación (pase de activo a pensionista, finalización del subsidio de desempleo ...)

5.11.RECETA ELECTRÓNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (S.N.S.)

¿Qué ocurre si viajo fuera de Galicia y necesito recoger en una farmacia los medicamentos recetados por el Sergas en otra Comunidad Autónoma?, ¿quedará constancia de dicho acto en la Comunidad Autónoma donde se realizó la prescripción?

La receta médica es el documento normalizado por el cual los profesionales legalmente facultados prescriben los medicamentos o productos sanitarios al paciente para su dispensación.

La receta médica electrónica es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria que permite al facultativo emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, basados en las tecnologías de la información y comunicaciones, que posteriormente pueden ser objeto de dispensación.

El proyecto de receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud (RESNS) tiene como objetivo principal permitir la dispensación desde cualquier farmacia, por medios electrónicos, de la medicación prescrita en otra comunidad autónoma sin necesidad de presentar una receta en papel.

En el caso de tratarse de una comunidad autónoma en la que esté implantado el sistema de interoperabilidad de la receta electrónica, esta informa automáticamente a la comunidad autónoma de prescripción de los productos y envases que fueron retirados, quedando así descontados para las siguientes dispensaciones.

Cuando el paciente pensionista retire la medicación en alguna oficina de farmacia de otra comunidad autónoma que aún no haya implantado este sistema, en el caso de superar el tope máximo de aportación mensual deberá solicitar el reintegro de gasto.

<https://www.mscbs.gob.es/gl/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>



6. RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

6.1. CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN, SUGERENCIA O APORTACIÓN

¿Qué es unha reclamación, una sugerencia y una aportación?

Deseo hacer una reclamación pero no dispongo de certificado digital. ¿Dónde puedo presentarla?

¿Qué es una reclamación?

Una reclamación es la manifestación formulada por un ciudadano ante cualquier actuación que perciba como irregular o anómala en lo que se refiere al funcionamiento, organización, estructura de los centros y servicios de carácter sanitario, recursos, trato, asistencia u otras cuestiones análogas relativas al Sistema Público de Salud de Galicia.

¿Qué es una sugerencia?

Un sugerencia es una propuesta formulada por los ciudadanos que tiene como finalidad promover la mejora del grado de cumplimiento y observación de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Público de Salud de Galicia, del funcionamiento, organización y estructura de los centros y servicios de carácter sanitario, del cuidado y atención a los usuarios y en general, de cualquier otra medida que suponga una mejora en la calidad de la atención o un mayor grado de satisfacción de las personas.

¿Qué es una aportación?

Aportaciones son todas aquellas preguntas, dudas, opiniones, críticas, felicitaciones o agradecimientos sobre los temas de su interés que estén en relación con el Sistema Público de Salud de Galicia.

¿Sobre qué temas puedo presentar una reclamación, una sugerencia y/o una aportación?

Podrá presentar reclamaciones, sugerencias y/o aportaciones cuya temática esté en relación con temas de:

- . Política sanitaria.
- . Planificación sanitaria.
- . Gestión sanitaria directa de atención primaria u hospitalaria.
- . Asistencia sanitaria en centros del Servicio Gallego de Salud.
- . Asistencia sanitaria en centros concertados y relativa a otras prestaciones: oxígeno terapia, ortoprótesis, transporte sanitario, etc...
- . Asistencia prestada en unidades asistenciales de drogodependencias, unidades de día y comunidades terapéuticas financiadas.
- . Asistencia prestada en centros y servicios sanitarios de fundaciones o empresas públicas.

Están excluidas de este sistema de reclamaciones las siguientes:

- . Las dirigidas al "Valedor do Pobo".
- . Las reclamaciones patrimoniales.
- . Las reclamaciones o sugerencias que tengan por objeto actividades o servicios que no sean competencia de la Consellería de Sanidad o del Servicio Gallego de Salud.
- . Los recursos administrativos.
- . Las efectuadas por los propios trabajadores del sistema referidas a su desempeño profesional.
- . Las correspondientes a la atención prestada en centros, servicios y establecimientos sanitarios privados cuando su financiación no sea pública.
- . Las reclamaciones relativas al alta o baja médica de incapacidad temporal.

Las reclamaciones, sugerencias y aportaciones podrán presentarse:

- **Por escrito**, a través del modelo normalizado de hoja de reclamaciones disponible en todos los centros asistenciales o administrativos dependientes de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud. También se admitirán aquellas presentadas en formato distinto siempre que en las mismas consten los datos mínimos que permitan la identificación de quienes las suscriban.

Para presentar cualquier reclamación, queja o sugerencia pueden requerirle el DNI.

Las reclamaciones, sugerencias y/o aportaciones pueden presentarse bien de forma presencial o por correo dirigidas *a cualquiera de los centros asistenciales o administrativos dependientes de la*

Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud. En este caso debe acompañarla de la copia de su DNI.

Podrán presentarse por cualquiera de las formas previstas en el artículo 16 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas:

Artículo 16. Registros

4. Los documentos que los interesados dirijan a los órganos de las administraciones públicas podrán presentarse:

- a) En el registro electrónico de la Administración u organismo al que se dirijan, así como en los restantes registros electrónicos de cualquiera de los sujetos a los que se refiere el artículo 2.1.
 - b) En las oficinas de Correos, en la forma que reglamentariamente se establezca.
 - c) En las representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el extranjero.
 - d) En las oficinas de asistencia en materia de registros.
 - e) En cualquier otro que establezcan las disposiciones vigentes.
- **Verbalmente** expresadas, habitualmente ante el servicio responsable de la recepción de las reclamaciones y sugerencias en el centro correspondiente. En cualquier caso el personal de los mismos auxiliará a los ciudadanos, siempre que lo soliciten, en la transcripción de las reclamaciones y sugerencias presentadas verbalmente.
 - **De manera telemática**, en el apartado correspondiente de la página Web de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud llamado CONTACTE (www.sergas.es), cumplimentando el formulario electrónico.

Puede acceder a este servicio desde la página Web del Sergas, la Plataforma É-Saúde y la aplicación Saúde Móbil, desde cualquier teléfono móvil, tableta u ordenador que tengan conexión a internet.

Las “aportaciones” pueden presentarse sin certificado digital que autentique electrónicamente la identidad del comunicante, pero es imprescindible proporcionar una dirección de correo electrónico en el caso de que desee recibir respuesta a su comunicación.

En este caso no se dará respuesta a cuestiones que impliquen datos personales relacionados con la salud de los particulares.

Si desea presentar una “reclamación” o aportación en la que consten datos personales será necesaria su identificación mediante un certificado digital de la FNMT, DNI electrónico o CHAVE365.

Si elige como vía de entrada al servicio de aportaciones y reclamaciones la Plataforma É-Saúde, el acceso se realizará siempre con identificación digital.

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Consultas-reclamacions-suxestions>

6.2. CÓMO SE PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE TRAMITACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN O SUGERENCIA

¿Pueden indicarme dónde consultar el estado de tramitación de mi reclamación?

Podrá consultar el estado de tramitación de su reclamación o sugerencia en cualquiera de los centros asistenciales o administrativos dependientes de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud en los que esté implantado el sistema de gestión de aportaciones y reclamaciones “**CONTACTE**”.

Para facilitar el trámite deberá comunicar el código identificativo de la reclamación o aportación que le fue asignado.

Además, también podrá hacer esta consulta de forma telemática a través del espacio CONTACTE habilitado en la web de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud, con acceso desde la propia web, la Plataforma É-Saúde y la aplicación Sergas Móvil :

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Consultas-reclamacions-suxestions?idioma=es>

En el caso de que acceda a dicha consulta mediante certificado digital tendrá acceso al contenido de la respuesta de esa y de otras posibles reclamaciones y/o aportaciones que pudiera haber presentado hasta ese momento, así como a una breve encuesta de satisfacción con el servicio.

6.3. RECLAMACIÓN RELACIONADA CON LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. DÓNDE Y CÓMO PRESENTARLA

La hoja de inclusión en el registro de pacientes en espera tiene marcada la prioridad 2 y la fecha es del XX/XX/XXXX y aún no me llamaron. ¿Cómo puedo reclamar?

Si usted quiere presentar una reclamación puede hacerlo:

De manera presencial en su centro de salud o a través del Servicio de Atención al Paciente de su hospital, o de forma telemática por medio del espacio CONTACTE habilitado en la página Web del Sergas y la Consellería de Sanidad.

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Consultas-reclamacions-suxestions?idioma=es>

Recuerde que las reclamaciones por escrito pueden ser presentadas según lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas:

Artículo 16. Registros.

5. Los documentos que los interesados dirijan a los órganos de las administraciones públicas podrán presentarse:
 - a) En el registro electrónico de la Administración u organismo al que se dirijan, así como en los restantes registros electrónicos de cualquiera de los sujetos a los que se refiere el artículo 2.1.
 - b) En las oficinas de Correos, en la forma que reglamentariamente se establezca.
 - c) En las representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el extranjero.
 - d) En las oficinas de asistencia en materia de registros.
 - e) En cualquier otro que establezcan las disposiciones vigentes

6.4. IMPOSIBILIDAD DE FACILITAR INFORMACIÓN DE DATOS CLÍNICOS

¿Puedo consultar la información de lista de espera sin tener DNI electrónico, CHAVE365 ni certificado digital? ¿hay alguna otra opción?

Para proporcionarle información sobre las consultas que tiene usted programadas, o sobre la lista de espera, debemos acreditar su identidad, bien mediante el certificado digital que exige el canal CONTACTE del Servicio Gallego de Salud para recoger reclamaciones y aportaciones, entre ellas las relacionadas con las demoras, bien preguntando en el servicio de citas o en admisión, o cubriendo un escrito de reclamación en los puntos habilitados para tal fin en las diferentes Áreas Sanitarias, donde se le requerirá su DNI y la firma del documento.

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Consultas-reclamacions-suxestions?idioma=es>

Recuerde que las reclamaciones por escrito pueden ser presentadas según lo dispuesto en el artículo 16 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas:

Artículo 16. Registros.

4. Los documentos que los interesados dirijan a los órganos de las administraciones públicas podrán presentarse:

- a) En el registro electrónico de la Administración u organismo al que se dirijan, así como en los restantes registros electrónicos de cualquiera de los sujetos a los que se refiere el artículo 2.1.
- b) En las oficinas de Correos, en la forma que reglamentariamente se establezca.
- c) En las representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el extranjero.
- d) En las oficinas de asistencia en materia de registros.
- e) En cualquier otro que establezcan las disposiciones vigentes.



7. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA E INFORMACIÓN

7.1. SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIAL CLÍNICO/CONSULTA HISTORIA CLÍNICA E HISTORIAL FARMACOTERAPÉUTICO

He cambiado de asistencia sanitaria del régimen general a Muface y necesito mi historial médico, ¿cómo tengo que proceder para conseguirlo?

¿Con el DNI electrónico podría acceder a mi historial médico? ¿Cómo tendría que hacer?

Por cambio de residencia a otra comunidad autónoma, me solicitan el historial médico y de dispensaciones de medicamentos para continuar con mis tratamientos. ¿Podría informarme de cómo conseguirlo?

¿Es posible el acceso a mi historial médico a través de su web o de É-Saúde?

¿Cómo puedo solicitar el historial clínico de un familiar fallecido recientemente?

Las personas con tarjeta sanitaria del Sergas, incluidas las afiliadas a MUFACE que eligieron el Sergas como proveedor de asistencia sanitaria, pueden solicitar la copia de su historial clínico de forma presencial, tanto la correspondiente a Atención primaria como a Atención hospitalaria.

La información sobre el procedimiento para obtener la documentación clínica se la proporcionarán en el mostrador de atención al paciente de su centro de salud o en el Servicio de Atención al Paciente de su hospital de referencia.

También puede consultar su Historia Clínica y el Historial farmacoterapéutico a través de internet en la página web del Sergas en el espacio “Asistencia sanitaria” y en la “Plataforma E-Saúde” *.

Para el acceso a estos servicios a través de la Web del Sergas necesita el D.N.I. electrónico.

Para acceder a través de E-Saúde puede elegir entre el DNI electrónico con certificado válido, el certificado digital de la FNMT o la CHAVE365.

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Consulta-Historia-Cl%C3%ADnica-e-Historial-Farmacoterap%C3%A9utico>

https://esaude.sergas.es/EPACI_epaciente/#/home

***Aquellas personas afiliadas de MUFACE que cambien el proveedor de asistencia sanitaria y ya no le corresponda al Sergas, sólo podrán hacer la solicitud de copia de la documentación clínica de los servicios prestados por el Sergas de manera presencial, en el centro de salud y/o centro hospitalario que tuvieran asignado hasta el momento del cambio. No será posible acceder a la documentación a través de internet.**

Actualmente, para las personas con tarjeta sanitaria del Sergas, a través de la Web del Sergas pueden acceder a los informes de alta hospitalaria, informes de alta de urgencias y al historial farmacoterapéutico - plan de dispensación de farmacia, hoja de medicación activa e histórico de dispensaciones-.

A través de E-Saúde puede acceder al apartado de Medicación, que incluye:

Hoja de medicación activa, Plan de dispensación de farmacia, Histórico de dispensaciones, Tratamiento anticoagulante oral e Informes de farmacia del Sergas.

También tendrá acceso a la Historia Clínica, que incluye:

Informes y resultados clínicos de su historia, Documento de Instrucciones Previas y Historia clínica del Sistema Nacional de Salud.

La Historia clínica electrónica es el registro unificado de todas las consultas, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, prescripciones farmacológicas, etc., realizadas a un paciente en los diferentes niveles asistenciales que componen el Servicio Gallego de Salud.

Es un sistema de información clínica disponible para un paciente, independientemente del hospital, clínica y/o centro de salud de Galicia en el que se registrara.

Solicitantes de documentación clínica

El art 5.1 de la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, establece que “el titular del derecho a la información clínica es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en la medida en que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”.

En las siguientes direcciones de la sede electrónica de la agencia Española de Protección de Datos puede acceder a las consultas más frecuentes realizadas por la ciudadanía:

<https://sedeagpd.gob.es/sede-electronica-web/vistas/infoSede/detallePreguntaFAQ.jsf?idPregunta=FAQ%2F00170#>

<https://sedeagpd.gob.es/sede-electronica-web/vistas/infoSede/preguntasFrecuentes.jsf>

Podrán solicitar copia de la historia clínica:

- El paciente mayor de 14 años
- Persona autorizada o en representación del paciente
- Juzgados

-Juzgado. Presentación oficio juzgado.

-Juzgado extranjero. La petición deberá ser cursada a través de los juzgados españoles mediante una Comisión Rogatoria .

-Juzgado eclesiástico. No se considera órgano del Poder Judicial. Precisa consentimiento del afectado.

- Organismos de la Comunidad Autónoma

-Consellería de Política Social. Menor en situación de desamparo y siempre que se iniciara el oportuno expediente. Se entregará la documentación solicitada, del menor o de las personas relevantes para el completo conocimiento de las circunstancias del menor, atendiendo a la legislación vigente.

-Inspección Sanitaria/Reclamaciones Patrimoniales. Se facilitara, a través de la Asesoría Jurídica, la documentación relacionada con el motivo de la reclamación.

- Centros Sanitarios

-Centros sanitarios pertenecientes al Servicio Gallego de Salud, otros centros sanitarios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, así como los Centros sanitarios concertados con los anteriores. Centros sanitarios privados: es necesaria autorización del paciente.

-Centros sanitarios extranjeros: es necesaria autorización del paciente.

-Instituciones penitenciarias. Los servicios médico-asistenciales de los establecimientos penitenciarios tienen la consideración de establecimientos sanitarios incorporados al Sistema Nacional de Salud.

• Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

-Con requerimiento judicial. Se entrega la documentación solicitada.

-Sin requerimiento judicial. Requiere acreditación de la identidad del solicitante mediante número de identificación personal y declaración de que la información que solicitan es necesaria “para la prevención de un peligro real para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales”, mediante documento que aporte o documento que realice en el momento de la petición, especificando la documentación que a tal fin se solicita.

• Unidades de facturación a terceros

Se les facilitará aquellos datos a efectos de facturación con la finalidad de la justificación del pago.

Acreditación de requisitos para solicitar/retirar documentación clínica. Documentación a presentar:

Paciente:

- Original del DNI

Representante legal o apoderado/ autorizado del paciente:

- Original del DNI del solicitante.
 - ☐ Si el solicitante es representante legal o apoderado del paciente:

Original y copia de certificación de la representación legal autorizada por el paciente; u original y copia de la escritura notarial de apoderamiento que habilite la posibilidad de acceso a los datos clínicos en nombre del paciente.

- ☐ Si el solicitante es autorizado por el paciente:

- Original de la autorización firmada por el paciente, en la que se identifique inequívocamente al paciente, la persona autorizada, el motivo de la autorización de solicitud de documentación clínica, los documentos clínicos objeto de la solicitud y la fecha.
- Copia de DNI del paciente representado.

Padre/madre de menores de 14 años titulares de la patria potestad del menor:

- Original del DNI del progenitor
- Original y copia de libro de familia/ certificado de nacimiento/certificado registral

Tutor legal de menores de 14 años/ personas incapacitadas:

- Original del DNI del tutor legal
- Original y copia de la sentencia judicial de nombramiento de tutor legal.

Paciente fallecido:

- Original y copia de certificado de defunción (obligatorio de no fallecer en los centros hospitalarios del SERGAS).
- Original del DNI del solicitante: cónyuge o persona vinculada por relación de hecho; ascendentes y descendentes directos de 1º grado de consanguinidad (padres, hijos); por los parientes colaterales de 2º grado de consanguinidad (hermanos) en caso de no existir de 1º grado y en el resto si está debidamente argumentado.
- Original y copia de la documentación acreditativa del parentesco o vinculación con el fallecido (libro de familia**; certificado de inscripción en el registro de parejas de hecho; certificado de convivencia).
- En el caso de personas con otros grados de vinculación familiar o de hecho, original y copia de la documentación acreditativa del vínculo familiar o de hecho (testamento, declaración de herederos; otros documentos admitidos en derecho).

Por un tercero, por riesgo objetivo para su salud:

- Original del DNI del solicitante.
- Acreditación documental del riesgo objetivo para la salud, fundamentado en criterios científico- técnicos.

***El libro de familia puede sustituirse por la "Certificación Registral"; a partir de octubre del 2010 con la entrada en vigor de la nueva Ley de Registro Civil, cada inscripción de nacimiento irá acompañada de un Código Personal de Ciudadanía.*

NORMATIVA

La normativa básica en vigor que regula el derecho de acceso a la documentación clínica es la siguiente:

A nivel estatal:

□ Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.

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

A nivel autonómico:

- Ley 8/2008, del 10 de julio, de salud de Galicia.

CAPÍTULO II- DERECHOS SANITARIOS

Artículo 10º.-Derechos relacionados con la documentación sanitaria.

Son derechos relacionados con la documentación sanitaria:

- . Derecho del o de la paciente a que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso y a que al finalizar el episodio asistencial se le entregue el informe de alta hospitalaria, de interconsulta de atención especializada y de urgencias.
- . Derecho a acceder a su historia clínica y a obtener los informes y los resultados de las exploraciones que sobre su estado de salud o enfermedad se incluyan en ella, así como una copia de dichos documentos, de acuerdo con lo establecido en la Ley 3/2001, del 28 de mayo, del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y en las disposiciones concordantes.

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

Decimotercero. Se modifica el artículo 19, quedando redactado del siguiente modo:

Artículo 19. Acceso.

Punto 6. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite.

En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudiquen a terceros.

Cualquier otra razón de carácter excepcional habrá de responder a un interés legítimo susceptible de protección y estar convenientemente motivada.

7.2. SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DESDE FUERA DE GALICIA

Actualmente vivo en otra Comunidad Autónoma. ¿Cómo puedo solicitar copia de mi historial clínico en el Sergas?

Cada centro sanitario tiene desarrollado un procedimiento para estos casos, de ahí que lo mejor sea ponerse en **contacto telefónico, por fax o correo electrónico** con la oficina de atención al paciente de su área sanitaria, bien en el centro de salud o bien en el hospital correspondiente, y le explicarán los requisitos sobre documentación que debe aportar, medio de solicitud, etc.

Si necesita consultar los números de teléfono o direcciones postales puede hacerlo en:

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Buscador-de-centros>

Otra manera de solicitarla es acudiendo a Atención al Paciente del Hospital que tiene asignado, desde donde darán curso de su solicitud al Archivo de Historias Clínicas, y desde allí se tramitará una petición de -Archivo a Archivo-.

7.3. CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA E HISTORIAL FARMACOTERAPÉUTICO POR INTERNET

¿Cómo puedo acceder a mi historial clínico y a mis radiografías a través de internet?

La consulta de la Historia clínica y Historial farmacoterapéutico personal está disponible en la web del Sergas en el apartado Asistencia sanitaria y también en la Plataforma É-Saúde.

El acceso a É-Saúde también puede realizarlo desde la aplicación Sergas Móbil.

Si desea acceder a través de la Web del Sergas deberá disponer de DNI electrónico con certificado digital activo y válido y lector de tarjeta.

En este caso podrá visualizar los informes de alta que existan en su Historial Electrónico (IANUS) y consultar su historial farmacoterapéutico- plan de dispensación de farmacia, hoja de medicación activa e histórico de dispensaciones-.

Para resultados de pruebas no está disponible el acceso a través de la Web del Sergas.

Si desea acceder a través de la plataforma É-Saúde deberá disponer de certificado digital de la FNMT, de DNI electrónico o bien de CHAVE365.

En este caso podrá visualizar los informes médicos de su historia clínica electrónica, el apartado de medicación y también los informes de los resultados de pruebas realizadas, así como descargar las imágenes.

No obstante puede acudir a su médico de cabecera para conocer cualquier resultado de pruebas realizadas, pues IANUS registra toda la información clínica independientemente del lugar o nivel de atención sanitaria en el que fuese generada.

En la actualidad también está disponible la consulta telefónica con su médico de cabecera, a través de la cual puede hacer efectiva esta información o cualquier duda que tenga en relación a su tratamiento prescrito.

En los siguientes enlaces dispone de toda la información sobre É-Saúde y CHAVE365:

https://esaude.sergas.es/EPACI_epaciente/#/home

<https://www.sergas.es/Esaude>

<https://sede.xunta.gal/tramites-e-servizos/chave365>

7.4. CONSERVACIÓN HISTORIAS CLÍNICAS EN EL SERGAS

¿Cuánto tiempo es obligatorio conservar las historias clínicas de los pacientes y qué tipo de información debe conservarse indefinidamente?

Para cualquier tipo de consulta en relación con la documentación de la historia clínica debe dirigirse al Servicio de Atención al Paciente de su área sanitaria de referencia.

Información sobre la normativa existente en esta materia: la primera ley es de ámbito autonómico y la segunda de ámbito estatal.

Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

Artículo 20.-Conservación.

1.-La historia clínica habrá de conservarse en condiciones que garanticen la preservación de la información asistencial que contiene, aunque no se mantenga en el soporte original en el cual se ha generado, con las cautelas que se establezcan reglamentariamente para evitar la manipulación de datos cuando no se mantenga dicho soporte original.

2.-Se conservará indefinidamente la siguiente información:

- Informes de alta.
- Hojas de consentimiento informado.
- Hojas de alta voluntaria.
- Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
- Informes de anestesia.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Informes de necropsia.
- Hoja de evolución y de planificación de cuidados de enfermería.
- Otros informes médicos.
- Cualquier otra información que se considere relevante a efectos asistenciales, preventivos, epidemiológicos o de investigación.
- La información de aquellas historias clínicas cuya conservación sea procedente por razones judiciales.

3.-El resto de la información se conservará, como mínimo, hasta que transcurran cinco años desde la última asistencia prestada al paciente o desde su fallecimiento.

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

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

7.5. SOLICITUD DE INFORMACIÓN/RECLAMACIÓN POR REPRESENTANTE NO ACREDITADO, EN SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE

¿Puede solicitar otra persona información o copia de mi documentación clínica si no puedo realizar el trámite personalmente en el servicio de atención al paciente?

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la representación podrá ser acreditada por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, como pueden ser los siguientes:

- Poder notarial, en el que el interesado (paciente) le nombra su representante y que haga mención expresa a la autorización para acceder a datos sobre la salud individual de esa persona. (Agencia Española de Protección de Datos: nivel 3 de protección para acceder a datos sobre la salud de las personas).
- Declaración en comparecencia personal del interesado (apoderamiento apud acta), dejando constancia de que a partir de ese momento usted actuará como su representante.
- Comparecencia electrónica en la correspondiente sede electrónica, o a través de la acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamientos de la Administración Pública competente.

<https://sede.xunta.gal/tramites-e-servizos/modelos-xenericos>

- Presentación de un modelo escrito de representación en el que consten:
 - . Nombre, DNI/NIE/Pasaporte y domicilio del paciente
 - . Nombre, DNI/NIE/Pasaporte y domicilio del representante
 - . Declaración del paciente otorgando la representación para alguno o todos de los siguientes actos:
 - Formular solicitudes, entablar recursos, desistir de acciones, renunciar a derechos.
 - Declaración de aceptación de la representación por parte de la persona nombrada para tal fin.
 - Firma del paciente y firma del representante.
- Libro de familia en el caso de los padres de pacientes menores de edad, o documento en el que conste el nombramiento del Tutor Legal.**

***El libro de familia puede sustituirse por la "Certificación Registral"; a partir de octubre del 2010 con la entrada en vigor de la nueva Ley de Registro Civil, cada inscripción de nacimiento irá acompañada de un Código Personal de Ciudadanía.*

NORMATIVA

- Puntos 1 y 2 del artículo 7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:
 - . 7.1: “toda persona tiene derecho a que se le respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie puede acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley”.
 - . 7.2: “los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.
- Artículo 7.1 de la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes: “El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida en que el paciente lo permita de forma expresa o tácita”.
- Artículo 9.1.a) de la Ley 8/2008, del 10 de julio, de salud de Galicia, que reconoce el derecho sanitario a la confidencialidad:
 - . “...En todo caso, el grado de confidencialidad, entendido como la identificación del destinatario y el contenido de la información que pueda suministrarse, será decidido por el o la paciente, excepto en los casos que legalmente se contemple el deber de información”
 - . Los datos personales a que se refiere este apartado 1 se someterán al régimen de protección establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD).

7.6. SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE AUTOPSIA

Un familiar puede solicitar la realización de una autopsia, ¿en qué casos? ¿Qué legislación es aplicable?

Le informamos que la realización de un estudio al cadáver puede realizarse en dos supuestos:

1- Cuando a pesar de conocerse la causa de la muerte y ser debida a causa natural, sea aconsejable, bien por interés científico, bien por deseo de la familia de confirmación anatomopatológica de la causa clínica del fallecimiento tras valoración conjunta con los responsables del tratamiento.

En este caso, la denominada **necropsia clínica**, estaría indicada a propuesta del facultativo responsable en consenso con la familia.

La solicitud se realiza en el centro sanitario donde se produjo el fallecimiento, inmediatamente tras el mismo y se realiza en las siguientes horas. Cada centro, previa autorización de la familia, ha establecido el circuito de necropsias clínicas, por lo que le aconsejamos que si se encuentra en esa circunstancia, consulte con el servicio correspondiente.

2- Cuando la causa de la muerte se desconozca por completo, sea sospechosa de causas no naturales, o se sospeche que sucedió por causas violentas susceptibles de intervención judicial, y en particular las que se mencionan en la lista que sigue:

- a) Homicidio o sospecha de homicidio
- b) Muerte súbita inesperada, incluyendo el síndrome de muerte súbita del lactante
- c) Cualquier violación de derechos humanos, como la sospecha de tortura o cualquier forma de maltrato
- d) Suicidio o sospecha de suicidio
- e) Sospecha de mala praxis médica
- f) Accidentes de circulación, laborales o domésticos
- g) Enfermedad y riesgos laborales
- h) Desastres tecnológicos y naturales
- i) Muerte durante detenciones o muertes en actividades policiales o militares
- j) Cuerpos no identificados o restos óseos

Además del caso de muerte violenta, la autopsia judicial también está justificada en las muertes súbitas y en fallecidos jóvenes sin causa de muerte conocida y aparentemente sin enfermedad grave.

Asimismo, puede requerirse autopsia ante la sospecha de enfermedad profesional o indicios de intoxicación. Si fallece un trabajador que padeciera una enfermedad profesional valorada como invalidez, no sería objeto de autopsia. No obstante, la autopsia puede ser necesaria en el caso de fallecimiento de un trabajador en activo, con enfermedad profesional sin invalidez reconocida.

En estos casos se solicita **autopsia judicial** bien a propuesta del facultativo, o bien a solicitud de la familia presentada en el juzgado competente.

En este caso el juzgado de guardia de su localidad le dará la información necesaria para la realización del trámite, ya que la competencia de su realización es del Instituto de Medicina Legal de Galicia, que no está integrado en la estructura del Servicio Gallego de Salud.

La **normativa legal** vigente en España sobre autopsias clínicas, está recogida en la Ley de autopsias clínicas 29/1980 de 21 de junio (BOE 154 de 27 de junio de 1980) (22) y el Real Decreto del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre autopsias clínicas 2230/1982 (BOE 218 de 11 de septiembre de 1982).

Las autopsias médico-legales o judiciales están reguladas por la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses y el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal.

7.7. SOLICITUD DE CONSULTA DE ACCESOS INDEBIDOS A LA HISTORIA CLÍNICA

Quiero saber cómo y a quién debo solicitar información para que se me facilite el listado de las personas que accedieron a mi historial médico.

Se puede acceder a su historia clínica para prestar atención asistencial, o con fines administrativos, judiciales, docentes, de investigación, epidemiológicos, y de salud pública.

El acceso al historial clínico de los pacientes está regulado por la Ley 3/2001, modificada por la Ley 3/2005, reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica, la Ley

41/2002 básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el Decreto 29/2009 por el que se regula el uso y acceso a la Historia Clínica Electrónica, modificado por el Decreto 164/2013.

Los datos de salud son datos especialmente protegidos, y podrán tratarse y cederse en los términos establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD- GDD).

En cualquiera de las normativas mencionadas se hace referencia a que el acceso estará restringido, en el caso de los profesionales sanitarios para la idónea asistencia a los pacientes cuando intervengan en su asistencia directa en los distintos niveles de prestación, es decir que tan sólo pueden acceder al historial clínico de los pacientes por razones asistenciales, nunca por otros motivos.

El acceso al Historial Clínico Electrónico exige un control de acceso de forma que el profesional queda identificado inequívocamente en el sistema, ya que el acceso se realiza mediante la tarjeta identificativa del profesional y su firma electrónica reconocida mediante certificado digital expedido por la FNMT, quedando trazabilidad de quien accede al historial de cada paciente.

Los datos de las personas que pudiesen acceder a su historia clínica se consideran de carácter personal de los usuarios de los sistemas de información de esta Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud, por lo que su revelación a una persona distinta del usuario supondría una cesión o comunicación de datos, que debería contar con el consentimiento del/los usuario/s o encontrarse habilitada por la Ley, como así se refleja en el informe 0167/2005 de la Agencia Española de Protección de Datos sobre la Naturaleza y alcance del derecho de Acceso. En dicho informe se recoge expresamente que el derecho concedido al interesado abarcaría el conocimiento de la información sometida a tratamiento, pero no a las personas, dentro del ámbito de organización del responsable del fichero, que pudieron tener acceso a dicha información.

El acceso injustificado por cualquier profesional al historial clínico de cualquier paciente, constituye tanto una falta tipificada en el Estatuto Marco de Personal Sanitario, y por lo tanto, susceptible de sanción disciplinaria, como sanciones que la citada Ley Orgánica establece a través de la Agencia Estatal de Protección de Datos con multas que pueden ascender hasta los 600.000 €.

Si quiere saber quién consultó su historia por sospechas de accesos indebidos debe poner una denuncia en la Inspección de Servicios Sanitarios de su área sanitaria o ante la Agencia Española de Protección de Datos, motivando y concretando su solicitud, y la persona o personas de las que sospecha, para que de su análisis se pudiese derivar la realización de una investigación.

http://www.xunta.es/dog/Publicados/2013/20131107/AnuncioC3K1-311013-0001_es.html

http://www.xunta.gal/dog/Publicados/2015/20150105/AnuncioC3K1-261214-0001_es.html

<https://sedeagpd.gob.es/sede-electronica-web/vistas/infoSede/preguntasFrecuentes.jsf>

7.8. SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE PRECISE DE RESPUESTA INMEDIATA

¿Podrían confirmarme la hora de la consulta médica?

¿Cómo puedo hacer una consulta médica para que me orienten de forma rápida?

Cuando se trate de una situación que precise de respuesta inmediata puede recurrir a la información del espacio CIDADANIA en la web del sergas, hacer una llamada solicitando la información a su centro de salud o también al teléfono único del sergas 981 952 950 del que existe un número fijo correspondiente a cada provincia gallega con la tarificación contratada por cada usuario con su compañía telefónica. Pueden consultarse en la siguiente dirección de la web del Sergas:

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/981-952-950-TELEFONO-UNICO-SERGAS>

También, si se trata de una consulta médica que precise de orientación inmediata, dispone del número del 061 en el que siempre tendrá la posibilidad de hablar con un médico para que le aconseje en el proceder adecuado.

Siempre que usted precise una respuesta con immediatez, **CONTACTE** no es aconsejable, pues los tiempos de respuesta no están sujetos a un plazo determinado.

7.9. CERTIFICADOS MÉDICOS / INFORME DE SALUD

Mi hija necesita un certificado médico para acudir a un campamento de verano, ¿qué tengo que hacer para solicitarlo y qué necesito llevar para que el médico lo expida?

Los médicos de familia del Servicio Gallego de Salud no tienen la obligación de extender el certificado médico oficial del colegio de médicos.

Si una vez consultado con el médico de familia le manifiesta su disposición a extender el certificado médico en impreso oficial, usted puede adquirirlo en el colegio oficial de médicos

de su provincia de residencia o bien en las farmacias. Después de que el médico lo cubra y firme, deberá validarlo acudiendo nuevamente al colegio oficial de médicos.

Los médicos del Servicio Gallego de Salud no tienen la obligación de elaborar informes valorativos de la capacidad laboral, ni secuelas baremadas según criterios de peritaje, ni informes con motivo de asistencia fuera de su ámbito de actuación.

La validez o no del informe de salud del médico de familia dependerá de lo que le soliciten a usted.

En el informe de salud el facultativo puede registrar:

- . Condicionantes y problemas de salud actuales: los que el facultativo considere relevantes para el objeto del informe.
- . Tratamientos: prescripciones activas.
- . Observaciones: situación clínica actual y las necesidades de cuidados y seguimiento si se requiere.

7.10.CUESTIONES RELACIONADAS CON LA LISTA DE ESPERA

DECRETO 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas.

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2017/20171110/AnuncioC3K1-021117-0001_gl.html

7.10.1. ¿Cuál es el procedimiento que seguirá el Servizo Galego de Saúde si me proponen realizar una intervención quirúrgica?

Cuando su médico valore que la realización de una intervención quirúrgica es la mejor alternativa para tratar su dolencia, lo informará para que usted tome su propia decisión de aceptar o rechazar la operación.

Su médico:

- Cubrirá la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica, con el fin de reservar una cama y/o un quirófano, necesarios para programar su intervención.
- Le explicará en que consiste la operación, las alternativas posibles, la oportunidad de realizarla y los resultados esperados (beneficios, riesgos y posibles secuelas).

Si usted decide aceptar la intervención tendrá que:

- Firmar el formulario de consentimiento informado y
- Firmar la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica, previamente cubierta y firmada por su médico.

El Servicio Gallego de Salud, a través de su hospital adquiere el compromiso de poner en marcha las acciones necesarias para llamarlo en el menor plazo posible.

7.10.2. Cuando el médico me propone la realización de la intervención quirúrgica, ¿tengo un plazo para tomar mi decisión?

Sí. Usted puede tomarse un tiempo para pensarlo. No es necesario que acepte y firme inmediatamente el formulario de consentimiento informado y la hoja de inclusión. Puede hacerlo en el mismo momento que el médico le hace la indicación o con posterioridad.

Si decide aceptar la intervención quirúrgica, sepa que tiene 90 días naturales desde la fecha de prescripción que figura en la *hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica*, para entregar estos documentos firmados. Transcurrido este plazo, la indicación caducará.

Cuando se entregue la documentación, el hospital comprobará:

- Que la hoja de inclusión esté firmada por usted y por el cirujano.
- Que el formulario de consentimiento informado esté firmado e incorporado a su historia clínica.

Aunque usted haya firmado la hoja de consentimiento informado, usted puede revocar su decisión en cualquier momento.

7.10.3. ¿Dónde tengo que entregar la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica?

Podemos encontrar dos modalidades, dado que cada hospital tiene sus propios circuitos:

- El médico puede disponer que desde la propia consulta se realice una entrega interna de la hoja al Servicio de Admisión.
- El médico puede indicarle que la entregue personalmente en el mostrador del Servicio de Admisión del hospital.

7.10.4. ¿De cuántos ejemplares consta la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica?

Consta de tres ejemplares:

1. Copia para la historia clínica.

2. Copia para el Servicio de Admisión del hospital.
3. Copia para el paciente.

7.10.5. ¿Cuál es la fecha de entrada en la lista de espera?

La fecha de entrada es la que figura en la *hoja de inclusión* y se corresponde con la que el Servicio de Admisión recibe esta hoja firmada por el médico y por usted.

- Si firma y entrega la *hoja de inclusión* en el momento que el médico le prescribe la intervención, la fecha de inclusión será la misma que la fecha de prescripción.
- En caso de que usted la firme y entregue con posterioridad, la fecha de inclusión será aquella en la que se entregue la *hoja de inclusión* firmada por usted en el Servicio de Admisión.

7.10.6. ¿Qué es el Registro de pacientes en espera quirúrgica?

Es una base de datos informatizada, constituida por todos los pacientes que esperan a que se les practique una intervención quirúrgica no urgente, que fue indicada por un facultativo de un hospital de la red pública del Servicio Gallego de Salud.

El Registro integra el conjunto de los registros de pacientes en espera quirúrgica de los hospitales de la red pública de Galicia.

Recoge datos que permiten identificarlo, clasificarlo según la gravedad, prepararlo para efectuar la intervención, realizar su seguimiento mientras espera y gestionar adecuadamente la programación de los quirófanos disponibles para resolver las intervenciones pendientes:

- Su nombre, dirección, teléfono de contacto.
- Fecha en la que usted entró en la lista de espera.
- Tipo de tratamiento que usted requiere.
- Prioridad de atención establecida por el médico.
- Situaciones en las que se encuentra durante la espera.
- Preparación para realizar la intervención.

7.10.7. ¿Cómo actualizo mis datos personales?

Para garantizar una buena gestión de la lista de espera, si cambia de domicilio o teléfono, comunique los nuevos datos al hospital correspondiente a través del Servicio de Admisión; de otra forma nos resultaría imposible localizarlo.

7.10.8. ¿Por iniciativa de quién se pueden modificar las condiciones del Registro?

Su situación en lista de espera se puede modificar por iniciativa del médico del servicio responsable de la inclusión en el registro de pacientes en espera que le atiende, o a petición de usted.

La modificación de las condiciones en el registro por iniciativa del paciente será únicamente por motivos debidamente justificados.

Una vez que le confirmen la fecha en la que será atendido, en caso de que se produjera alguna circunstancia justificada que le impida acudir al hospital en los días señalados, comuníquelo lo antes posible, poniéndose en contacto con el Servicio de Admisión.

Se consideran causas y circunstancias justificadas para no acudir o retrasar la intervención las siguientes:

- . Nacimiento de hijo o nieto, o adopción: cuatro días naturales.
- . Matrimonio: quince días naturales.
- . Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado inclusive: cuatro días naturales.
- . Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal: mientras dura estrictamente dicho deber.
- . Fuerza mayor: el tiempo que tarde en desaparecer la causa que impide la comparecencia.

Si no acude a la cita programada, por un motivo injustificado, el hospital entenderá que usted renuncia a su solicitud de atención y será excluido de la lista de espera.

Para cada una de las modificaciones que se producen entre la inclusión y la salida (baja) del Registro, el médico y/o usted deben cubrir y firmar un impreso normalizado diseñado con este fin.

7.10.9. ¿Dónde puedo encontrar información sobre mi situación en el Registro de pacientes en espera quirúrgica?

Podrá solicitar información personalizada:

- Llamando al teléfono que figura en el ejemplar que se le entregó de la hoja de inclusión en el *Registro de pacientes en espera quirúrgica*.
- A través del portal Web del Servizo Galego de Saúde (<http://www.sergas.es>) o de la Plataforma É-Saúde (https://esaude.sergas.es/EPACI_epaciente/#/home).

Para esta consulta debe disponer de certificado digital (clase 2) de usuario válido expedido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o del DNI electrónico. En É-Saúde también puede acceder a la información con CHAVE365.

7.10.10. ¿Cuáles son los motivos de salida del Registro de pacientes en espera quirúrgica?

Los motivos están regulados en la normativa vigente y son los siguientes:

- El paciente en lista de espera es programado e intervenido por el motivo indicado (*demanda satisfecha programada en el hospital*).
- El paciente, antes de ser programado, acude a urgencias y es atendido por el mismo proceso por el que estaba en espera (*demanda satisfecha urgente en el hospital*).
- Un facultativo, a través de un informe médico, establece una contraindicación permanente o que no se necesita el tratamiento que motivó su inclusión (*excluido por orden facultativa*).
- El paciente con el que se establece contacto indica que, a pesar de no haber resuelto el problema y no tener indicación médica en contra, no está interesado en someterse al proceso quirúrgico, de acuerdo con el ejemplar para el paciente de la *hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica* (*renuncia voluntaria*).
- Fallecimiento del paciente durante la espera (*éxito*).
- No se puede contactar con el paciente aplicando el protocolo de localización, consistente en realizar llamadas telefónicas en el plazo de 48 horas y una carta certificada con justificante de recepción, en la que se establece un plazo de 7 días para que el paciente se ponga en contacto con el centro (*paciente no localizado*).
- El paciente resuelve su problema por iniciativa propia en otros centros (*demanda satisfecha por otros medios*).
- Se estableció contacto con el paciente y se programó la actuación para una fecha determinada. Se da un plazo de 7 días en el que el paciente no se pone en contacto con el centro o la causa por la que no acudió no es justificada (*el paciente no acude a la cita*).
- El paciente aceptó la derivación a un centro concertado y es atendido en este por el mismo proceso por el que estaba en espera (*demanda satisfecha en un centro concertado*).
- El paciente aceptó la derivación a otro centro del Servizo Galego de Saúde y fue incluido en el *Registro de pacientes en espera quirúrgica* del centro de destino por el mismo proceso por el que estaba en espera (*inclusión en otro centro del Servicio Gallego de Salud*).

7.10.11. ¿En el momento que acudo al hospital para realizar la operación, dejo de formar parte del Registro de pacientes en espera quirúrgica?

No. Desde el momento de la admisión hasta que se realiza la intervención quirúrgica usted sigue en lista de espera.

Deja de formar parte del Registro cuando el procedimiento quirúrgico está finalizado.

Cuando le deriven a otro centro público o a un centro concertado, su espera seguirá contabilizando hasta el momento en que la cirugía se realice.

7.10.12. ¿Desde qué momento empieza a contar la espera para una intervención quirúrgica?

El plazo comienza a contabilizarse a partir de la fecha de inclusión en el Registro, que figura en la copia de *la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica* que se le entregó.

7.10.13. ¿Qué son los niveles de prioridad de una intervención quirúrgica?

Cuando el médico cubre la hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica, le asigna un nivel de prioridad, que tiene en cuenta criterios clínicos, sociales y funcionales.

Hay tres niveles de prioridad, y a cada uno le corresponde un tiempo de espera en el que la intervención debería ser realizada:

- Prioridad 1: la intervención quirúrgica no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: el tiempo de espera recomendable no debe superar los 90 días.
- Prioridad 3: la enfermedad que usted padece y motiva la intervención quirúrgica, permite la demora del tratamiento, porque no produce secuelas importantes.

7.10.14.. ¿Están definidos los procedimientos quirúrgicos que se consideran desde el punto de vista clínico prioridad 1?

Los procedimientos quirúrgicos que deben realizarse con prioridad 1 están protocolizados en cada hospital, para garantizar que las enfermedades graves se programen con una prioridad absoluta sobre otras patologías.

Existen mecanismos de control para detectar las variaciones que puedan surgir en el tipo de prioridad durante su espera.

La programación de las patologías más graves, como el cáncer, tienen diseñados unos circuitos de atención especial, cuyo principal objetivo es asegurar la atención rápida y minimizar los retrasos, realizando un uso eficiente de los centros sanitarios.

7.10.15. ¿Cómo se clasifican los pacientes en función del tipo de espera?

Los pacientes incluidos en el Registro de pacientes en espera quirúrgica pueden estar en dos situaciones en función del tipo de espera:

• Pacientes en espera estructural: son aquellos que en un momento dado están en situación de ser atendidos y su espera es atribuible a la organización de los recursos disponibles. Atendiendo su situación se clasifican en:

- . *Pacientes programables*: están en disposición de ser programados en cualquier momento.
- . *Pacientes en derivación*: son los pacientes que aceptaron ser derivados a un centro concertado o a otro centro del Servizo Galego de Saúde y aún no fueron atendidos.

• Pacientes en espera no estructural: son aquellos que en un momento dado están pendientes de ser atendidos, pero su espera no es atribuible a la organización de los recursos disponibles. Se clasifican en:

- . Pacientes transitoriamente no programables: su programación no es posible en momento dado, por alguna de las siguientes causas:
 - Espera médica, por motivos clínicos que contraindican o desaconsejan temporalmente la atención.
 - Espera por posponerse la actividad por voluntad del paciente debido a circunstancias justificadas.
- . Pacientes en espera tras RECHAZAR la derivación a un centro concertado o a otro centro del Servicio Gallego de Salud.

Orden del 13 de mayo de 2005 por la que se modifica otra del 19 de mayo de 2003, sobre normalización del sistema de información y control de la demanda de actividad programada de hospitalización, cirugía y salas, en la red de hospitales del Servicio Gallego de Salud.

http://www.xunta.es/dog/Publicados/2005/20050526/Anuncio1018E_es.html

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-14190>

7.10.16. ¿Dónde puedo encontrar información sobre los tiempos de espera en Galicia?

Cada semestre, el Servizo Galego de Saúde facilita información a través de su portal Web, sobre el número de pacientes que figuran en espera y el tiempo medio de espera para los distintos procedimientos realizados por cada una de las especialidades quirúrgicas, desagregados por centros sanitarios.

A efectos de evaluar la gestión de los servicios públicos, cuando se publican los indicadores de lista de espera, se contabilizan los períodos en los que el paciente espera por motivos atribuibles a la organización de los recursos disponibles.

Esta metodología es aplicada en todos los servicios públicos de salud del Sistema Nacional de Salud, en aplicación de una norma estatal que asegura la comparabilidad de los resultados de gestión sanitaria entre las Comunidades Autónomas.

El cálculo de indicadores está publicado en el portal Web y está validado por el Instituto Gallego de Estadística (IGE).

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Listas-de-espera?idioma=es>

7.10.17. ¿Cómo me citarán o llamarán?

Para confirmarle la fecha en la que será atendido, el Servicio de Admisión se pondrá en contacto con usted por vía telefónica:

- Si después de 2 días consecutivos de llamada no es posible localizarlo, le enviaremos un correo certificado urgente con aviso de recepción y si en el plazo de 7 días, tras la recepción de la carta, aún no se puso en contacto con el hospital, entenderíamos que desiste de su petición de asistencia, por lo que sería excluido de la lista de espera.
- En caso de que usted, antes de recibir la llamada, hubiera dejado de precisar la atención solicitada, le agradeceríamos que nos lo notificara para actualizar el Registro de pacientes en espera quirúrgica, lo que ayudaría a una más rápida atención a otros pacientes.

7.10.18. ¿Con quién tengo que contactar si no puedo acudir a la cita?

Una vez que le confirmen la fecha en la que será atendido, en caso de que se produjera alguna circunstancia justificada que le impida acudir al hospital en los días señalados, comuníquelo lo antes posible, poniéndose en contacto con el Servicio de Admisión.

Se consideran causas y circunstancias justificadas para no acudir o retrasar la intervención las siguientes:

- Nacimiento de hijo o nieto, o adopción: cuatro días naturales.
- Matrimonio: quince días naturales.
- Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado inclusive: cuatro días naturales.
- Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal: mientras dura estrictamente dicho deber.
- Fuerza mayor: el tiempo que tarde en desaparecer la causa que impide la comparecencia.

Si no acude a la cita programada, por un motivo injustificado, el hospital entenderá que usted renuncia a su solicitud de atención y será excluido de la lista de espera.

7.10.19. Si acudo a la cita para la intervención quirúrgica y esta se cancela, ¿qué ocurre con mi situación en lista de espera?

En este caso usted conservaría la antigüedad en el *Registro de pacientes en espera quirúrgica* y sería programado de nuevo con la mayor brevedad posible.

7.10.20. ¿Quién puede beneficiarse de las garantías de tiempos máximos de espera?

Serán beneficiarios de las garantías de tiempos máximos de espera **las personas inscritas en el Registro de pacientes en espera quirúrgica** del Servicio Gallego de Salud.

DECRETO 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas.

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2017/20171110/AnuncioC3K1-021117-0001_es.html

7.10.21. ¿Qué situaciones no se computarán en el tiempo máximo de espera?

Non se computarán no tempo de garantía as situacións transitorias que non poidan ser programadas por motivos clínicos con coñecemento do paciente, ou pola propia vontade deste se solicita cambiar ou atrasar á intervención.

7.10.22. ¿Me pueden realizar la intervención quirúrgica en un centro diferente al que me corresponde?

Sí, con el fin de disminuir su tiempo de espera, el Servizo Galego de Saúde además de su hospital de referencia, puede contar con el apoyo de otros centros sanitarios para la resolución de su patología.

7.10.23. ¿Qué procedimiento tengo que seguir si deseo ser atendido en cualquier otro centro sanitario?

Si usted tiene asignada una prioridad 1 o 2 para la realización de la intervención quirúrgica, una vez que transcurra el plazo de 30 días o 90 días, respectivamente, desde su inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica, puede dirigirse al Servicio de Admisión de su hospital, donde le ayudarán a realizar los trámites necesarios.

7.10.24. ¿Qué garantía me ofrece la derivación a otro centro?

Si ante la imposibilidad de operarlo en el plazo máximo de respuesta en el hospital de referencia, se le ofertara acudir a otro centro, tenga la absoluta certeza de que en ese centro la asistencia está acreditada por la Consellería de Sanidade, aplicando los mismos criterios exigibles a un centro público.

El procedimiento de derivación de un paciente a otro hospital garantiza, en todo caso, su seguimiento, la continuidad del proceso asistencial y el traslado de la información clínica necesaria para su tratamiento.

7.10.25. ¿Puedo rechazar la derivación? ¿Qué pasaría en ese caso con mi situación en lista de espera a derivación?

Si usted rechaza la alternativa que se le ofrece y decide seguir esperando para ser operado en su centro de origen, no será de aplicación el derecho de garantía de tiempos máximos de respuesta. Pero los derechos de antigüedad que se adquirieron en lista de espera de su centro serán respetados.

7.10.26. ¿Qué supuestos quedan excluidos del procedimiento de garantía de tiempos máximos de espera para una intervención quirúrgica?

Quedan excluidos:

- a) Las intervenciones quirúrgicas de carácter urgente, incluyendo los reimplantes de miembros y la atención a personas quemadas.
- b) Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe.

- c) Las intervenciones quirúrgicas que no estén incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, regulada por el Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización o normativa que lo sustituya.
- d) Las intervenciones que puedan requerir una espera para las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.
- e) La atención sanitaria diferente a la que originó la inclusión de la persona usuaria en el registro de pacientes en espera.
- f) Aquellas situaciones en las que rechace la oferta de asistencia en otro centro sanitario del Sistema Público de Salud de Galicia.

7.10.27. ¿A dónde tengo que dirigirme en el supuesto de que se superen los plazos máximos de espera?

Si ve que se supera la fecha prevista para prestarle el servicio, sin que el hospital contacte con usted, no dude en llamar al teléfono de contacto que se le facilitó en la *hoja de inclusión en el Registro*, en el horario que se señala.

7.10.28. ¿A dónde me puedo dirigir si me surgen dudas antes de que me citen para mi intervención?

Usted puede dirigirse al teléfono que figura en el ejemplar que se le entregó de la *hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera quirúrgica*, en el horario señalado.

Su médico de Atención primaria también puede proporcionarle información sobre cualquier aspecto clínico relacionado con su intervención o con la preparación que precise antes de ser operado (suspensión de alguna medicación, ajuste de la dosis, etc.).

Para esto puede dirigirse a su centro de salud y solicitar cita previa para consulta con su médico.

7.10.29. ¿Dónde y cómo puedo presentar una reclamación relacionada con la lista de espera quirúrgica?

Si usted quiere presentar una reclamación puede hacerlo:

- De manera presencial en su centro de salud o a través del Servicio de Atención al Paciente de su hospital.
- O de forma telemática por medio del espacio CONTACTE habilitado en esta página Web.

Recuerde que las reclamaciones por escrito pueden ser presentadas según lo dispuesto en el artículo 16 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas:

Artículo 16. Registros.

4. Los documentos que los interesados dirijan a los órganos de las Administraciones Públicas podrán presentarse:

- a) En el registro electrónico de la Administración u Organismo al que se dirijan, así como en los restantes registros electrónicos de cualquiera de los sujetos a los que se refiere el artículo 2.1.
- b) En las oficinas de Correos, en la forma que reglamentariamente se establezca.
- c) En las representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el extranjero.
- d) En las oficinas de asistencia en materia de registros.
- e) En cualquier otro que establezcan las disposiciones vigentes.

7.10.30. ¿Cuál es la legislación vigente que regula las listas de espera en la Comunidad Autónoma de Galicia?

- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 134, (5 de junio de 2003).
- Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas. Diario Oficial de Galicia, nº 214, (10 de noviembre de 2017).
- Orden del 13 de mayo de 2005 por la que se modifica otra del 19 de mayo de 2003, sobre normalización del sistema de información y control de la demanda de actividad programada de hospitalización, cirugía y salas, en la red de hospitales del Servicio Gallego de Salud. Diario Oficial de Galicia, nº 100, (26 de mayo de 2005).
- Orden del 19 de mayo de 2003 por la que se normaliza el sistema de información y control de la demanda de actividad programada de hospitalización, cirugía y salas en la red de hospitales del Servicio Gallego de Salud. Diario Oficial de Galicia, nº 104, (30 de mayo de 2003).
- Orden de 13 de julio de 2004 por la que se normaliza el sistema de información y control de la demanda de actividad programada de consultas externas médicas en la red de hospitales del Servicio Gallego de Salud. Diario Oficial de Galicia, nº 139, (20 de julio de 2004).

- Resolución del 17 de diciembre de 2007, de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el programa de acceso a través de la Web a las listas de espera quirúrgicas. Diario Oficial de Galicia, nº 250, (28 de diciembre de 2007).

7.10.31. ¿Cuáles son los modelos oficiales de formularios vigentes relacionados con la lista de espera quirúrgica en el Sistema Público de Salud de Galicia?

La Orden del 19 de mayo de 2003 (Diario Oficial de Galicia, nº104, 30 de mayo de 2003) contiene:

- Anexo III:

Modelo de hoja de inclusión en el Registro de pacientes en espera (ejemplar para la historia clínica, el Servicio de Admisión y el paciente). Modificación de este anexo III (continuación) de la Orden de 19 de mayo de 2003 en la Orden de 13 de mayo de 2005 por la que se modifica otra de 19 de mayo de 2003.

Se modifica el contenido del anexo III (continuación) de la citada orden, relativo al texto que debe figurar en el reverso de la «hoja de inclusión en el registro de los pacientes en espera».

- Anexo V:

Modelo de hoja de modificación de las condiciones del Registro de pacientes en espera por iniciativa médica (tres ejemplares).

- Anexo VI:

Modelo de hoja de modificación de las condiciones de lista de espera por iniciativa del paciente (tres ejemplares)

7.11. INFORMACIÓN SOBRE LOS CERTIFICADOS DIGITALES

¿Qué es un Certificado Digital y qué garantía ofrece?

¿Cómo obtener un Certificado Digital?

Un Certificado Digital es un conjunto de datos que permiten la identificación del titular del Certificado, intercambiar información con otras personas y entidades, de manera segura, y firmar electrónicamente los datos que se envían de tal forma que se pueda comprobar su integridad y procedencia.

El Certificado Digital garantiza:

- La autenticidad de las personas y entidades que intervienen en el intercambio de información.
- Confidencialidad: que solo el emisor y el receptor vean la información.
- La integridad de la información intercambiada, asegurando que no se produce ninguna manipulación.
- El no repudio, que garantiza al titular del certificado que nadie más que él puede generar una firma vinculada a su certificado y le imposibilita a negar su titularidad en los mensajes que haya firmado.

Las gestiones para la obtención de un certificado digital deben realizarse ante una Autoridad de Certificación, reconocida oficialmente. En las páginas de las Entidades Certificadoras, se puede obtener amplia información del funcionamiento de los distintos certificados, así como de su proceso de obtención.

<http://www.cert.fnmt.es/web/ceres/home>

<http://www.dnielectronico.es/PortalDNIe/>

¿Qué significa revocar un certificado?

¿Cómo utilizo mi Dni electrónico?

Revocar un certificado es anular su validez antes de la fecha de caducidad que consta en el mismo. La revocación puede ser solicitada por el usuario en cualquier momento y, en especial, cuando el titular crea que la seguridad de su clave privada haya podido ser comprometida.

Para realizar la certificación de la identidad mediante un DNI electrónico es necesario utilizar un lector de tarjetas inteligentes.

Encontrará más información en la página web: www.dnielectronico.es

7.12. INFORMACIÓN SOBRE CHAVE 365

Alta de usuario/Modificación de datos y baja en Chave365/Dónde gestionar presencialmente Chave365

Chave365 es el sistema que permite a los ciudadanos mayores de edad identificarse y firmar documentos en la sede electrónica de la Xunta de Galicia sin necesidad de usar certificados digitales ni DNI electrónico. Con Chave365 la persona usuaria se identifica con su NIF y clave personal y firma electrónicamente con un código, único para cada operación, que recibe en su teléfono móvil.

Alta de usuario

Para emplear Chave365, el ciudadano tiene que darse antes de alta. Puede hacerlo por dos vías:

- **De manera electrónica a través de la Sede Electrónica de la Xunta de Galicia**, mediante el procedimiento de alta en Chave365. En este caso el alta es inmediata. Para solicitarla necesita haber instalado en el navegador un certificado electrónico válido para ese mismo NIF o el DNI electrónico.
- **De manera presencial**, dirigiéndose a cualquiera de los órganos o unidades administrativas de la Xunta de Galicia que realicen las funciones de registro de usuarios Chave365, que puede consultar en esta relación. Debe acudir personalmente y acreditar su identidad mostrando el DNI o TIE. Los ciudadanos comunitarios que no tengan la tarjeta de residencia presentarán el Certificado de registro de ciudadanos de la Unión y su pasaporte.

Antes de emplear Chave365 por primera vez, debe cambiar obligatoriamente la clave de acceso provisional (o la contraseña) recibida por SMS por una elegida por usted. Consulte aquí cómo modificar la clave.

Si no recibe el mensaje SMS con la clave de acceso en pocos minutos, póngase en contacto con el servicio de atención ciudadana 012 para confirmar que se ha enviado. En caso de que fuese enviada pero no recibida, deberá contactar con su proveedor de telefonía y/o revisar la configuración de su terminal.

La validez del usuario de Chave365 es de cuatro años desde el alta.

Transcurrido ese período, será necesario solicitar la renovación a través del procedimiento de alta. Por razones de seguridad, es necesario actualizar la contraseña por lo menos una vez al año.

Modificación de datos y baja en Chave365

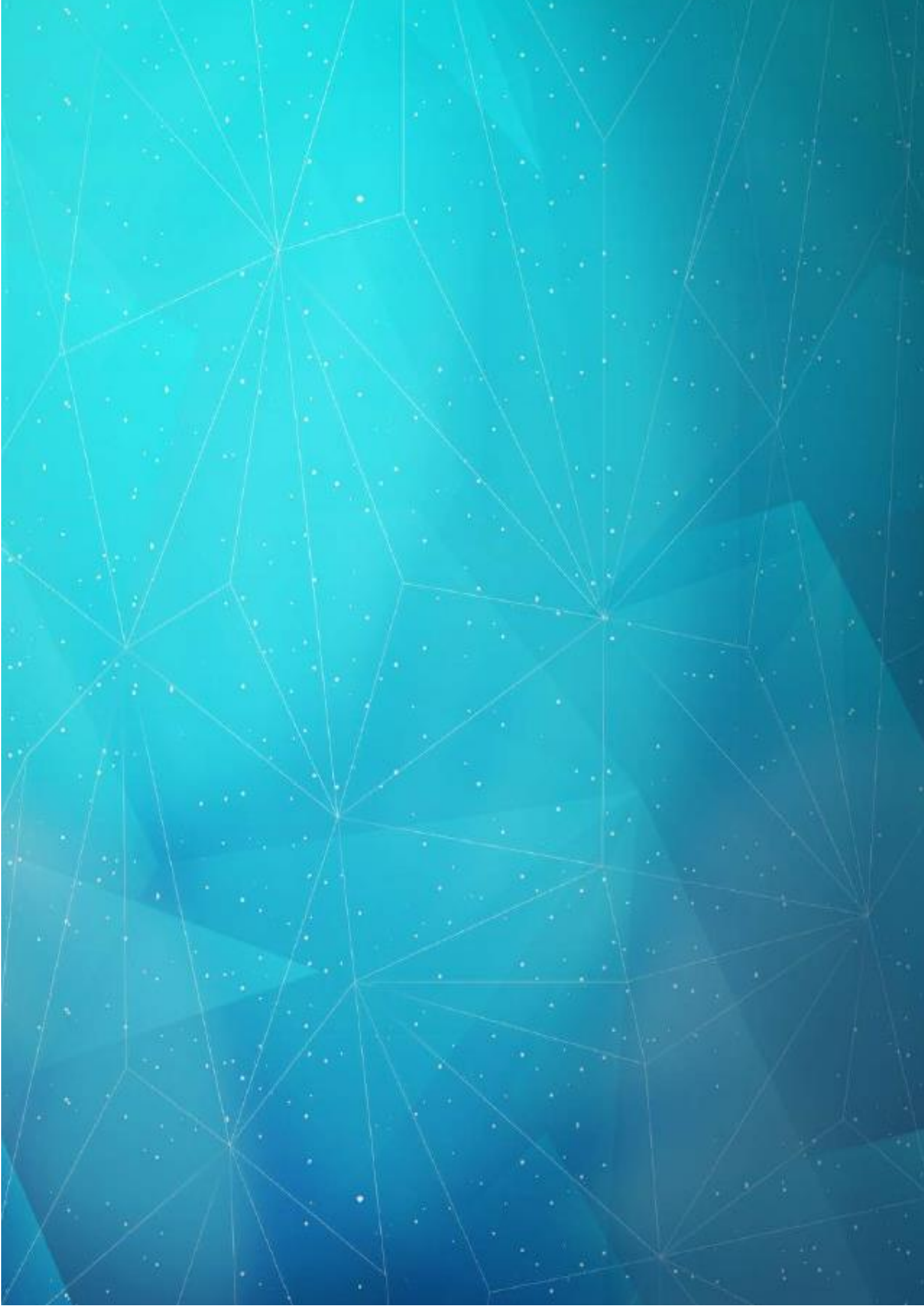
Para modificar los datos personales asociados a su usuario de Chave365, debe emplear el formulario del procedimiento de modificación de los datos que constan en Chave365. Si quiere darse de baja del sistema, puede hacerlo a través del procedimiento de baja en Chave365.

La modificación de datos y la baja también se pueden realizar de manera presencial en los órganos o unidades administrativas de la Xunta de Galicia que realicen las funciones de registro de usuarios Chave365.

Dónde gestionar presencialmente Chave365

Consulte la relación de órganos o unidades administrativas de la Administración general y del sector público autonómico de Galicia que realizan las funciones de registro de usuarios de Chave365.

https://sede.xunta.gal/tramites-e-servizos/chave365?langId=es_ES



8. REINTEGRO DE GASTOS Y PRESTACIONES SANITARIAS

8.1. PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA AMBULATORIA/ TRAMITACIÓN POR REINTEGRO DE GASTOS

Preciso información sobre el procedimiento para el reintegro de gastos de la prestación ortoprotésica ambulatoria: qué pasos tengo que seguir, las condiciones, qué modelos cubrir y dónde entregarlos

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Prestaci%C3%B3n-ortoprot%C3%A9sica-ambulatoria>

La Prestación ortoprotésica ambulatoria consiste en la utilización de productos sanitarios no implantables, que tienen como finalidad sustituir total o parcialmente una estructura corporal o bien modificar, corregir o facilitar su función.

La prestación ortoprotésica incluye las siguientes prestaciones:

- . Las prótesis ortopédicas permanentes o temporales (prótesis externas) y su oportuna renovación.
- . Los vehículos para personas con discapacidad.

No están incluidas en la prestación ortoprotésica ambulatoria las prótesis quirúrgicas fijas.

Esta prestación será facilitada por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente fijen las administraciones sanitarias competentes.

La prescripción será realizada por los facultativos especialistas y/o por los médicos de atención primaria. La prescripción se ajustará a lo establecido en el catálogo autorizado por la Administración sanitaria, y su prestación seguirá el procedimiento regulado también por la Administración sanitaria.

Tramitación por reintegro de gastos

- . Documentación a presentar por la persona usuaria
- . Impresos de solicitud
- . Búsqueda de establecimientos sanitarios adheridos al acuerdo de dispensación de material ortoprotésico

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Prestaci%C3%B3n-ortoprot%C3%A9sica-ambulatoria?idioma=es>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Tramitaci%C3%B3n-reintegro-gastos>

Documentación que debe presentar la persona usuaria

- . Solicitud del reintegro de gasto firmada por la persona usuaria o su representante legal (en este caso deberá presentar la documentación justificativa de la representación), en la que conste el NIF del/a receptor/a de la prestación y los datos identificativos de la cuenta bancaria.
- . Justificante de la prescripción realizada por el/la facultativo/a especialista del Servicio Gallego de Salud (hoja de prescripción).
- . Copia de la ficha técnica del producto dispensado por el establecimiento sanitario.
- . Factura original de la adquisición del material ortoprotésico en la que conste de forma expresa y clara el producto dispensado, el código que le corresponde según el catálogo, el importe abonado y la fecha efectiva de adquisición.
- . Documento de cesión de crédito (endoso), si es el caso.
- . Copia del informe médico para recambio, si es el caso.
- . Copia del protocolo de prescripción, si es el caso.

- . En el caso de prescripción de caja de control de silla eléctrica o mando para silla eléctrica: ficha técnica del producto prescrito y ficha técnica de la correspondiente silla eléctrica.
- . Copia de la resolución de la Comisión Central para la Regulación y Seguimiento de la Prestación Ortoprotésica en los supuestos en que sea necesaria su autorización previa a la prescripción del producto.

Documentación para el procedimiento de autorización previa de reparación:

- . Copia de la hoja de prescripción.
- . Presupuesto de la reparación.

Documentación para el procedimiento de autorización previa de mejora:

- . Copia de la hoja de prescripción.
- . Ficha técnica del producto prescrito.
- . Ficha técnica del producto solicitado.

Instrucción 4/2013 por la que se desarrolla la Orden de 28 de mayo de 2013 de regulación de la prestación ortoprotésica de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Enlace de acceso a la instrucción:

http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/179/Instrucion%204_13.pdf

8.2. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS

¿El Sergas proporciona sillas de ruedas sencillas a una pensionista para facilitar los desplazamientos tanto en el domicilio como fuera de él? De ser así, ¿qué trámites hay que realizar?

Tanto el médico de Atención primaria, como el médico especialista, pueden prescribir una silla de ruedas convencional. Así se recoge en la Orden de 28 de mayo de 2013 por la que se regula la prestación ortoprotésica en la Comunidad Autónoma de Galicia. No es preciso tener reconocido el grado de discapacidad para que se pueda prescribir la silla de ruedas.

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Orde-28-maio-2013>

8.3. TRANSPORTE SANITARIO

Si tengo que desplazarme desde mi pueblo hasta el Hospital para recibir tratamiento oncológico y no tengo posibilidad de hacerlo por mis medios, ¿cómo puedo solucionarlo?

http://www.xunta.es/dog/Publicados/2015/20150414/AnuncioC3K1-080415-0001_gl.html

La prestación de transporte sanitario quedó definitivamente establecida en la Ley 8/2008, del 10 de julio, de salud de Galicia, como una garantía para todos los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria.

El Decreto 52/2015, del 5 de marzo, por el que se regula el transporte sanitario establece en su artículo 2º:

“Para los efectos de este decreto, tendrá la consideración de transporte sanitario el transporte especial de personas accidentadas o enfermas cuando concurra una situación de urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud de la gente afectada, o cuando exista una imposibilidad física u otras causas clínicas que impidan o incapaciten para la utilización de transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio después de recibir atención sanitaria”.

El transporte deberá ser accesible a las personas con discapacidad.

La indicación de transporte sanitario no urgente obedecerá únicamente a causas médicas que hagan imposible el desplazamiento del paciente por sus medios o en transporte público.

La solicitud o indicación de transporte sanitario corresponde únicamente al facultativo responsable de la atención al paciente y/o a la inspección de servicios sanitarios.

Las indicaciones para el transporte sanitario en general son:

- a) Imposibilidad física: incapacidad permanente, evolutiva o autolimitada por un proceso agudo. El paciente precisa ayuda de otra persona para desplazarse y realizar las actividades de locomoción que le imposibilitan para la utilización de transporte ordinario. Se incluyen aquellas minusvalías o discapacidades de la movilidad y locomoción con restricciones al ámbito de la vivienda, de la habitación, cama-sillón o restricción total de la movilidad.

- b) Enfermedades neurológicas (vasculares, tumorales o degenerativas) que produzcan hemiplejía, paraplejía, tetraplejía y paresia de miembros inferiores que requieran ayuda de otra persona para desplazarse o la utilización de silla de ruedas.
- c) Enfermedades músculo-esqueléticas inflamatorias, degenerativas o tumorales que provoquen dificultad para la movilización, precisando a otra persona para desplazarse o la utilización de silla de ruedas.
- d) Deficiencias intelectuales, alteraciones psiquiátricas, psicológicas, del pensamiento, de la memoria, del aprendizaje y del lenguaje, que en condiciones normales no incapacitan para la utilización del transporte ordinario, pero ante un proceso agudo el traslado en medios ordinarios se hace imposible.
- e) Traumatológicas: pacientes a tratamiento con inmovilizaciones de miembros inferiores y/o columna vertebral (yeso pelvipédico corto, unilateral o bilateral, halo cervical) o fijaciones externas que requieran la utilización de andador, carritos o sillas de ruedas para los desplazamientos, o que por sus características impidan el traslado en transporte ordinario.
- f) Patologías cardio-pulmonares importantes con restricciones de la movilidad al ámbito de la vivienda.
- g) Necesidades de oxígeno prescrito por especialista de 24 horas/día.
- h) Enfermedades infectocontagiosas que requieren aislamiento.
- i) Pacientes en situación terminal.

Los supuestos que NO se consideran incluidos dentro de la prestación de traslado sanitario son los siguientes:

- . Traslados de domicilio a domicilio.
- . Traslados de pacientes al centro de salud cuando la asistencia pueda prestarse en domicilio.
- . Los casos derivados de accidentes de tráfico o laborales en los que exista un tercero responsable de los gastos derivados de dichos accidentes. Este servicio deberá ser facilitado por la entidad responsable que, en el caso de delegar ésta en el sistema público, deberá hacerse obligatoriamente cargo del pago.

8.4. SOLICITUD DE AYUDAS AL DESPLAZAMIENTO

Tengo que comenzar un tratamiento oncológico en A Coruña, enviado por el Sergas y soy de la provincia de Lugo. Si me desplazo por mis medios ¿tengo derecho a que me devuelvan algo de los gastos?

<https://www.sergas.gal/Asistencia-sanitaria/Desprazamentos?idioma=es>

https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/95/Orden_8_febrero_cas.pdf

Tendrán derecho a la compensación de estos gastos las personas usuarias que dispongan de tarjeta sanitaria en vigor emitida por el Servicio Gallego de Salud, que tengan autorizado el desplazamiento a otro centro sanitario con fines asistenciales por criterio médico.

Asimismo, las ayudas podrán ser reconocidas a una sola persona acompañante en los siguientes casos:

- a) Pacientes menores de dieciocho años.
- b) Pacientes mayores de edad que dispongan de medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y toma de decisiones.
- c) Pacientes con un grado de discapacidad reconocida igual o superior al 65%.
- d) Pacientes no incluidos/as en las letras anteriores, que se encuentren en una situación clínica que requiera realizar el desplazamiento con persona acompañante, necesidad esta que deberá ser indicada por el personal facultativo asistencial.

A los efectos de la compensación de gastos prevista en esta orden de la persona acompañante, se entenderá como origen el domicilio habitual del paciente.

Requisitos para tener derecho a la compensación y supuestos

1. La necesidad del desplazamiento, así como sus condiciones, será indicada por el/la médico/a del Sistema Público de Salud de Galicia responsable del paciente, o autorizada por el órgano competente en materia de Asistencia Sanitaria en el caso de la segunda opinión.

2. El/la paciente podrá solicitar la compensación de los gastos en el siguientes supuestos:

a) Los gastos por desplazamientos que se produzcan por diagnóstico o tratamiento dentro del área Sanitaria, cuando tengan su causa en:

Tratamientos de diálisis, rehabilitación, quimioterapia, radioterapia y otros tratamientos para el cáncer.

Otros tipos de tratamientos que precisen realizar un número igual o superior a 8 asistencias en períodos de 30 días.

b) Los gastos por desplazamiento, mantenimiento y alojamiento que se produzcan por diagnóstico o tratamiento fuera del área Sanitaria, de la Comunidad Autónoma o fuera del territorio nacional, en los siguientes casos:

Para diagnóstico, confirmación de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad rara, entendiendo por tal aquella cuya prevalencia es inferior a 5 casos por cada 10.000 personas en la Unión Europea.

Para el ejercicio del derecho a una segunda opinión médica.

Para recibir algún tipo de tratamiento que no se realice en el hospital de origen.

Deberán contar necesariamente con la previa autorización de la Gerencia del referido área sanitaria o del órgano competente en materia de Asistencia Sanitaria, de ser el caso.

No se compensarán los gastos de desplazamientos, alojamiento y mantenimiento en los siguientes casos:

a) Los desplazamientos que se realicen con origen y destino dentro del mismo municipio.

b) Los desplazamientos no autorizados que se efectúen por iniciativa de la persona interesada, caso en el que los costes serán a su exclusivo cargo.

Forma, lugar y plazo de presentación de la solicitud

1. La solicitud se presentará preferiblemente por vía electrónica a través del formulario normalizado (ANEXO I) disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia, <https://sede.xunta.gal>.

Opcionalmente, se podrá presentar presencialmente en cualquiera de los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común.

Para la presentación electrónica se podrá emplear cualquiera de los mecanismos de identificación y firma admitidos por la sede electrónica de la xunta de Galicia, incluyendo el sistema de usuario y clave chave365 (<https://sede.xunta.gal/chave365>).

En el caso de fallecimiento de la persona titular de la ayuda, podrá presentar la solicitud la persona que acredite, según corresponda, el derecho a la ayuda o el reintegro.

2. El plazo de presentación de solicitudes será de un año a contar desde la fecha del desplazamiento, y se dirigirá a la gerencia del área sanitaria de referencia del/de la paciente.

Documentación a presentar

- Solicitud de reintegro de gastos en modelo normalizado (código de procedimiento: SA462D-C.pdf), firmada por el usuario o su representante legal debidamente acreditado, de ser el caso.
- Justificante original de estancia en el centro sanitario indicando los días de ingreso o consulta.
- El centro sanitario de destino deberá acreditar la condición de persona acompañante mediante informe justificativo especificando la fecha.
- Facturas o documentos acreditativos que justifiquen debidamente el pago de los gastos del desplazamiento en el caso de realizarse en transporte público, del/de la paciente y, en su caso, de la persona acompañante, tras recibir la asistencia sanitaria.
- Facturas o documentos acreditativos que justifiquen debidamente el pago de los gastos de alojamiento y mantenimiento de el/la paciente y, en su caso, del acompañante.
- Certificado de discapacidad emitido por una Comunidad Autónoma distinta de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Otros documentos acreditativos que sean requeridos para esclarecer los hechos expuestos en la solicitud.

En una única solicitud se podrá incorporar la documentación relativa a diferentes viajes que cumplan el plazo de presentación.

No será necesario aportar los documentos que ya fueron presentados anteriormente por la persona interesada, de conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común, o que consten en poder de la Administración actuante excepto que la persona interesada se oponga a su consulta.

Plazo de presentación

El plazo de presentación de solicitudes será de un año a contar desde la fecha del desplazamiento, y se dirigirá a la gerencia del área sanitaria de referencia del/de la paciente.

Sistema de pago

Los abonos los hará efectivos el área sanitaria competente para resolver, mediante transferencia bancaria a la cuenta reseñada en la solicitud del reintegro de gastos.

8.5. SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

De manera imprevista me puse de parto con siete meses de embarazo; aconteció todo tan rápido que las asistencias urgentes decidieron llevarme a un centro privado porque no daba tiempo a llegar al hospital público más próximo. ¿Puedo solicitar que me reembolsen el importe de los gastos?

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Objeto>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documentaci%C3%B3n-que-hai-que-presentar-para-reintegro-de-gastos-?idioma=es>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Reintegro-gastos-asistencia-sanitaria-modelo-solicitud>

Únicamente se prevé el reembolso de los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria fuera del Sistema Nacional de Salud en aquellos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

En este supuesto, se comprobarán las circunstancias en las que se produjo la urgencia y la imposibilidad real de acudir a un centro del servicio público de salud, que se deberán justificar documentalmente, de ser posible, en el informe del reintegro de gastos.

Documentación solicitud de reintegros de gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos

- Exposición detallada de los hechos y circunstancias que motivaron la reclamación.
- Facturas originales justificativas de los gastos, y demás documentación de interés para esclarecer los hechos expuestos en la solicitud.

La documentación complementaria podrá presentarse electrónicamente utilizando cualquier procedimiento de copia digitalizada del documento original. En este caso, las copias digitalizadas presentadas garantizarán la fidelidad con el original bajo la responsabilidad de la persona solicitante.

La Administración podrá requerir la exhibición del documento original para el cotejo de la copia electrónica presentada según lo dispuesto en Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, y en la Ley 4/2019, de 17 de julio, de administración digital de Galicia.

Siempre que se realice la presentación de documentos separadamente del formulario principal, la persona interesada deberá mencionar el código y el órgano responsable del procedimiento, el número de expediente y el número o código único de registro.

- Fotocopia de la tarjeta sanitaria.
- Fotocopia del DNI.
- Informe médico que justifique la asistencia recibida.
- Certificación bancaria con el número de cuenta completa, titular del derecho y NIF.

Presentación de Solicitudes

Las solicitudes deberán presentarse preferiblemente por vía electrónica a través del formulario normalizado disponible en la sed electrónica de la Xunta de Galicia <https://sede.xunta.es>

Para la presentación de las solicitudes será necesario el documento nacional de identidad electrónico o cualquiera de los certificados electrónicos reconocidos por la sede de la Xunta de Galicia.

Alternativamente, también se podrán presentar las solicitudes en soporte papel por cualquiera de los medios establecidos en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, utilizando el formulario normalizado disponible en la sed electrónica de la Xunta de Galicia.

8.6. SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS PARA ABSORBENTES EN LA INCONTINENCIA URINARIA INFANTIL

Tengo un niño de 5 años con autismo, todavía usa pañal y según el Real Decreto Ley 16/2012 tenemos derecho al reintegro de gastos de los pañales. ¿Vale el tique de cualquier supermercado o tiene que ser específicamente de farmacia? ¿A mayores tengo que presentar factura?

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Produtos-farmac%C3%A9uticos?idioma=es>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Instrucci%C3%B3n-0012013,-do-9-de-abril,-de-xesti%C3%B3n-do-reintegro-de-gastos-de-medicamentos,-produtos-sanitarios-e-dietoter%C3%A1picos>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Medicamentos,-produtos-sanitarios-e-produtos-dietoter%C3%A1picos-relacionados-no-Anexo-I-da-Instrucci%C3%B3n-0012013>

En la instrucción 1/13 "Gestión de reintegro de gastos de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos" del Servicio Gallego de Salud, se establece que puede solicitarse un reintegro de gastos para absorbentes para la incontinencia urinaria infantil, a partir de los cuatro años para pacientes con problemas físicos y/o psíquicos severos cuando no exista posibilidad de utilización de los disponibles en la financiación por el tamaño del absorbente.

Al tener los absorbentes de orina una aportación normal, podría solicitar un reintegro de gastos por la cuantía que supondría resultante de descontar al precio del absorbente la correspondiente aportación que le correspondería aportar al usuario en función de su calificación de tipos de aportación realizada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Las solicitudes de reintegro de gastos podrán ser presentadas en el centro de salud que le corresponda al usuario y, de no ser posible, en otro centro de Salud.

La persona solicitante deberá adjuntar los siguientes documentos que motiven su solicitud de reintegro de gastos:

a) Informe médico emitido por un facultativo del Servicio Gallego de Salud en el que se justifique la necesidad de utilización por el usuario del producto para el cual se solicita el reintegro de gastos y en el que consten los siguientes datos mínimos obligatorios:

- Identificación del médico prescriptor.
- Identificación del paciente/perceptor de la prestación.
- Proceso patológico e indicación terapéutica que justifica la prescripción del producto.
- Denominación del producto, dosis y frecuencia de administración.
- Duración del tratamiento, si procede.

b) Tique-factura originales (recibo) del establecimiento expendedor, sea oficina de farmacia u otro tipo de establecimiento, justificativos de la compra efectuada que reflejen claramente el/los producto/s dispensado/s o adquirido/s, así como la fecha efectiva de la adquisición.

c) Deberá aportarse también, cuando proceda, el certificado del INSS relativo a la situación del usuario y/o toda la documentación que se estime necesaria a los efectos de la solicitud presentada.

8.7. FACTURACIÓN POR EMPRESAS PROVEEDORAS DE CENTROS SANITARIOS DEL SERGAS - MODO DE PRESENTACIÓN

Somos empresa proveedora de un hospital del Sergas. Recibimos una circular informando que las facturas deben ser presentadas en los registros administrativos de la gerencia del Área Sanitaria. ¿Se pueden presentar las facturas en otros registros administrativos?

<http://www.sergas.es/Colectivos?idcat=11058>

https://factura.conselleriadeconomia.es/eFactura_web/

<http://www.minhap.gob.es/es-ES/Servicios/Paginas/Facturaelectronica.aspx>

La norma que regula la presentación de facturas desde el día 01/01/2014 es la Ley 25/2013, de 27 de diciembre, de impulso de la factura electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público.

Según esta norma los proveedores de cualquier administración pública, están obligados a presentar las facturas en un registro administrativo, o bien utilizando cualquier método de los que establece la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.



9. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

9.1. SOLICITUD DE TARJETA DE DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Dispone de toda la información relacionada con la donación de órganos y tejidos en la siguiente dirección de internet, en la página web del Sergas:

<http://www.sergas.es/Colectivos?idcat=11046&idcatgrupo=11007&idioma=es>

<https://extranet.sergas.es/DOAZN/Doazons/Solicitudetarjeta.aspx?Idioma=es>

<http://www.sergas.es/Doazon-e-Transplantes/Doaz%C3%B3n-Preguntas-Frecuentes>

9.2. ¿QUÉ SIGNIFICA SER DONANTE?

La única alternativa que tienen muchas personas para seguir viviendo es que otras donen una parte de su cuerpo. Así, los enfermos podrán salvar su vida y/o recuperar la salud. Decidir ser donante significa estar dispuesto a realizar un acto de altruismo y solidaridad.

9.3. ¿QUÉ ÓRGANOS Y TEJIDOS SE PUEDEN DONAR?

Los órganos que se pueden donar son: los riñones, el hígado, el páncreas, el corazón, los pulmones y el intestino.

Los tejidos que se pueden donar son: las córneas, la piel, el hueso y los cartílagos y tendones, los vasos sanguíneos (arterias y venas), las válvulas cardíacas, la sangre y los progenitores hematopoyéticos (de la médula ósea, de la sangre periférica y de la sangre de cordón umbilical) y la membrana amniótica de la placenta.

También existe la opción de la donación total del cuerpo. Las facultades de medicina necesitan cuerpos para estudiar la anatomía humana o el desarrollo de determinadas enfermedades. Esta investigación es muy importante para salvar vidas. Si desea donar su cuerpo, debe ponerse en contacto con la Facultad de Medicina, con el Departamento de Anatomía Humana (881 812 301, de 8 a 15 h, en días laborables).

9.4. ¿SE PUEDE DONAR ALGÚN ÓRGANO O TEJIDO MIENTRAS SE ESTÁ VIVO?

Sí. Los donantes vivos son aquellos que donan un órgano doble, como el riñón, una parte del hígado, páncreas o pulmón; o un tejido, como la sangre, la médula ósea y el cordón umbilical.

En el caso de la donación de un órgano en vida, los trasplantados son casi siempre familiares directos de los donantes (padres, hermanos, hijos, etc.).

El riñón, a diferencia de los otros órganos (corazón, pulmones, páncreas), se puede obtener de donantes vivos y sanos, porque tenemos dos y se puede vivir igual con un riñón que con dos riñones. La extracción de uno de los dos riñones que posee un ser humano, como el resto de las intervenciones quirúrgicas, tiene un riesgo muy bajo.

La sangre que transfundimos procede siempre de ciudadanos vivos y sanos que, voluntariamente y de forma periódica, se someten a la donación.

Para donar un órgano en vida hay que ser mayor de edad y gozar de buena salud física y mental. La legislación española garantiza que se cumplan todos los derechos tanto del donante como del receptor y que sea voluntaria, gratuita y altruista. Además la ley estipula que la donación tiene que ser revisada por un comité de ética y que el donante siempre tiene que ratificarse de su decisión en el Registro Civil

9.5. ¿QUÉ ES LA MEDULA ÓSEA?

La médula ósea es el tejido esponjoso localizado en el interior de los huesos planos (pelvis, esternón..) que está encargado de producir y contener los progenitores hematopoyéticos, las células madre de todas las células de la sangre. El crecimiento incontrolado o el mal funcionamiento de alguna de ellas origina diversas enfermedades (leucemias, inmunodeficiencias e insuficiencias medulares, entre otras).

El trasplante de progenitores hematopoyéticos permite la curación de estas enfermedades al sustituir las células defectuosas por otras normales, procedentes de un donante sano. El trasplante sólo puede realizarse si existe un donante sano que posea un elevado grado de compatibilidad con el paciente, como el que se da entre hermanos que hayan heredado los mismos antígenos de histocompatibilidad. Pero aproximadamente el 70% de los pacientes que requieren un trasplante no disponen de un familiar compatible y sólo podrán ser curados si se

localiza un donante no familiar en los registros internacionales que contienen millones de potenciales donantes voluntarios altruistas. En España el registro se llama REDMO. Una tercera alternativa es el empleo de los progenitores de la sangre de placenta y cordón umbilical que normalmente se desecha.

9.6. ¿QUIÉN PUEDE SER DONANTE DE MEDULA ÓSEA?

Toda persona sana que lo desee, con edad comprendida entre 18 y 55 años, puede ingresar en el REDMO a través del Centro de Donantes más próximo. Que llegue a donar o no lo decidirá si es compatible con alguno de los muchos pacientes que, en todo el mundo, están ahora y estarán en el futuro en el proceso de búsqueda de donante de progenitores hematopoyéticos no emparentado.

Existen dos procedimientos para donar progenitores hematopoyéticos: uno por punción a través de las crestas ilíacas posteriores y otro mediante una máquina, que se realizarían en el hospital de referencia más próximo al donante. Son procedimientos seguros en los que se adoptan las medidas de anestesia o analgesia adecuadas. Las molestias que puedan ocasionar casi siempre se ven compensadas por la satisfacción de saber que se está dando una segunda oportunidad al paciente.

9.7. ¿DÓNDE PUEDO HACERME DONANTE DE MEDULA ÓSEA?

En Galicia el centro de referencia de donantes de médula ósea es la Axencia de Doazón de Organos e Sangue (ADOS). Se puede conseguir información inicial en sus 10 Unidades móviles, repartidas a diario por toda la geografía gallega, en sus 7 puntos de donación de sangre, situados en los siguientes hospitales: Complejo Hospitalario da Coruña, Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol, Hospital Lucus Augusti de Lugo, Complejo Hospitalario de Ourense, Hospital Provincial de Pontevedra, Hospital Nicolás Peña de Vigo y en las instalaciones del propio Centro de Transfusión de Galicia en el Campus Universitario Sur de Santiago de Compostela (Avda. Monte da Condesa, s/n, 15706). Las personas interesadas pueden también llamar al número de atención al donante (**900 100 828**), desde donde recibirán documentación oficial y explicaciones detalladas. Más información en:

<http://ctg.sergas.es/>

<http://www.fcarreras.org/es/>

<http://www.ont.es/informacion/paginas/>

9.8. ¿DE DÓNDE PROCEDEN LOS ÓRGANOS Y LOS TEJIDOS QUE SE TRASPLANTAN?

La mayoría de los órganos que se trasplantan en España y en Europa proceden de cadáveres humanos y una pequeña parte de donantes vivos.

Los tejidos que se trasplantan también proceden, en su mayoría, de cadáveres humanos: la totalidad de las córneas y huesos y la mayoría de los trasplantes de piel, vasculares y de válvulas.

9.9. ¿QUIÉN PUEDE SER DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS TRAS SU FALLECIMIENTO?

Pueden ser donantes de órganos y tejidos tras su fallecimiento todas las personas que lo deseen. Cualquier persona puede hacerse donante, cubriendo la tarjeta de donante y comunicándoles su deseo a sus familiares. En el momento de la muerte, los equipos médicos evaluarán y decidirán si los órganos son aptos o no para el trasplante.

9.10. ¿POR QUÉ NO PUEDEN SER DONANTES DE ÓRGANOS LA MAYORÍA DE LOS FALLECIDOS?

Para poder ser donante de órganos hay que fallecer generalmente en un hospital, habitualmente en una unidad de cuidados intensivos. Es necesario que la muerte sea debida a lesiones cerebrales irreversibles y que se cumplan los criterios legales de muerte cerebral que, como ya explicaremos, son muy estrictos, o bien por un paro cardíaco no recuperable. Con estos requisitos sólo pueden ser donantes de órganos entre el 1 y el 2% de todos los fallecidos en un hospital.

Además, no se debe padecer ninguna enfermedad transmisible (infecciones graves de difícil tratamiento y cáncer) que les pudiera suponer un riesgo a los posibles receptores de sus órganos y tejidos.

También se realiza la entrevista con las familias, para conocer la opinión del fallecido y solicitar formalmente la donación.

Y en aquellos casos de fallecimiento por causas no naturales (accidente de tráfico, suicidios, agresiones, etc.) es precisa una autorización judicial.

9.11. ¿QUÉ ES LA MUERTE CEREBRAL?

La muerte es un hecho único e irreversible al que se puede llegar de dos maneras: por cese irreversible de la función cardiorrespiratoria (corazón y pulmón) o por cese irreversible de la función cerebral (muerte del cerebro).

La muerte cerebral es un diagnóstico de fallecimiento médico y legalmente reconocido que se produce cuando se detiene la circulación sanguínea del cerebro durante un período extenso de tiempo. Sin oxígeno, el cerebro comienza a morir y se produce un cese irreversible de todas sus funciones. En estos casos, los órganos pueden funcionar durante un tiempo si la persona fallecida está conectada a un respirador artificial y medicada para mantener el ritmo cardíaco. No obstante, la función del corazón y del pulmón cesan si se desconecta el respirador y si suprime la medicación. También cesarán al cabo de horas o días aun con el respirador y la medicación puestos por falta de estímulo cerebral. La declaración de muerte cerebral tiene que ser dictaminada por tres médicos diferentes que examinan al paciente por separado.

9.12. ¿QUIÉN DIAGNOSTICA LA MUERTE CEREBRAL?

Los criterios para determinar la muerte cerebral son muy estrictos médica y legalmente. La Ley española de trasplantes exige que la muerte cerebral de una persona sea diagnosticada por tres médicos que tienen que ser distintos a los que van a participar en la extracción o en el trasplante: han de ser dos médicos del equipo que atiende el enfermo (Unidad de Cuidados Intensivos) y un neurólogo o neurocirujano.

Comprueban la ausencia de respuesta cerebral a distintos estímulos y realizan pruebas confirmatorias de la destrucción completa del cerebro.

A partir del diagnóstico de muerte cerebral, se les comunica a los familiares el fallecimiento y se les pregunta acerca de la donación de órganos del fallecido.

9.13. ¿LA MUERTE CEREBRAL TIENE ALGO QUE VER CON EL COMA?

Es completamente diferente del coma vegetativo. Hay muchas personas que pueden permanecer en coma muchos años y quizás nunca recuperen el conocimiento, pero presentan algún tipo de actividad cerebral y hasta pueden ser capaces de respirar por sus propios medios.

No obstante, la persona en muerte cerebral no presenta ninguna actividad cerebral y no respira cuando se le retira al respirador, porque está muerta.

9.14. ¿QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO PRESUNTO?

La legislación española establece que todo ciudadano español que en vida no manifestara su oposición a la donación de órganos y tejidos será donante a su fallecimiento si fuera válido para eso. A esto se le llama consentimiento presunto. No obstante, la práctica en España, desde siempre, obedece a un consentimiento informado; es decir, solicitud formal de la donación a la familia del fallecido.

9.15. ¿QUÉ PASA SI MI FAMILIA SE OPONE A LA DONACIÓN?

La familia no autoriza ni deniega, sino que se supone que tiene conocimiento de la última voluntad del fallecido y la pone de manifiesto.

En general aunque el fallecido posea el carné de donante, si la familia se opone, la donación no se hará efectiva, puesto que el carnet de donante no es un documento legal a diferencia de las voluntades anticipadas o instrucciones previas.

Las instrucciones previas es un documento legal en el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre aquellas actuaciones médicas que quiere o no recibir, y sobre el destino del cuerpo, órganos y tejidos con el fin de que ésta sea respetada y cumplida en el momento en que por determinadas circunstancias no pueda expresarla personalmente.

Existe en nuestra Comunidad un Registro Gallego de Instrucciones Previas (REGAIP) donde se recogen todas las instrucciones previas. Para mas información puede consultar la página web del SERGAS (web del Sergas).

9.16. ¿LE AYUDA A LA FAMILIA CONOCER LA OPINIÓN SOBRE LA DONACIÓN DEL FALLECIDO?

Este es un tema trascendental, porque en algunas ocasiones los familiares de los fallecidos no tienen conocimiento de la opinión en vida de este sobre la donación y por ese motivo tienen dificultades para tomar la decisión.

El desconocimiento por los familiares de los deseos del fallecido sobre la donación es el principal argumento de las negativas familiares. Es muy importante que nuestras personas más queridas y acercadas conozcan nuestro deseo de donar, ya que los médicos la consultarán siempre, porque las familias suelen cumplir la voluntad de la persona fallecida, si la conocen.

9.17. ¿QUÉ OCURRE SI CAMBIO DE OPINIÓN SOBRE LA DONACIÓN?

Si usted cambia de opinión, rompa la tarjeta de donante y comuníquese a su familia.

9.18. ¿PODRÍA EXCLUIR DE LA DONACIÓN ALGÚN ÓRGANO O TEJIDO CONCRETO?

Sí. Usted puede especificar qué órganos y tejidos desea donar y cuáles no, en la seguridad de que se cumplirán sus deseos

9.19. ¿CAMBIARÁ LA ACTITUD DE LOS MÉDICOS A LA HORA DE ATENDERME EN UN MOMENTO CRÍTICO SI SABEN QUE SOY DONANTE?

Esta circunstancia es imposible, los médicos trabajan siempre intentando salvar la vida de los enfermos.

A partir del fallecimiento de una persona, los coordinadores y médicos de trasplante tratan de salvar la vida de otros enfermos que no tienen otra posibilidad de curación.

9.20. ¿QUÉ CAMBIOS PROVOCA LA DONACIÓN EN EL ASPECTO EXTERNO DE LA PERSONA FALLECIDA?

No repercute para nada en el aspecto externo. La extracción de órganos y tejidos es una operación quirúrgica. Se realiza en quirófano por un equipo de especialistas. Una vez acabada la intervención, se suturan los cortes realizados como en cualquier otro tipo de intervención, se lava el cuerpo y se envuelve en un sudario. Siempre con el máximo respeto al cuerpo del fallecido.

9.21. ¿LA DONACIÓN INTERFIERE EN EL FUNERAL O EN EL ENTIERRO?

De ninguna manera. La hora oficial de la muerte es la misma, hubiera o no donación. La familia puede disponer del cuerpo de lo fallecido en las mismas condiciones que si no fuera donante. El funeral y el entierro o incineración pueden llevarse a cabo sin problemas ni atraso, en cualquier ciudad de España o del extranjero.

9.22. ¿QUÉ PIENSAN LAS RELIGIONES SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS?

La mayoría de las religiones se manifestaron a favor de la donación de órganos. Las religiones cristianas, islámicas, judías e hindúes son partidarias de la donación.

La iglesia católica expresó de forma clara y contundente que la donación de órganos es el acto supremo de caridad, generosidad y amor que una persona puede hacer por otra. Existen numerosas declaraciones de los papas y de los obispos católicos a favor de la donación. Los últimos papas, en diferentes encíclicas y en otros documentos, animan a todos los católicos a que se expresen en vida a favor de la donación. Obispos y sacerdotes predicán en sus diócesis

y parroquias la necesidad de la donación de órganos para salvar vidas o evitar sufrimientos en personas con graves problemas de salud.

Anglicanos y protestantes no formulan ningún problema y abogan porque cada persona decida en conciencia ser donante o no.

Entre los evangélicos no cabe ningún perjuicio religioso frente a la donación.

La religión judía es favorable a la donación de órganos y la religión musulmana tampoco pone ningún obstáculo a la donación.

Las testigos de Jehová, que manifiestan con rotundidad su oposición a las transfusiones de sangre, no tienen, por el contrario, ninguna oposición a la donación de órganos, ni tampoco hacia el trasplante, siempre que se les asegure que no van a recibir durante la operación ninguna transfusión. En el momento actual, esta condición puede asumirse perfectamente en una mayoría de trasplantes de riñón.

9.23.¿QUÉ LEGISLACIÓN REGULA LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE?

En España la legislación sobre donación y trasplante comprende la Ley 30/79, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.

El Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos regula todas las actividades relacionadas con la utilización de tejidos humanos..

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-26445&p=20110802&tn=6>
<http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/05/pdfs/BOE-A-2014-7065.pdf>

9.24.¿PUEDE CONOCER LA FAMILIA DE UN DONANTE EL NOMBRE DE LOS ENFERMOS TRASPLANTADOS O UN TRASPLANTADO EL NOMBRE DE SU DONANTE?

No. La Ley española de trasplantes exige el anonimato en la donación, de manera que los médicos no les pueden decir los familiares de un donante a quien se le realizó el trasplante, ni un enfermo trasplantado quien fue el donante.

9.25. ¿POR QUÉ DEBERÍA HACERME DONANTE?

Los avances en medicina permiten que los trasplantes sean un tratamiento más. El mayor problema en este momento es obtener lo suficiente número de órganos y tejidos para trasplantar a todos los enfermos que lo necesita, porque aún hay enfermos que mueren esperando un órgano. Todas las ayudas son necesarias para resolver la escasez de órganos.

La mejor manera para asegurar que exista mayor número de órganos y tejidos utilizables es hacerse donante y animar otros a hacerse.

9.26. ¿QUÉ ES LA TARJETA DE DONANTE?

Es un documento que se solicita y formaliza en vida. En él se declara la voluntad de que se proceda a la donación de y tejidos tras la muerte. No obstante, lo más importante es que su familia conozca su deseo de ser donante, ya que los médicos siempre la van a consultar y podrán refrendar esa voluntad de donación expresada formalmente tiempo atrás.

9.27. ¿DÓNDE SE CONSIGUE UNA TARJETA DE DONANTE?

Puede conseguirse en diferentes sitios. Siempre es gratuita y tenerla no implica un compromiso definitivo. Puede anularse, siempre que el titular lo desee. Se expide en instituciones públicas (consejerías de salud, coordinaciones de trasplante autonómicas y hospitalarias, centros de salud, organización nacional de trasplantes, etc.) o privadas (asociaciones de enfermos renales, de trasplantados de hígado, corazón, pulmón, etc.).

9.28. ¿EXISTE ALGUNA VENTAJA PARA LOS DONANTES?

No, no existe ninguna ventaja material. La legislación española establece que toda donación debe ser voluntaria, gratuita, sin ánimo de lucro y anónima y no se puede obtener compensación económica no de ningún otro tipo. La mayor compensación es la satisfacción de saber que se tiene la posibilidad de ayudar a otras personas.

9.29. ¿CÓMO PUEDO HACERME DONANTE?

Cubra con sus datos un folleto de donación de órganos y tejidos y envíelo por correo, sin necesidad de sello. También se puede hacer por teléfono o por internet (www.sergas.es).

<http://www.sergas.es/Colectivos?idcat=11046&idcatgrupo=11007&idioma=es>

<https://extranet.sergas.es/DOAZN/Doazons/Solicitudetarjeta.aspx?Idioma=es>

<http://www.sergas.es/Doazon-e-Transplantes/Doaz%C3%B3n-Preguntas-Frecuentes>

Si tiene alguna duda o desea más información, no dude en llamar al teléfono 881 542 863 (Oficina de Coordinación de Trasplantes de Galicia, Santiago de Compostela).



10. SALUD LABORAL

10.1. SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE INCAPACIDADES LABORALES / MUTUAS DE TRABAJO

Estoy de baja laboral. Quisiera saber si puedo viajar hasta la casa de mis padres en otra ciudad, sin problema, o si tengo que pedir autorización a mi doctora de cabecera.

Si usted desea solicitar información sobre aspectos relacionados con las bajas laborales, incapacidades temporales, u otro tipo de cuestiones relacionadas con las incapacidades, puede hacerlo poniéndose en contacto con las unidades de salud laboral de las diferentes inspecciones médicas.

Puede consultar las direcciones y teléfonos en la siguiente dirección de internet, en la página web del Sergas:

<https://www.sergas.es/bucen/listado-inspecciones-medicas?idioma=es>

Normativa:

Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.

<http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/21/pdfs/BOE-A-2014-7684.pdf>

Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el R.D. 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.

<http://boe.es/boe/dias/2015/06/20/pdfs/BOE-A-2015-6839.pdf>

Puede obtener más información sobre la incapacidad temporal consultando la web de la Seguridad Social:

http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenGeneral/Gestionycontrol/28376#28376

<http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/FAQ/48581/48945>



11. INFORMACIÓN/MISCELÁNEA

11.1.PROGRAMA DE VIGILANCIA SANITARIA DE LAS PLAYAS DE GALICIA

¿Dónde puedo consultar la clasificación sanitaria anual de las zonas de baño en Galicia?

Si usted desea conocer cuál es el estado sanitario de las playas gallegas puede hacerlo consultando la página web del Sergas a través de la siguiente dirección:

<https://www.sergas.es/Saude-publica/Praias?idioma=es>

11.2.INFORMACIÓN SOBRE LOS CERTIFICADOS DIGITALES

¿Qué es un Certificado Digital y qué garantía ofrece?

¿Cómo obtener un Certificado Digital?

Un certificado digital es un conjunto de datos que permiten la identificación de su titular, intercambiar información con otras personas y entidades, de manera segura, y firmar electrónicamente los datos que se envían de tal forma que se pueda comprobar su integridad y procedencia.

O El Certificado Digital garantiza:

- . La autenticidad de las personas y entidades que intervienen en el intercambio de información.
- . Confidencialidad: que solo el emisor y el receptor vean la información.
- . La integridad de la información intercambiada, asegurando que no se produce ninguna manipulación.
- . El no repudio, que garantiza al titular del certificado que nadie más que él puede generar una firma vinculada a su certificado y le imposibilita a negar su titularidad en los mensajes que haya firmado.

Las gestiones para la obtención de un certificado digital deben realizarse ante una Autoridad de Certificación, reconocida oficialmente. En las páginas de las Entidades Certificadoras, se puede obtener amplia información del funcionamiento de los distintos certificados, así como de su proceso de obtención.

<http://www.cert.fnmt.es/web/ceres/home>

<http://www.dnielectronico.es/PortalDNIe/>

¿Qué significa revocar un certificado?

¿Cómo utilizo mi Dni electrónico?

Revocar un certificado es anular su validez antes de la fecha de caducidad que consta en el mismo. La revocación puede ser solicitada por el usuario en cualquier momento y, en especial, cuando el titular crea que la seguridad de su clave privada haya podido ser comprometida.

Para realizar la certificación de la identidad mediante un DNI electrónico es necesario utilizar un lector de tarjetas inteligentes.

Encontrará más información en la página web: www.dnielectronico.es



12. SOLICITUD DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

Mi padre tiene impedimentos para desarrollar algunas actividades de la vida cotidiana y además confluyen otros factores de tipo social, económico, etc. ¿Cómo podría informarme de si cumple los requisitos para solicitar una ayuda de dependencia?

A través de la siguiente dirección de internet puede acceder al “Manual Práctico con las 101 dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia”.

<http://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/ManualPractico101dudasLeyDependencia.pdf>

En la siguiente dirección puede acceder al Portal Mayores y Dependencia de la Consellería de Política Social, dónde encontrará un área específica dedicada a la Dependencia:

<https://politicasocial.xunta.gal/es/temas/mayores-y-dependencia>

<https://politicasocial.xunta.gal/es/temas/discapacidad>

<https://politicasocial.xunta.gal/es>

<https://www.xunta.gal/politica-social>

Normativa estatal:

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Normativa autonómica:

ORDEN del 3 de abril de 2017 por la que se modifica la ORDEN de 25 de noviembre de 2015 por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2017/20170417/AnuncioG0425-070417-0004_es.html

DECRETO 142/2023, de 21 de septiembre, por el que se regulan el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2023/20231108/AnuncioG0657-301023-0005_es.html

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE en ° 299 del 15/12/2006), modificada por la normativa posterior da respuesta, entre otras, a las siguientes cuestiones:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

12.1.¿CUÁL ES SU OBJETO?

Regular el procedimiento para la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y el procedimiento para la elaboración del **Programa Individual de Atención** en el que se reconocen las prestaciones económicas y/o servicios concedidos, así como determinar los órganos técnicos competentes para la valoración y asesoramiento de la dependencia y la coordinación de estos así como su composición y funciones.

12.2.¿QUIÉNES SON LOS TITULARES DEL DERECHO?

1. Podrán solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia las personas con nacionalidad española que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
- b) Para las personas menores de tres años, encontrarse en situación de dependencia conforme a lo establecido en la disposición adicional decimotercera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.
- c) Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para las personas menores de cinco años el período de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.
- d) Residir en la Comunidad Autónoma de Galicia en la fecha de la presentación de la solicitud.

2. Las personas que carezcan de nacionalidad española se registrarán por lo establecido en la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales, convenios que se establezcan con el país de origen y, en su caso, legislación aplicable a las personas menores de edad.

3. Las personas solicitantes que, como consecuencia de su condición de emigrantes retornados, no cumplan el requisito del período de residencia en el territorio español, podrán acceder a los servicios y a las prestaciones económicas con igual contenido y extensión que las prestaciones reguladas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y en su posterior normativa de desarrollo.

12.3.¿QUÉ DOCUMENTACIÓN ACOMPAÑARÁ A LA SOLICITUD?

En la siguiente dirección de la Sede Electrónica de la Xunta de Galicia puede encontrar todos los formularios necesarios:

<https://sede.xunta.gal/detalle-procedemento?codtram=BS210A&ano=2012&numpub=1&lang=es>

- Solicitud normalizada.
- Fotocopia compulsada del DNI/NIE/Pasaporte del solicitante o cualquier otro documento acreditativo de su identidad, de conformidad con la normativa vigente, en el caso de que no se autorize su consulta.
- Cuando la persona solicitante sea uno menor de edad, copia compulsada del libro de familia, que incluya la hoja en la que aparezca el nombre del/a beneficiario/la, en el caso de no poseer DNI.
- Acreditación de la representación que se tiene de la persona solicitante, se es el caso, y copia compulsada del DNI/NIE del representante.

- Certificado de empadronamiento emitido por el ayuntamiento correspondiente que acredite la residencia en un municipio de la comunidad autónoma en el momento de presentar la solicitud, en el caso de que no se autorize su consulta. De la presentación de este documento están eximidas las personas que estén siendo atendidas dentro del sistema público de servicios sociales (residencias, centro de día, ayuda en el hogar) de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Certificado/s de empadronamiento emitido por los ayuntamientos correspondientes que acrediten la residencia de la persona solicitante en España durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de la presentación de la solicitud. Para el caso de menores de cinco años, certificado de empadronamiento que acredite la residencia de quien tenga su representación.
- En el caso de ser emigrante retornado y no cumplir el requisito del período de residencia, se acreditará esta circunstancia mediante certificado de emigrante retornado expedido en la Delegación del Gobierno correspondiente o mediante la correspondiente baja consular.
- Informe de condiciones de salud emitido por un profesional del Servicio Gallego de Salud, de otras administraciones públicas que traten habitualmente a la persona solicitante o de entidades concertadas o conveniadas con la Seguridad Social o regímenes especiales, conforme al modelo del anexo II.

Tendrá el carácter de informe de condiciones de salud complementario lo emitido por profesionales de entidades, asociaciones y corporaciones sin ánimo de lucro en el ámbito de la discapacidad, así como lo emitido por profesionales de entidades gestoras de servicios sociales de centros residenciales donde se encuentre el solicitante.

Estarán exentas de la presentación del informe sobre las condiciones de salud las personas solicitante de homologación que habían tenido reconocida la necesidad de ayuda de tercera persona, con una puntuación de 45 puntos o más, según el Real decreto 1971/1999, del 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

- Informe social, emitido por el/a trabajador/la social de los servicios sociales comunitarios del domicilio de la persona solicitante y, si es el caso, del/a trabajador/la social del sistema de salud o del/a trabajador/la social de los servicios sociales especializados, conforme al modelo del anexo III.
- Certificado de discapacidad con la puntuación de ayuda de tercera persona (ATP) cuando había sido emitido por otra comunidad autónoma, se es el caso.
- Resolución de grado y nivel, se es el caso, cuando sea emitido por otra comunidad autónoma.
- Manifestación de la persona solicitante o de su representante, conforme al punto en ° 10 y 11 del modelo anexo I de la solicitud, de su preferencia dentro del catálogo de servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

En el caso de solicitud de prestación económica para cuidados en el contorno familiar, certificado de empadronamiento del cuidador, declaración jurada del grado de parentesco que los une o tipo de relación si no es la filial, conforme al punto en ° 11 del modelo anexo I de la solicitud, y DNI/NIE u otro documento acreditativo de su identidad.

- Certificado de convivencia de la persona solicitante según padrón municipal.
- Declaración del impuesto de la renta de las personas físicas, certificado de toda clase de pensiones percibidas por la persona solicitante o declaración jurada de no percibirlas, junto con la autorización para la consulta y comprobación de sus datos económicos conforme al modelo anexo I de la solicitud, en cuyo caso el solicitante no estará obligado a presentar estos documentos.
- Declaración responsable acerca del patrimonio de la persona solicitante en la que se detalle el conjunto de sus titularidades de bienes y derechos de contenido económico, de manera que quede completamente acreditada su situación patrimonial, conforme al anexo IX.
- Copia compulsada, de ser el caso, del DNI/NIE o de otro documento acreditativo de su identidad, del cónyuge o pareja de hecho, ascendentes o hijos menores de 25 años o mayores en situación de discapacidad, que dependan económicamente del solicitante. Cuando existan menores de edad que dependan económicamente de la persona solicitante, copia compulsada del libro de familia en el caso de que estos no posean DNI.
- Declaración del impuesto de la renta de las personas físicas, certificado de toda clase de pensiones percibidas por el cónyuge o pareja de hecho, ascendentes o hijos/las menores de 25 años o mayores en situación de discapacidad, económicamente a cargo de la persona solicitante, o declaración jurada de no percibirlas, junto con la autorización para la consulta y comprobación de sus datos económicos conforme al modelo anexo I de la solicitud, en cuyo caso no estarán obligados a presentar estos documentos, y declaración responsable de su patrimonio, conforme al modelo anexo IX.
- El solicitante y las demás personas obligadas a presentar copia compulsada del DNI/NIE o de otro documento acreditativo de su identidad, señaladas en el artículo anterior, autorizarán expresamente al departamento territorial de la consejería competente en materia de servicios sociales a acceder a los datos del DNI por medios digitales, supuesto en que no será necesaria la presentación de copias de estos documentos en soporte papel.

12.4.¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON LAS CONDICIONES DE SALUD?

Completada la documentación, la jefatura territorial comunicará a la persona interesada el día, franja horaria y lugar en el que se realizará la valoración de la situación de dependencia.

Si en el momento de la citación existieran condiciones de salud objetivamente motivadas que impidan la aplicación de los baremos de valoración de la dependencia, se suspenderá la tramitación del expediente hasta que se den las circunstancias que posibiliten la valoración y así lo inste el interesado.

Los Órganos de Valoración y Asesoramiento de la Dependencia realizarán de oficio cuantas actuaciones resulten necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los

datos en virtud de los cuales deba dictarse resolución. Podrán solicitar o requerir los informes y/o pruebas complementarias o aclaratorias que consideren convenientes, cuando el contenido de los antecedentes que figuran en el procedimiento o las especiales circunstancias de la persona interesada así lo aconsejen.

Tenemos pues, que, el mencionado órgano de valoración, a la vista de un proceso agudo en el estado de salud del solicitante puede acordar la suspensión temporal de la tramitación del expediente (por ejemplo, en casos de personas que se puedan beneficiar de rehabilitación, hay que aguardar a que termine el proceso de recuperación).

<https://politicassocial.xunta.gal/es/temas/mayores-y-dependencia>

12.5.CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PRESTACIONES

Las personas dependientes tienen acceso al catálogo de prestación de atención a la dependencia de acuerdo con su grado de dependencia. Los servicios son prioritarios frente a las prestaciones económicas.

Servicios

El catálogo de servicios incluye:

- **Teleasistencia y geolocalización**

La teleasistencia da soporte a aquellas necesidades de ayuda y/o urgencia que puedan producirse, durante las 24 horas del día los 365 días del año, proporcionando seguridad a las personas que se benefician de este servicio al estar asegurada una intervención inmediata ante una situación de alarma.

La teleasistencia avanzada es aquella que incluye además de los servicios de teleasistencia básica, apoyos tecnológicos complementarios dentro o fuera del domicilio (teleasistencia móvil o geolocalización), desarrollando procesos y protocolos de actuación en función de la situación de necesidad detectada.

- **Ayuda en el hogar**

Actuaciones llevadas a cabo en el entorno de las personas relacionadas con la atención de carácter personal, que permitan a la persona usuaria la realización de las actividades básicas de la vida diaria, así como atenciones de carácter doméstico y del hogar con la finalidad de incrementar su autonomía personal y calidad de vida, posibilitando la permanencia en su domicilio.

- **Servicio de atención diurna**

Atención integral en un centro durante el período diurno a las personas en situación de dependencia con el objetivo de mejorar o mantener el nivel de autonomía personal, así como apoyar a sus familias o personas cuidadoras.

- **Servicio de atención nocturna**

Atención integral en un centro durante el período nocturno para dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia, así como apoyar a sus familias o personas cuidadoras.

- **Servicio de atención residencial**

Atención integral y continuada durante las 24 horas del día y en un centro residencial, de carácter personalizado, teniendo en cuenta la naturaleza de la situación de dependencia de cada persona y la intensidad de cuidados que precise.

Podrá tener carácter permanente cuando el centro sea la residencia habitual de la persona o temporal cuando se atiendan estancias temporales, vacaciones, fines de semana, enfermedades o períodos de respiro familiar de los cuidadores no profesionales.

Prestaciones económicas

Las prestaciones económicas denominadas libranzas son:

- ***Libranza para cuidados en el entorno familiar***

Prestación económica de carácter excepcional destinada a las personas en situación de dependencia, que son atendidas en su domicilio por un cuidador no profesional de su entorno.

La determinación de la cuantía para cada persona se efectuará en función del grado reconocido y de la capacidad económica de acuerdo con la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos múltiples (IPREM) que se fija anualmente, por lo que se podrá percibir íntegramente, si la capacidad económica es igual o menor que 1 IPREM, o se reducirá proporcionalmente si es superior. La cuantía dependerá, asimismo, de la dedicación horaria de los cuidados.

Las cuantías máximas de la libranza de cuidados en el entorno familiar se aprobarán anualmente mediante una Orden y se pueden consultar en el apartado "cuantías de las prestaciones económicas".

- ***Libranza de asistente personal***

Prestación económica destinada a facilitar la contratación, por la persona en situación de dependencia, de un asistente personal profesional que le preste apoyo para el acceso a la educación, al trabajo y a una vida más autónoma.

La determinación de la cuantía para cada persona se efectuará en función del grado y nivel reconocido y de la capacidad económica de acuerdo con la cuantía del IPREM que se fija anualmente, por lo que se podrá percibir íntegramente, si la capacidad económica es hasta 2,5 veces el IPREM, o se reducirá proporcionalmente si es superior. La cuantía dependerá, asimismo, de la dedicación horaria de los cuidados y nunca podrá ser superior al precio que se justifique como abonado por el servicio recibido.

Las cuantías máximas de la libranza de Asistencia Personal se aprobarán anualmente mediante una Orden y se podrán consultar en el apartado "cuantías de las prestaciones económicas".

- ***Libranza para la adquisición de un servicio***

Prestación económica destinada a facilitar el pago de un servicio de los anteriormente mencionados, cuando no sea posible prestarlo mediante la red pública de la Comunidad Autónoma de Galicia. La determinación de la cuantía para cada persona se efectuará en función del grado y nivel reconocido y de la capacidad económica de acuerdo con la cuantía del IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples) que se fija anualmente, por lo que se podrá percibir íntegramente, si la capacidad económica es igual o menor que 1 IPREM, o se reducirá proporcionalmente si es superior.

La cuantía dependerá, asimismo, de la dedicación horaria de los cuidados y nunca podrá ser superior al precio que se justifique como suscriptor por el servicio recibido. Las cuantías máximas de la libranza vinculada al servicio se aprobarán anualmente mediante una Orden y pueden consultarse en el "cuantías de las prestaciones económicas".

Otros servicios y recursos para la atención de la dependencia.
En Galicia el catálogo de servicios contempla además:

- **Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal.**

Servicio de ayuda al desplazamiento programado y no urgente para acercar a las personas con discapacidad y/o dependientes a programas, centros o servicios.

Cuando sea necesario, el correspondiente programa individual de atención hará constar las dificultades de movilidad de la persona en situación de dependencia y la imposibilidad de la

utilización de los medios de transporte habituales a los efectos de la prestación de un servicio complementario de transporte adaptado para la asistencia al centro.

El servicio de transporte adaptado podrá ser prestado por la entidad prestadora del servicio principal, o conforme a lo establecido y según los requisitos del Decreto 99/2014, de 24 de julio, por el que se regula el Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal para personas con discapacidad y/o personas en situación de dependencia.

- Dentro del ámbito del sistema de atención a la dependencia la Consellería de Política Social puso en marcha un **programa de formación no formal y apoyo a los cuidadores no profesionales** de personas en situación de dependencia con derecho reconocido "**Xuntos nos Coidados**".

En este momento ya está a disposición el manual básico de formación para las personas cuidadoras no profesionales, así como los módulos específicos dirigidos a cuidadores no profesionales de personas con enfermedad mental, de personas con demencia y de personas con enfermedades crónicas, de los que se puede disponer a través de la siguiente dirección:

<https://politicasocial.xunta.gal/es/recursos/publicaciones>

- En colaboración con la Consellería de Sanidad la instrumentación de un **apoyo continuo de atención telefónica a los cuidadores no profesionales** de personas en situación de dependencia a través del **teléfono 902 400 116** que tiene como objetivo prestar:

- información y soluciones a las situaciones sanitarias no urgentes.
- información sobre cuidados asistenciales.
- información sobre las características de las pruebas médicas.
- información sobre prevención y hábitos saludables.
- información sobre centros y servicios sanitarios.
- apoyo psicológico.

- **Existen, además, ayudas económicas destinadas a:**

- Adquisición y reparación de ayudas técnicas para la autonomía personal y productos de apoyo.
- Eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación funcional.
- Estas ayudas tienen carácter de subvención por lo que anualmente se publica una convocatoria a la que tienen acceso aquellas personas reconocidas en situación de dependencia.



13. DERECHOS DE LA CIUDADANÍA

13.1. DERECHO A MANIFESTAR LAS INSTRUCCIONES PREVIAS

Quisiera saber qué tengo que hacer para informarles de mis instrucciones previas. Vi que pueden incluir un documento con ellas pero desconozco si se trata de un formulario oficial, si lo tiene que cubrir un médico, si tiene que ser firmado ante notario, etc.

http://www.xunta.es/dog/Publicados/2014/20141229/AnuncioC3K1-191214-0001_es.html

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Instruci%C3%B3ns-previas?idioma=es>

<http://escolasaude.sergas.es/Contidos/Video-instrucci%C3%B3ns-previas>

Las Instrucciones Previas son los deseos que una persona manifiesta anticipadamente sobre el cuidado y tratamiento de su salud o el destino de su cuerpo, con el fin de que esa voluntad se cumpla en el momento en que esa persona se encuentre en determinadas situaciones clínicas en las que no tenga capacidad de expresar su voluntad personalmente.

Las Instrucciones Previas constarán siempre por escrito en un documento en el que la persona otorgante podrá designar un representante para que sirva de interlocutor con el médico o equipo sanitario para la procura de su cumplimiento.

En tanto la persona que otorgue un documento de instrucciones previas tenga capacidad y posibilidad de expresar su voluntad, ésta prevalece sobre lo manifestado en el documento.

Este documento supone un paso más en el reconocimiento del derecho de autonomía de los pacientes, permitiéndoles decidir sobre los cuidados y el tratamiento de la salud que desean recibir ante situaciones futuras.

¿QUÉ ES EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS?

Es el documento en que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad de recibir, o no, actuaciones médicas, con el fin de que ésta sea respetada y cumplida en el momento en que por determinadas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente.

¿QUIÉN LO PUEDE OTORGAR?

Cualquier persona mayor de edad que esté capacitada y actúe libremente.

¿SE PUEDE REVOCAR?

Se puede revocar o sustituir en cualquier momento.

Las instrucciones previas podrán modificarse, ampliarse, concretarse o dejarse sin efecto en cualquier momento por voluntad del otorgante, siempre que conserve su capacidad, dejando constancia expresa e indudable. En estos supuestos, el documento posterior revoca el anterior, salvo manifestación expresa contraria del otorgante.

Revocación del documento de instrucciones previas

Yo,, mayor de edad, con DNI/pasaporte, con capacidad para tomar una decisión de manera libre, dejo sin efecto el documento de instrucciones previas otorgado en con fecha, y registrado con el número

Lugar, fecha y firma del otorgante.

¿CUÁL DEBE SER SU CONTENIDO?

El documento deberá tener en todo o parte el siguiente contenido:

- **Instrucciones y opciones acerca de los cuidados y el tratamiento de la salud, cuando no pueda expresarla personalmente.**

En este apartado se pueden recoger aquellos tratamientos y/o cuidados que desea o no recibir en relación a situaciones clínicas específicas, como pueden ser enfermedades neurodegenerativas avanzadas, insuficiencia de órganos avanzada, cáncer diseminado y otras.

Entre los cuidados y tratamientos podemos relacionar los siguientes:

- Reanimación cardiopulmonar
- Soporte vital: Hidratación y alimentación artificiales. Ventilación artificial. Diálisis. Fármacos vasoactivos.
- Analgesia
- Sedación
- Transfusiones: Sangre completa. Derivados sanguíneos: plaquetas, plasma, albúmina
- Expansores plasmáticos
- Antibióticos
- Cuidados de confort

En caso de embarazo, puede recogerse expresamente el deseo de aplazamiento de las instrucciones previas hasta el término del mismo.

- **Instrucciones sobre el destino del cuerpo y de sus órganos, tras el fallecimiento.**

- **Donación:** Para ciertas enfermedades avanzadas, la única opción de que disponen los pacientes para poder seguir viviendo o mejorar ostensiblemente su calidad de vida, es el trasplante de un órgano o un tejido, como por ejemplo el corazón, el hígado, o una córnea.

Esto sólo puede realizarse tras el fallecimiento de una persona y que se constate que no existía oposición expresa por parte del fallecido a la donación o que existan unas instrucciones previas al respecto.

Es posible que usted se declare donante y que incluso tenga la tarjeta de donante, pero si quiere tener una mayor seguridad de que se tenga en cuenta su voluntad y de que se cumplan sus deseos, puede ponerlo de manifiesto en el documento de instrucciones previas.

Los órganos que se pueden donar son: los riñones, el hígado, el páncreas, el corazón, los pulmones y el intestino. Los tejidos que se pueden donar son: las córneas, la piel, el hueso, los cartílagos y tendones, los vasos sanguíneos (arterias y venas) y las válvulas cardíacas.

Encontrará más información sobre donación en la página web del Servicio Gallego de Salud (www.sergas.es).

- **Otros destinos:** La medicina requiere una constante investigación tanto para poder conocer el comportamiento de ciertas enfermedades, como para poder dar una completa formación a los futuros profesionales sanitarios. Por ello, también existe la opción de poder donar el cuerpo a la ciencia. Esta opción es absolutamente complementaria y compatible con la de donar los órganos y tejidos para trasplante.

- **En el documento también se podrán incluir criterios y valores personales:**

Dado que es imposible especificar todas las circunstancias que podrían darse, sería conveniente que se reflejen en el documento sus criterios y valores personales respecto de lo que usted considera una vida de calidad desde el punto de vista de la salud, qué entiende por una muerte digna, la importancia que da a la independencia física y/o psíquica, sus creencias morales y espirituales así como otros temas relacionados. El conocimiento de estos aspectos facilitará la toma de decisiones médicas.

- **También se podrá nombrar una persona representante** para que, llegado el caso, sirva como interlocutor con el médico o con el equipo sanitario que presta la asistencia para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

Es preciso señalar la utilidad de que el otorgante designe un representante con el que mantenga una gran comunicación y entendimiento, dada la importancia del papel que puede desempeñar en el futuro. Para ello debería elegirse una persona próxima y de confianza, que tomara parte del proceso de planificación de las instrucciones previas, conociera la voluntad del otorgante y estuviera de acuerdo con el ejercicio de la representación.

Esta persona representante podrá ser un menor de edad, no obstante, la eficacia de la designación quedará condicionada a que una vez llegada la situación en la que deban ser aplicadas las instrucciones previas, la persona representante sea mayor de edad y ostente plena capacidad de obrar.

El otorgante podrá también designar un sustituto del representante, que ejercerá las funciones de éste en caso de fallecimiento o incapacidad del representante designado.

¿CÓMO SE OTORGA?

El documento de Instrucciones Previas se formalizará por escrito mediante alguno de los siguientes procedimientos:

– **Ante tres testigos**

- mayores de edad
- al menos dos sin relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni estar vinculadas por matrimonio o análoga relación de afectividad ni por relación patrimonial con la persona otorgante.

– **Ante notario (sin necesidad de testigos)**

– **Ante el personal del Registro Gallego de Instrucciones Previas o de las unidades habilitadas**

Las instrucciones previas podrán modificarse, ampliarse, concretarse o dejarse sin efecto en cualquier momento por voluntad del otorgante, siempre que conserve su capacidad, dejando

constancia expresa e indudable. En estos supuestos, el documento posterior revoca el anterior, salvo manifestación expresa contraria del otorgante.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

Las instrucciones manifestadas en el documento van dirigidas al médico o al equipo sanitario que preste la asistencia a la persona otorgante, y únicamente tendrán eficacia cuando la misma se encuentre en una situación que no le permita expresar personalmente su voluntad.

¿QUÉ ES EL REGISTRO GALLEGO DE INSTRUCCIONES PREVIAS?

Es un registro dependiente de la Consellería de Sanidade.

Su finalidad es facilitar el conocimiento de la existencia del documento a los profesionales, así como la consulta de dicho documento llegada la situación en que sea necesario tenerlo en cuenta.

Estará interconectado con el Registro nacional (recoge las instrucciones previas inscritas en los distintos registros autonómicos).

En el Registro Gallego de Instrucciones Previas se inscribirán los documentos emitidos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia con la finalidad de facilitar el conocimiento de su existencia a los profesionales encargados de la asistencia sanitaria y el acceso y consulta por las personas autorizadas.

¿DÓNDE SE PRESENTA LA SOLICITUD?

La inscripción de un documento de instrucciones previas se hará a solicitud de la persona otorgante, cubriendo el modelo creado al efecto.

Este modelo está disponible en cualquiera de las unidades del Registro gallego de instrucciones previas.

También puede descargarse en el apartado “**Modelos**”, que aparece en la web del Sergas.

La solicitud deberá dirigirse a cualquiera de las unidades del Registro gallego de instrucciones previas.

También podrá presentarse en cualquier centro del Servicio Gallego de Salud desde donde se le dará traslado a la unidad del Registro que corresponda; o mediante alguno de los medios previstos en el artículo 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

REGISTRO GALLEGO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Secretaría General Técnica
Consellería de Sanidad
Edificio Administrativo San Lázaro, s/n
15703 Santiago de Compostela
Tfnos.: 881 548 673 / 881 540 078
regaip@sergas.es

UNIDADES HABILITADAS

Jefatura Territorial de Sanidad de A Coruña

Rúa Durán Loriga 3
15003 A Coruña
Tfno.: 981 155 800

Área Sanitaria de Ferrol

Unidad de Atención al Paciente
Hospital Arquitecto Marcide
Avda. de la Residencia s/n
15405 Ferrol
Tfnos.: 981 334 070 / 981 334 570 / 981 334 043

Área Sanitaria de Santiago de Compostela

Servicio de Atención al Paciente-Departamento de Trabajo Social
Hospital Clínico. La Choupana s/n
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 950 026

Hospital do Barbanza
Unidade de Traballo Social
Lg do Salmón – Oleiros
15960 Riveira
Tfnos.: 981 835 985 / 981 834 200

Jefatura Territorial de Sanidad de Lugo

C/ Montevideo 9, 1º
27001 Lugo

Tfnos.: 982 292 116 / 982 292 086

Jefatura Territorial de Sanidad de Ourense

Avda. de Zamora 13

32005 Ourense

Tfnos.: 988 066 320 / 988 066 317

Jefatura Territorial de Sanidad de Pontevedra

Edificio Administrativo de la Xunta de Galicia

Avda. de Fernández Ladreda 43

36003 Pontevedra

Tfno.: 986 885 334

Edificio Administrativo de la Xunta de Galicia

Rúa Concepción Arenal 8

Edificio Torre (2º andar)

36201 Vigo

Tfno.: 986 817 240

Área sanitaria de Vigo

Hospital Meixoeiro

Departamento de Asistencia Social

Rúa do Meixoeiro s/n

36200 Vigo

Tfno.: 986 811 111

Hospital Álvaro Cunqueiro

Departamento de Asistencia Social

Avenida Clara Campoamor 341

36312 Babio – Beade

Tfno.: 986 825 255

¿QUÉ DOCUMENTOS SE NECESITAN?

La solicitud irá acompañada en sobre cerrado de la siguiente documentación:

En el caso de haber sido formalizado ante testigos:

- Documento original firmado por el interesado y 3 testigos.
- Declaración responsable de al menos 2 de los 3 testigos: no tener relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni estar vinculadas por matrimonio o análoga relación de afectividad ni por relación patrimonial con la persona otorgante.
- Copias de los DNI/pasaportes: Otorgante y testigos.

En el caso de haber sido formalizado ante notario:

- Copia auténtica del documento de instrucciones previas.
- Copia del DNI/pasaporte de la persona otorgante.

En el caso de haber sido formalizado ante el personal del Registro Gallego de Instrucciones Previas o unidades habilitadas se iniciarán los trámites para la inscripción correspondiente si la persona otorgante lo solicita.

Si hay un representante y, en su caso, un sustituto, deberá añadirse:

- Documento que acredite su designación.
- Copia del DNI/pasaporte.

Siempre y en cualquier caso es importante que el otorgante se quede con una copia del documento de instrucciones previas.

¿CUÁNDO Y CÓMO ACCEDEN AL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

1. En que circunstancias se debe acceder ao REGAIP ?

Llegada una situación en que el paciente no sea capaz de expresar personalmente su voluntad, el médico o el equipo sanitario que presta la asistencia deberán acceder al registro para comprobar la existencia o no de un documento de instrucciones previas.

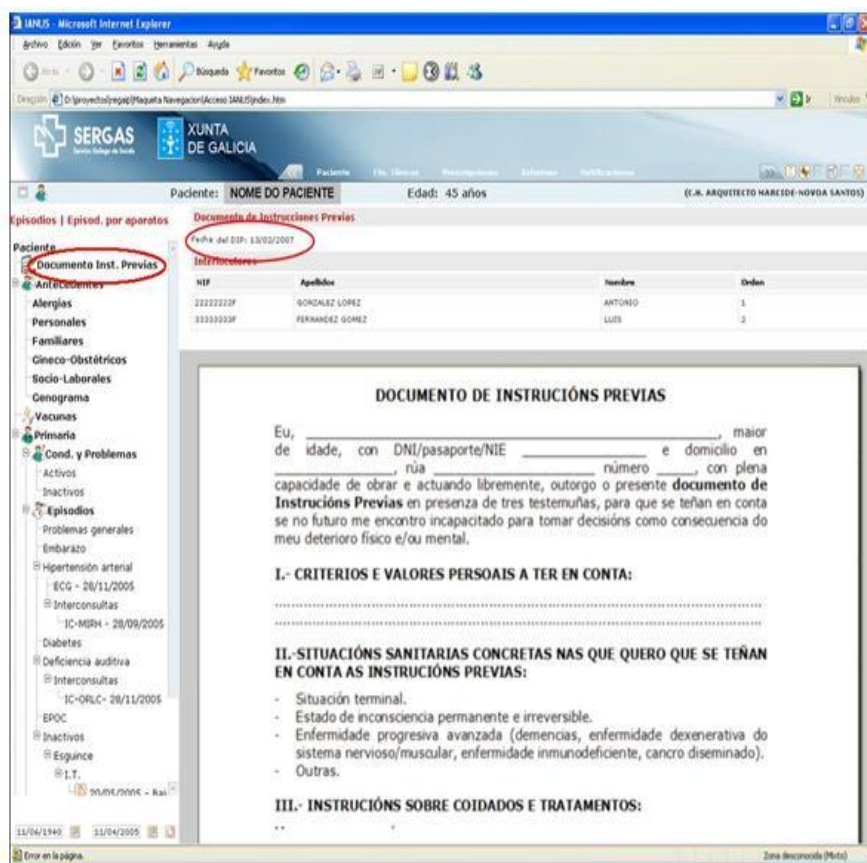
Sin perjuicio de que en la historia clínica exista copia del mismo, también deberá acceder al registro para verificar si fue inscrito un documento con una fecha posterior y, de ser el caso, conocer su contenido.

Asimismo, el médico podrá acceder al registro cuando sea autorizado por la persona otorgante.

2. ¿Cómo se accede al REGAIP ?

El acceso de los facultativos del Servicio Gallego de Salud al Registro gallego de instrucciones previas se hará a través de la historia clínica electrónica (IANUS). En el caso de que el paciente tenga inscrito un documento en el registro, se hará referencia a la existencia del mismo en la citada historia clínica electrónica tal y como se muestra en la imagen.

De no constar tal referencia, será preciso realizar una consulta al Registro nacional de instrucciones previas —a través de IANUS— para comprobar la existencia o no de un documento registrado en otra comunidad autónoma.



Para reconocer los pacientes que tienen un documento de instrucciones previas inscrito en el registro, desde las unidades de admisión y a través del Sistema de Información Hospitalaria de Galicia (SIHGA) se identificará con un aviso a aquellos que tengan un

documento de instrucciones previas registrado.

Cada hospital establecerá los circuitos necesarios para facilitar esta información a los servicios clínicos y a los facultativos responsables de los pacientes

urg11s1		URGENCIAS - DATOS DE LA ATENCION		14/02/2008	
NHC	:	2020147	NOME DO PACIENTE		
Pertenencia al Ambito	:	S	SI		
Fecha de Atencion	:	14/02/2008	Hora de Llegada	:	10:36
			Hora de la Atención	:	10:36
Tipo de Financiación	:	1	Seguridad Social		
Financiador	:	11	Seguridad Social Galicia		
Servicio	:	[AVISO]			
Motivo	:				
Procede	:	Existe Documento de Instrucciones Previas			
Centro/ Medico	:				
Tipo de Patología	:	1	Enfermedad comun		
P10	:	2	NO		
Faltan Datos	:	1	SI		
Tipo Documentación	:	4	Verbal		
Diagnóstico Ingreso	:				
[th]					

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Puede consultar el texto consolidado en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf>

En este manual hacemos referencia a la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia publicada recientemente, el 24 de marzo de 2021, que entrará en vigor el 25 de junio de 2021, a excepción de su artículo 17, con entrada en vigor al día siguiente al de su publicación.

El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas, define su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta ley.

13.2.DERECHO A LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO GALLEGO

Quisiera saber cómo puedo solicitar una segunda opinión médica fuera de Galicia, ya que a mi hija le han diagnosticado una enfermedad degenerativa e incapacitante y querría poder llevarla al centro de referencia nacional

http://www.xunta.es/dog/Publicados/2015/20150417/AnuncioC3K1-090415-0001_es.html

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Segunda-opini%C3%B3n-m%C3%A9dica-?idioma=es>

¿Qué es la segunda opinión médica?

Se entiende por "segunda opinión médica" el informe facultativo emitido como consecuencia de la solicitud realizada por el/la usuario/a del Sistema Sanitario Público Gallego, con la finalidad de contrastar un primer diagnóstico completo o propuesta terapéutica y facilitarle al/la paciente, si es el caso, mayor información para decidir entre las opciones clínicas disponibles.

¿Quién puede pedir la segunda opinión médica?

Todos los/las residentes en la Comunidad Autónoma de Galicia que dispongan de tarjeta sanitaria en vigor tienen este derecho.

Procesos con garantía de segunda opinión médica

Se puede solicitar una segunda opinión médica en los siguientes procesos:

- . Enfermedades neoplásicas malignas.
- . Enfermedades neurológicas y degenerativas invalidantes.
- . Confirmación de diagnóstico de "enfermedad rara" (aquella patología con riesgo de muerte o invalidez crónica y baja prevalencia, menor de 5 casos/10.000 habitantes, incluidas las de origen genético).

Asimismo, se podrá solicitar de nuevo una segunda opinión en el caso de recidivas tumorales malignas o de que aparezcan nuevos tratamientos para la curación o mejora de la calidad de vida de aquellas personas que padezcan una enfermedad incluida en los supuestos que permiten el ejercicio de este derecho.

El derecho a la segunda opinión médica sólo se podrá ejercer una vez en cada proceso asistencial, con la excepción del indicado para las recidivas tumorales y la propuesta de tratamiento de nueva aparición, y con el único objeto de contrastar un primer diagnóstico completo o indicación terapéutica y con la finalidad de facilitarlo al/a la paciente, o a quien el/la represente, una mayor información que afiance la seguridad de su decisión informada, consciente, participativa y autónoma, en el mantenimiento y cuidado de su salud y a efectos de prestarle una mejor asistencia sanitaria.

En el caso de pacientes mayores de 12 años y menores de 16 años de edad que sean capaces intelectual y emocionalmente, de comprender, el derecho podrá ejercerlo su representante legal, después de haber escuchado su opinión.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, y se trate de un caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del/de la facultativo/a, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Solicitud de la segunda opinión médica

La segunda opinión médica podrá solicitarla el/la paciente y, si éste/a no puede, las personas cualificadas para ello.

La solicitud se realizará por escrito cumplimentando el modelo existente al efecto, y se dirigirá a la gerencia del Área Sanitaria de la cual forme parte el centro hospitalario de referencia del/de la paciente.

El/la paciente podrá proponer un facultativo del Sistema Sanitario Público Gallego para que emita la segunda opinión médica.

Documentación a acompañar:

-Si el/la solicitante es el/la paciente, acompañará copia del DNI o pasaporte.

-Si el/la paciente es menor emancipado/a, acompañará copia compulsada del DNI y del documento acreditativo de la emancipación.

-Si el/la solicitante es una persona expresamente autorizada por el/la paciente, además de la firma de éste/a, acompañará copia compulsada de los DNI del/de la paciente y del/de la solicitante.

-Cuando el paciente estuviera incapacitado legalmente, el derecho corresponderá a su representante legal, acreditando de forma clara e inequívoca, en virtud de la correspondiente sentencia de incapacitación, que está legalmente habilitado para tomar decisiones que afecten a la persona incapacitada. Se aportará copia compulsada de la correspondiente sentencia de incapacitación.

-Cuando sea posible legalmente la sustitución de la autorización expresa del/de la paciente:

- . Si el/la solicitante es un familiar, acompañará certificado médico acreditativo de la imposibilidad del/de la paciente para formular por sí mismo/a la solicitud, y copia compulsada del DNI del/de la paciente y del/de la solicitante.
- . Si el/la solicitante es pareja o persona vinculada de hecho, acompañará certificado médico acreditativo de la imposibilidad del/de la paciente para formular por sí mismo/a la solicitud, declaración jurada o documento oficial que acredite su vinculación o relación de pareja, y copia compulsada del DNI del/de la paciente y del/de la solicitante.
- . Si el/la solicitante es representante legal del/de la paciente, acompañará copia compulsada del documento oficial acreditativo de la representación, y copia compulsada del DNI del/de la paciente y del/de la solicitante.
- . Informe médico que certifique el diagnóstico y/o propuesta terapéutica, en el caso de no existir informe clínico del diagnóstico y/o propuesta terapéutica en la propia historia clínica electrónica.

Resolución

En el caso de que la resolución sea favorable, la emisión de la segunda opinión deberá realizarse en el plazo de **quince días hábiles**, contados desde el día siguiente al de su emisión.

La resolución se notificará de forma inmediata al solicitante de la segunda opinión médica, a través del medio que indicara en su solicitud.

Este plazo se suspenderá durante el tiempo necesario para la realización de alguna prueba o exploración complementaria.

El informe de segunda opinión médica se comunicará personalmente al/a la interesado/a.

Transcurrido el plazo para resolver la solicitud de segunda opinión, sin que se emitiera la resolución, se entenderá que esta es favorable por silencio administrativo.

Contra la resolución, podrá presentarse **recurso de alzada** ante la persona titular de la Gerencia del Servicio Gallego de Salud **en el plazo de un mes**, contados desde el día siguiente al de la recepción de la notificación.

Cuando así se hubiera hecho constar en la solicitud, el centro en el que preste servicios el facultativo designado para emitir la segunda opinión médica, se pondrá en contacto con el/la paciente para concertar la cita de la consulta.

El plazo para la emisión de la segunda opinión médica será de **15 días hábiles**, contados a partir de la consulta o de la recepción de la documentación clínica.

Garantía de la segunda opinión médica

El/la paciente tendrá derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles (conforme a la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público Gallego).

La atención sanitaria tendrá lugar en el centro de origen si el diagnóstico es confirmatorio del primero.

En caso contrario, podrá optar por continuar siendo atendido en el centro de origen de acuerdo con el diagnóstico o propuesta terapéutica inicial, o bien en el centro que prestó la segunda opinión médica de acuerdo con esta.

La información sobre la legislación vigente y los modelos de solicitud puede encontrarlos en la siguiente dirección de la página web del Servicio Gallego de Salud:

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Segunda-opini%C3%B3n-m%C3%A9dica-?idioma=es>

13.3.LIBRE ELECCIÓN DE PERSONAL MÉDICO DE FAMILIA, PEDIATRA Y PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, Y DE CENTRO O COMPLEJO HOSPITALARIO POR UN PROBLEMA DE SALUD NUEVO, EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE GALICIA

¿Cómo puedo hacer el cambio de médico de cabecera?

¿Puedo tener el médico de cabecera en un ayuntamiento diferente al de residencia?

Voy a cambiar de vivienda en el mismo ayuntamiento y hay un centro de salud cerca, pero yo prefiero mantener mi médica de cabecera actual. ¿Es esto posible?

¿Se puede elegir pediatra, independientemente del médico de cabecera? ¿Incluso fuera del ayuntamiento en el que estás empadronado?

Tengo que someterme a una intervención quirúrgica por indicación de mi especialista. ¿Puedo elegir el hospital en el que deseo ser operado?

http://www.xunta.es/dog/Publicados/2015/20150420/AnuncioC3K1-100415-0001_es.pdf

<http://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria?idioma=es>

La libre elección de médico de familia, profesional de enfermería y pediatra, y de centro o complejo hospitalario para el abordaje de un problema de salud nuevo, es un derecho que se sustenta en los principios de libertad del paciente, equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias y participación de los ciudadanos, así como en la eficacia y transparencia del sistema sanitario.

Elección de profesionales sanitarios en atención primaria

- . Profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería y matrones/matronas de todos los centros de atención primaria del Servicio Gallego de Salud.
- . La elección de facultativo/a de atención primaria de un centro comporta la asignación del hospital de referencia, y no impide la elección de un hospital distinto para un problema de salud nuevo.

No están incluidos en la libre elección:

- . la atención de urgencia
- . la atención domiciliaria
- . el transporte sanitario programado
- . los servicios de apoyo de atención primaria, excepto la elección de matró/matrona

Es importante elegir a un facultativo con el que se mantenga una buena sintonía, en tanto que atenderá los problemas de salud comunes y, en términos generales, mantendrá una larga relación con los pacientes y con la comunidad a su cargo.

Si el profesional elegido tiene completo el cupo máximo de población, el solicitante deberá obtener la conformidad previa del facultativo seleccionado.

El sistema recomienda la elección de un profesional que trabaje en un centro de salud del ayuntamiento de residencia de la ciudadana o ciudadano, pero no limita esta elección. No obstante, los profesionales desarrollan sus actividades dentro de un ámbito geográfico concreto, por lo que resulta aconsejable que el médico de cabecera trabaje dentro del ámbito de nuestro domicilio.

Es importante consultar la pantalla de la web del Sergas donde salen los avisos a los ciudadanos/as sobre las implicaciones de la libre elección y si el cupo está cerrado:

<http://www.sergas.es/Tarxeta-sanitaria/Informaci%C3%B3n?idioma=es>

Es preciso que usted conozca una serie de cuestiones que pueden incidir en la forma en que se prestan determinados servicios. Estas son:

1. Al inicio del procedimiento de elección de profesionales sanitarios/as de atención primaria, usted recibirá información sobre los horarios de atención, las unidades de apoyo disponibles y las implicaciones que puede haber sobre la atención domiciliaria, atención continuada, transporte sanitario programado y otras prestaciones complementarias cuando no haya concordancia entre el domicilio y el ámbito territorial del cupo del profesional elegido o del hospital que le corresponde.
2. Con el objetivo de asegurar una atención integrada y la continuidad asistencial dentro del Área Sanitaria, la elección de médico de familia o pediatra conlleva la asignación tanto de los servicios de apoyo de la atención primaria como del hospital que le corresponde al cupo de los profesionales elegidos (la asignación de hospital no impide la elección de centro hospitalario distinto para la atención de un "problema de salud nuevo").

3. Cuando exista discordancia entre su domicilio y el ámbito territorial del hospital que le corresponda, no será posible solicitar transporte sanitario programado ni se podrá prestar la atención en régimen de hospitalización a domicilio.
4. De elegir un profesional sanitario de atención primaria que trabaja en un centro de salud de fuera de su ayuntamiento de residencia, la atención sanitaria domiciliaria no podrá ser proporcionada.
5. Para garantizar el trabajo en equipo en caso de que se opte por la libre elección de médico de familia o pediatra, el personal de enfermería deberá elegirse o ser asignado en la misma unidad de atención primaria, y viceversa, si se opta por elegir un enfermero/a el médico de familia o pediatra deberá pertenecer al plantel de la misma unidad de atención primaria.
6. Los gastos de desplazamiento derivados del ejercicio de la libre elección por los usuarios, no generarán ningún tipo de indemnización a cargo del Servicio Gallego de Salud.

Para más información puede llamar al teléfono de atención a la ciudadanía 981 569 540 en horario de 9 a 20 h, de lunes a viernes, excepto festivos.

Ejercicio del derecho a la libre elección

- . El derecho lo ejercerá cada usuario de forma individual.
- . En caso de menores de edad no emancipados o con declaración de incapacidad, el derecho les corresponderá a los padres, tutores o representantes legales.
- . La solicitud podrá realizarse en cualquier momento y sin necesidad de ninguna justificación.
- . La solicitud de centro o complejo hospitalario podrá formularse desde que el médico o pediatra derive al paciente a una consulta, prueba diagnóstica y/o terapéutica o para intervención quirúrgica por un **problema de salud nuevo**.
- . La elección del usuario podrá ser denegada mediante resolución motivada de la gerencia a que esté adscrito el centro de salud de elección, y se notificará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados desde la fecha de presentación de la solicitud.

En el caso de que no recaiga resolución expresa en el plazo establecido, la solicitud se entenderá estimada.

- . Una vez elegido y asignado el/a profesional sanitario/la, **para realizar una nueva elección deberán transcurrir un mínimo de seis (6) meses**. Esta circunstancia podrá

variarse cuando, a la vista de la solicitud del/de la paciente, la gerencia del Área Sanitaria considere que concurren circunstancias extraordinarias que lo aconsejen.

- . No será posible la elección simultánea de varios médicos/las de familia, pediatras o personal de enfermería de atención primaria.
- . **La libre elección de profesional de enfermería de atención primaria solo se podrá realizar en la misma unidad de atención primaria en la cual el/la paciente escogiera su médico/a**, con el fin de facilitar el seguimiento conjunto del/de la paciente por ambos/as profesionales así como la planificación y programación de las actividades que realizará la enfermería.
- . El/la profesional médico de familia o pediatra podrá rechazar nuevas asignaciones, o renunciar a prestar atención sanitaria a una persona usuaria concreta, siempre que la gerencia correspondiente o la Inspección de Servicios Sanitarios juzgue los motivos o razones alegados como convenientemente justificados.

Tal decisión no podrá implicar la desatención de la persona usuaria.

Criterios de asignación por el Servicio Gallego de Salud

Cuando el usuario no realice la elección, la gerencia correspondiente asignará a los profesionales teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- . Mantenimiento de las agrupaciones familiares o asimiladas.
- . Mantenimiento de distribuciones etarias de carácter homogéneo.
- . Centro de salud más próximo al domicilio del usuario.
- . De forma excepcional, aquellos criterios que se consideren para cada caso particular.
- . Para la asignación de centros hospitalarios, cuando el usuario no realice la libre elección o esta fuera rechazada, lo hará la gerencia conforme a los criterios de cercanía al domicilio y de planificación sanitaria.

La asignación deberá ser notificada a las personas usuarias **con un mes de antelación, como mínimo**.

Garantía de calidad asistencial

- . El Sergas establecerá el número adecuado de usuarios para cada médico de familia, pediatra y personal de enfermería. El usuario podrá solicitar información sobre el número de pacientes asignados al profesional sanitario elegido.
- . En general no se superará el número de usuarios establecido para cada profesional. De forma excepcional, se podrá, con la aceptación expresa del profesional sanitario elegido.
- . La libre elección por los usuarios no generará ningún tipo de indemnización a cargo del Sergas.

Elección de hospital para un proceso nuevo

- . Lo inicia el personal facultativo médico de atención primaria por petición del/de la paciente, cuando se trate de un problema de salud nuevo. Se dejará constancia en la historia clínica de la petición del paciente.

El problema de salud es nuevo cuando se trate de la primera presentación de este, o cuando la sintomatología actual no esté justificada por ninguno de los diagnósticos previos, o cuando el personal facultativo de atención primaria del Servicio Gallego de Salud, en el estudio de un proceso anterior, realice una sospecha diagnóstica o un diagnóstico confirmado, inexistente anteriormente, que precise de un abordaje diagnóstico o terapéutico concreto.

En cualquier caso, las indicaciones de intervenciones quirúrgicas tendrán la consideración de problema de salud nuevo.

La libre elección de centro/complejo hospitalario en el caso de intervención quirúrgica, se llevará a cabo en el propio hospital en que se realiza la indicación de la cirugía, a través de los correspondientes servicios de admisión.

- . La elección de hospital/derivación de la persona usuaria podrá ser aceptada o denegada mediante resolución motivada de la gerencia del área sanitaria a la cual esté adscrito el centro o complejo hospitalario de elección en un **plazo máximo de treinta (30) días naturales** desde la inclusión del paciente en el sistema.

En el caso de que no recaiga resolución expresa en el plazo establecido la solicitud se entenderá estimada.

- . Cuando haya discordancia entre el domicilio del/de la paciente y el ámbito territorial del centro elegido no procederá la solicitud de transporte sanitario programado.

- . No será posible la elección simultánea de más de un centro para el mismo proceso y problema de salud.
- . ***La libre elección de centro o complejo hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica debe realizarse previamente a la inclusión en el Registro de Pacientes en Espera de Galicia.***
- . El ejercicio del derecho de garantía de tiempos máximos prevalece sobre el derecho de libre elección, de manera que esta no podrá interferir en el pleno ejercicio del primero.



14. DEBERES DE LA CIUDADANÍA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE GALICIA

COOPERACIÓN CON EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE GALICIA

- Cumpliendo con las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
- Cooperando con las autoridades sanitarias en la protección de la salud y en la prevención de las enfermedades.
- Cumpliendo las normas y los procedimientos de uso y acceso a los derechos que se le otorguen a través de esta ley.

BUEN USO DE LOS RECURSOS

- Usando adecuadamente los recursos, los servicios y las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.
- **Comunicando al sistema sanitario, con la mayor brevedad posible, la no utilización por cualquiera causa de un servicio programado previamente:**

- ☐ **Intervención quirúrgica programada**
- ☐ **Prueba diagnóstica o terapéutica**
- ☐ **Consulta de atención primaria ou especializada**

NORMAS Y RESPETO AL PERSONAL

- Manteniendo el debido respeto al personal que presta sus servicios en el ámbito del Sistema Público de Salud de Galicia.
- Cuidando las instalaciones y colaborando en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- Manteniendo la debida observancia de las normas establecidas en cada centro.

DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

- Firmando los documentos de alta voluntaria cuando no desee la continuidad del tratamiento que se le dispensa. No obstante, el hecho de no aceptarla, no determinará el alta inmediata cuando existan otros tratamientos alternativos, de cura o paliativos, y el paciente desee recibirlos. En este último caso, tal situación deberá quedar debidamente documentada después de la información correspondiente.
- **Facilitando información veraz y manteniendo actualizados los datos de filiación, identificación** y del estado de salud que sean necesarios en su proceso asistencial o sean solicitados por razones de interés general debidamente motivadas.
- Aceptando el alta cuando finalice su proceso asistencial, cuando se compruebe que la situación clínica del paciente no mejoraría prolongando su estancia, o cuando la complejidad del proceso aconseje su traslado a un centro de referencia.

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Deberes?idioma=es>

<http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Os-dereitos,-deberes-garant%C3%ADas-Sistema-P%C3%BAblico-Sa%C3%BAdo-Galicia?idioma=es>

