



INSTRUCCIÓN 3/2019

DE: DIRECCIÓN GENERAL.

A: TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS.

Asunto:

PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN EN LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES Y CRITERIOS PARA LA CONFECCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

La atención sanitaria es un proceso complejo en el que participan múltiples agentes. Este proceso de atención implica la comunicación entre el colectivo de profesionales y el de pacientes, y genera procedimientos clínicos y trámites administrativos, sobre los que es necesario establecer pautas claras para determinar quién y cómo deben realizarse.

Osakidetza se encuentra configurada por Organizaciones Sanitarias Integradas, para cuyo funcionamiento es clave contar con una Historia Clínica Integrada y con circuitos de continuidad asistencial.

Por ello es conveniente recordar a los profesionales de todos los niveles asistenciales, su corresponsabilidad en el seguimiento del proceso asistencial así como la garantía de seguridad que el sistema debe proporcionar a los ciudadanos y pacientes.

El objetivo de esta instrucción es mejorar la calidad y la seguridad de la atención al colectivo de pacientes, procurando para ello una adecuada coordinación entre niveles asistenciales, en la que se pone en valor la importancia del Equipo de Atención Primaria como garante de la continuidad asistencial y del abordaje longitudinal de la atención a la salud de quienes sean pacientes.



Así con la presente Instrucción se pretende clarificar los documentos relativos a: Confección de Certificados Médicos; Prescripción farmacéutica; Interconsultas presenciales y no presenciales; Prescripción de transporte sanitario NO Urgente; Valoración de pruebas complementarias; Informes, y Altas de consulta y de hospitalización.

- I. Como primer objeto de la presente Instrucción, y por la importante carga de trabajo que se puede derivar de este concreto aspecto, conviene racionalizar la confección de Certificados Médicos que se demanden por la ciudadanía.

El artículo 22 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 3, bajo el epígrafe de definiciones legales, que *“a efectos de esta Ley se entiende por Certificado Médico: la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento”*; a lo que añade el artículo 22 de la misma norma que: *“Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Estos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria”*.

En este contexto entendemos, que por razones obvias esta certificación del estado de salud debe ser realizada en principio por el médico de Atención Primaria responsable del paciente.

La emisión de todo Certificado Médico debe ser lo más rigurosa posible, a la hora de realizar la actividad de verificación o comprobación sobre el estado de salud cuyo contenido se solicita sea reflejado en dicho documento.

La demanda de expedición de Certificados Médicos al colectivo de facultativos de Atención Primaria en Osakidetza por parte de la ciudadanía es algo que, sin ser novedoso, en estos últimos tiempos sí se ha ido incrementando, fruto de los crecientes requerimientos que realizan diferentes Administraciones Públicas e

instituciones, en particular, en el ámbito de la práctica deportiva federada o para la realización de actividades de especial riesgo.

La realización de Certificados Médicos siempre ha generado cierta desazón en el colectivo de facultativos de Atención Primaria, desazón que viene motivada por la inseguridad que, muchas veces, puede concurrir en el/la facultativo para efectivamente realizar la exposición del estado de salud de la persona paciente (sobre la que pueden no constar datos suficientes en la Historia Clínica o por la complejidad de acreditar por un/a facultativo de Atención Primaria circunstancias físicas que únicamente se pueden conocer mediante nuevas exploraciones específicas o mediante la práctica de pruebas diagnósticas complejas), amén de que también pueda generar una importante cantidad de visitas de pacientes que, pretendiendo una mera expedición de un Certificado Médico, sobrecargan un servicio de naturaleza eminentemente asistencial.

Es por tales motivos que, ya hace algún tiempo y ante las dudas que generaba la demanda de Certificados Médicos, se emitió un Informe por la Subdirección de Asesoría Jurídica de esta Dirección General, que concluyó en que el alcance que debía darse a la obligatoriedad de expedición del Certificado Médico sobre el estado de salud de la persona paciente únicamente llegaba al deber de certificar sobre aquellos extremos que ya constasen en su Historia Clínica y no, por tanto, sobre otras circunstancias no consignadas en dicha Historia Clínica. En ese mismo sentido, el Informe Jurídico concluyó la no obligatoriedad para el colectivo de facultativos de Atención Primaria, ni de otro nivel asistencial, de realizar reconocimientos médicos ex profeso o pruebas diagnósticas complejas para determinar la aptitud o idoneidad para practicar una actividad deportiva u otras actividades de riesgo ni la consiguiente emisión del Certificado Médico correspondiente en tales supuestos.

Es por todo ello que con esta Instrucción se pretende dejar claro a todo el colectivo de facultativos de Osakidetza que pueden rechazar, y de hecho se recomienda que así lo hagan, todas aquellas solicitudes de expedición de

Certificados Médicos que, a instancia de una persona paciente, versen sobre circunstancias desconocidas o de muy difícil comprobación por el/la facultativo actuante en ese momento en que se le demanda la confección del Certificado.

- II. Como segundo objeto de regulación, se ha de abordar la Prescripción farmacéutica.

La Seguridad en el uso de los medicamentos es especialmente relevante en las transiciones asistenciales. Los ingresos hospitalarios, los traslados entre unidades o servicios o las transferencias a otros ámbitos asistenciales son momentos propensos para que se produzcan errores en el manejo de la medicación de los pacientes.

Las indicaciones, cambios, duración del tratamiento y todos los aspectos relacionados con el mismo deben quedar adecuadamente reflejados por quien sea prescriptor/a o quien incorpore los cambios en la Historia Clínica de la persona paciente para que todo/a profesional que intervenga en su seguimiento pueda tener acceso a esa información.

- III. Como tercer objeto de específica regulación en esta Instrucción se encuentra la emisión de los documentos de Interconsultas Presenciales y No Presenciales, realizados, tanto en el ámbito médico como en el de enfermería.

Las interconsultas deben realizarse con las mayores garantías para la persona paciente, lo que supone que la información que se contenga en los documentos de solicitud y de respuesta, debe ser adecuada.

La visualización completa de la Historia Clínica por parte de ambos niveles asistenciales permite acceder, valga la redundancia, a toda la información contenida en la misma, razón por la que no se han de volcar datos de la Historia Clínica de forma exhaustiva en el documento de Interconsulta sino únicamente aquellos que verdaderamente se entiendan trascendentes con el motivo que

genera la interconsulta (aporta poco valor transcribir literalmente antecedentes, medicación que son actualmente accesibles en los diferentes apartados de Osabide Global).

Es importante centrar el esfuerzo en describir el problema de salud por el cual se realiza la consulta, tiempo de evolución, la exploración física y complementaria en las que se apoya, los resultados de aquellas otras pruebas relevantes a destacar así como los tratamientos previos, si los ha habido, y la sospecha diagnóstica.

La respuesta de todo/a profesional a quien se dirija la consulta debe ir ajustada a la impresión diagnóstica, propuesta de tratamiento y de seguimiento. En caso de seguimiento compartido (necesidad de consulta sucesiva), se entiende conveniente indicar el plazo para la nueva consulta y se realizará la tramitación administrativa de la cita desde ese nivel asistencial (y de las pruebas complementarias que fueran necesarias).

En caso de no ser necesario una consulta sucesiva, se entiende conveniente indicar el Alta explícita en el informe o evolutivo de respuesta a la interconsulta (indicando claramente, si es necesario, el tratamiento y plan de seguimiento por parte del emisor de la interconsulta), así como el cierre administrativo del episodio.

Por otra parte, y respecto a Interconsultas No Presenciales, cada vez es más frecuente la necesidad de intervención de diferentes especialidades hospitalarias entorno a un mismo episodio o proceso asistencial, por lo que es necesario ordenar estas interacciones.

La Interconsulta No Presencial permite una rápida comunicación para el intercambio de información, con la posibilidad de una rápida respuesta en un entorno seguro a través de la Historia Clínica Electrónica.

La Interconsulta No Presencial puede ser, en determinadas ocasiones, y de forma acordada, una alternativa o complemento a la interconsulta tradicional.

Recientemente se ha habilitado la posibilidad de realizar o gestionar una cita desde Atención Hospitalaria con el Médico de familia/Enfermera/Matrona responsable del paciente.

IV. Prescripción de Transporte Sanitario No Urgente.

Lo relacionado con el Transporte Sanitario No Urgente está regulado en la Instrucción de 20 de diciembre de 2017 de la Viceconsejería de Administración y Financiación Sanitarias.

No obstante lo anterior, de conformidad con dicha regulación y en aras a procurar la mayor clarificación de actuación del personal de Osakidetza, se considera conveniente realizar alguna precisión.

Informes y trámites administrativos.

Cada nivel asistencial realizará la gestión de todas las tareas administrativas inherentes al proceso asistencial atendido.

V. Valoración de pruebas diagnósticas solicitadas.

En la presente Instrucción, igualmente, se dan pautas de interpretación y valoración de las pruebas diagnósticas que se practiquen.

VI. Alta de consultas y Alta de hospitalización.

Se aprovecha la presente para dar ciertos criterios que se empleen cuando se emitan las referidas Altas.

En aplicación de todo lo anterior, se comunica al conjunto de las Organizaciones de Servicios la siguiente:

INSTRUCCIÓN

SECCIÓN I

Primera.- De la obligatoriedad de emisión de Certificados Médicos por el colectivo de facultativos de Osakidetza y de las condiciones que ha de reunir el Certificado.

1. El colectivo de facultativos de Osakidetza, fundamentalmente el de Atención Primaria principal receptor de la solicitud, estará obligado a expedir los Certificados Médicos que les puedan solicitar quienes sean sus pacientes, únicamente de conformidad con lo que sobre el estado de salud de la persona paciente solicitante aparezca ya recogido en su Historia Clínica y en los términos de la presente Instrucción.
2. La petición de confección de Certificado Médico podrá ser realizada por toda persona mayor de 16 años, no incapacitada legalmente, o por un representante que la misma designe, para lo cual se exigirá acreditar la condición de representante mediante sentencia judicial, poder notarial, o poder “apud acta” (el expedido ante empleado público, en el que representante y representado en persona acuerdan conferir la representación para poder solicitar el Certificado Médico y así expresamente lo manifiestan y rubrican, o mediante la aportación del documento en el que se confiera la representación y de las respectivas copias de los DNI de representante y representado).
3. El Certificado Médico tendrá una vigencia limitada y un carácter gratuito.
4. El Certificado Médico deberá ser redactado con letra clara y legible y en él deberán constar:

- Datos del/la facultativo actuante, con referencia al nº de Colegiado y al Centro de Salud donde presta sus servicios.
- Lugar y fecha real en que es redactado el documento.
- Cuerpo: identificación de la persona paciente y relato de la realidad médica de la misma, expuesta de un modo conciso, claro y concreto, omitiendo comentarios personales o valoraciones sobre la situación personal o familiar de la persona solicitante.
- Firma auténtica del/la facultativo.

Segunda.- No obligatoriedad de emisión de Certificados Médicos por el colectivo de facultativos de Osakidetza.

Cualquier petición de confección de un Certificado Médico que pueda implicar la previa realización de una nueva exploración clínica o la realización de pruebas diagnósticas complejas sobre la persona paciente podrá ser desestimada por el/la facultativo.

En consecuencia a lo anterior, los/as facultativos de Osakidetza no tendrán obligación de certificar aptitudes para prácticas deportivas o laborales, viajes u otras actividades que entrañen riesgo o presupongan capacidades no demostradas de la persona paciente, no pudiendo, tampoco, serles exigible la realización de exploraciones complementarias con el fin de objetivar esas aptitudes especiales.

En caso de que se pretenda la extensión de un certificado de esas características no derivadas de la mera lectura de la Historia Clínica, el/la facultativo podrá dirigir a la persona solicitante a otros profesionales, tales como: médicos especialistas en Medicina del Trabajo, médicos especialistas del Deporte, centros privados, centros de reconocimiento, etc.

SECCIÓN II

Tercera.- Obligatoriedad de anotación de toda prescripción farmacéutica en PRESBIDE.



Como principio general, todo el colectivo de profesionales con capacidad para realizar una prescripción farmacéutica, con independencia del nivel asistencial al que pertenezca, será responsable de incluir en PRESBIDE la nueva prescripción, actualización y/o modificación de tratamiento ya existente, indicando la fecha de finalización o la fecha conveniente para su potencial renovación o prórroga, asegurándose así mismo de que el paciente está informado y comprende el cambio en su pauta de medicación si la hubiera, facilitándole una nueva Hoja de Tratamiento activo.

Cuarta.- Definición de la Competencia general para efectuar la anotación en PRESBIDE.

1. Las revisiones periódicas y posibles prórrogas de la prescripción crónica, como norma general (excepto los medicamentos de Especial Control Médico-ECM), quedan en manos del/la médico de familia, realizado de forma colaborativo con el personal de enfermería y farmacéuticos, quedando por tanto a su criterio, a no ser que el facultativo hospitalario considere necesario mantener su control. En ese caso dejará constancia de esa decisión en Presbide utilizando los procedimientos instaurados al efecto responsabilizándose por tanto de la prórroga de la medicación.
2. En aquellas situaciones en las que existan discrepancias o dudas en relación al tratamiento prescrito, se establecerá contacto entre los/las facultativos de Atención Primaria y los/las de Atención Hospitalaria a través de las herramientas establecidas en cada organización para ello (ej. interconsulta no presencial, telefónica) para pactar acuerdos que garanticen la seguridad de la persona paciente, y siempre teniendo en cuenta la opinión de la misma.
3. En ningún caso se dejará de prescribir una medicación que resulte necesaria para la persona paciente.

Quinta.- Prescripciones especiales.

En el caso de medicaciones que necesiten autorización de Inspección será cada profesional prescriptor/a quien realice el informe electrónico obligatorio para visado por Inspección Médica a través de PRESBIDE.

Si además el medicamento es de ECM, el especialista prescriptor marcará el “seguimiento” de la prescripción y será el responsable de las posibles prórrogas del mismo.

SECCIÓN III

Sexta.- Documentos de petición de Interconsulta.

La petición de interconsulta deberá cumplimentarse a través de la Historia Clínica electrónica (OSABIDE), y siempre bajo el criterio de relacionar información relevante se hará constar:

- Motivo de consulta.
- En su caso, mención a los antecedentes personales que pudieran tener especial relevancia con el motivo que genera la interconsulta, incluyendo alergias si las hubiera.
- Medicación habitual relacionada con el episodio o con suficiente importancia intrínseca.
- Exploración física adecuada.
- Resultado de las pruebas diagnósticas realizadas.
- Impresión o sospecha diagnóstica.
- Tratamiento para el episodio si se hubiera iniciado o intentado, y respuesta a dicho tratamiento.

Séptima.- Documentos de respuesta de Interconsulta.

La respuesta a las interconsultas debe cumplimentarse a través de la historia clínica electrónica (OSABIDE) y, en concreto deberá contener:

- Debe ser adecuada al motivo de consulta.
- La impresión diagnóstica confirmada o descartada.
- Propondrá un plan de tratamiento y seguimiento con información suficiente para garantizar una correcta continuidad del proceso consultado.
- Introducirá el nuevo tratamiento en PRESBIDE y/o la modificación del existente y ajuste de otra medicación, si fuera preciso.
- Indicará la periodicidad de seguimiento en consulta sucesiva o por el contrario Alta explícita.

Octava.- Interconsultas No Presenciales.

La Interconsulta No Presencial puede ser, en determinadas ocasiones y de forma acordada, una alternativa o complemento a la interconsulta tradicional.

Si la persona paciente precisa atención presencial, el Servicio deberá:

- Priorizar su atención (como preferente u ordinaria).
- Citar a la persona paciente en la agenda del Servicio, e informarle de la cita.
- Informar al/la Médico de Atención Primaria/Enfermera, remitente sobre la decisión de visita presencial y cita.
- Recordar, así mismo, que existe la posibilidad de citar desde un servicio especializado, directamente al médico de familia responsable del paciente.

Novena.- Interconsultas entre varias Especialidades.

1. Como norma general, el Servicio receptor de la derivación se responsabilizará de realizar las interconsultas necesarias para la adecuada atención del episodio/proceso asistencial en curso, hasta completar el estudio o alcanzar el objetivo diagnóstico o propuesta terapéutica.
2. En caso de hallazgos incidentales o sospechas diagnósticas no relacionadas con el proceso por el que se ha realizado la interconsulta, el/la médico de Atención

Hospitalaria informará de los mismos al/la médico de Atención Primaria, quien resolverá o valorará la nueva necesidad de una interconsulta a la especialidad que corresponda.

3. En el caso de hallazgos potencialmente graves, el/la médico de Atención Hospitalaria desencadenará aquellos circuitos asistenciales que la organización tuviera previstos (Consultas de Alta Resolución, consultas de enfermería y comunicación de resultados, sistemas de alarmas sobre hallazgos inesperados...) y/o procurará, por todos los medios a su alcance, la comunicación directa con el facultativo/a de Atención Primaria para informar de dicho hallazgo, siendo responsable del seguimiento de la persona paciente hasta que el traspaso de la misma no se haya hecho de manera efectiva.

SECCIÓN IV

Décima.- Prescripción de Transporte Sanitario No Urgente.

1. La prescripción del Transporte Sanitario No Urgente la realizarán profesionales sanitarios/as de Osakidetza responsables de la asistencia sanitaria que motive el traslado de la persona paciente.
2. De acuerdo con la organización de cada OSI, también la podrán realizar profesionales médicos/as de UGS y participar en su gestión enfermeras/os de determinados Servicios. En todos los casos se realizará a través de la Historia Clínica digital recogida en Osabide, utilizando el correspondiente formulario.
3. La prescripción atenderá a la imposibilidad física u otras causas clínicas que impidan al paciente utilizar medios ordinarios de transporte.
4. La prescripción de Transporte Sanitario No Urgente se hará desde Atención Primaria cuando se trate de una derivación para primera consulta o sucesiva, en el supuesto de que no se haya podido realizar en el hospital.



5. La prescripción se hará desde Atención Hospitalaria para las consultas sucesivas, salvo cuando la posible evolución de la persona paciente genere incertidumbre sobre la necesidad del Transporte Sanitario No Urgente en el momento de acudir a la consulta.
6. También se prescribirá desde el hospital el Transporte Sanitario No Urgente para las Altas de hospitalización o de urgencias, la Rehabilitación, Diálisis, Oncología, etc.

SECCIÓN V

Undécima.- Informes y trámites administrativos.

Los documentos generados en cada consulta: Gestión de informes y Certificados Médicos, Peticiones de Pruebas Complementarias, Solicitud de Analíticas, Solicitud de Transporte Sanitario, Informes de Asistencia, Citaciones, etc. deberán ser realizados y gestionados en el nivel asistencial en los que se generan y por el estamento y/o Servicio adecuado para su realización: colectivo de facultativos, de enfermería, de personal administrativo o por los Servicios de Apoyo como: Servicio de Documentación Clínica, UGS, SAPU, según se establezca por cada Organización.

SECCIÓN VI

Duodécima.- Valoración de pruebas diagnósticas.

Cada profesional o, en su defecto, cada Servicio/Unidad solicitante de la prueba será responsable de visualizar el resultado, interpretarlo y comunicarlo a la persona paciente. La organización de este circuito de comunicación dependerá de cada Servicio o Unidad y de cada Organización de Servicios.

SECCIÓN VII

Decimotercera.- Emisión de documentos de Alta.

1. Cuando una persona paciente sea dada de Alta desde un Servicio hospitalario, debe quedar registrado de forma clara en la HCE el motivo de ingreso, las actuaciones derivadas de su proceso, pruebas realizadas, diagnóstico y tratamiento pautado.
2. En el caso de que al Alta esta persona necesite seguimiento en consultas del 2º o del 3º nivel, la cita para ese seguimiento será gestionada desde el propio Servicio o desde el Área Administrativa a ser posible antes del Alta. En caso de no ser posible, cada Organización articulará el circuito adecuado para ello.
3. En ningún caso se derivará a Atención Primaria para iniciar un proceso de atención a través de una derivación desde el médico de Atención Primaria.
4. Si fuese necesario la valoración explícita por el Equipo de Atención Primaria, se indicará en el Informe de Alta o evolutivo de la HCE esa indicación, evitando el texto rutinario de “acuda a su médico con este informe” y formulando explícitamente a qué profesional se refiere, Médico de Familia o Enfermera responsable del paciente.

Decimocuarta.- Citación en Consultas Externas Extrahospitalarias cuando se tiene el episodio cerrado.

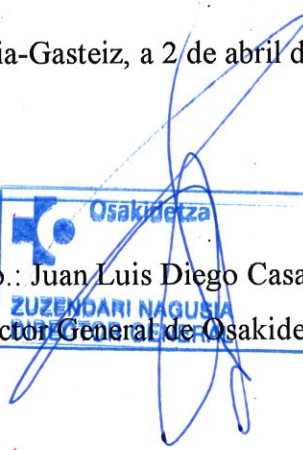
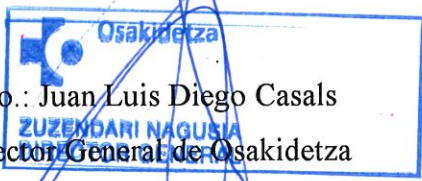
1. Normalmente el cierre del episodio por Atención Hospitalaria se produce cuando el motivo que lo ha generado se ha resuelto. Sin embargo, no es infrecuente el cierre administrativo, o automático, cuando transcurre un periodo superior a 18 meses entre consultas sucesivas (o periodos considerados por cada Organización).
2. Si la cita no ha podido ser asignada con anterioridad, y ante la solicitud de la propia persona paciente, es necesario reabrir el episodio. Para ello desde la consulta de Atención Especializada (facultativo/a médico o personal de

enfermería asignado a la consulta) se revisará la indicación del seguimiento y se facilitará la asignación de cita.

3. En ningún caso se cerrará activamente un episodio por parte de un/a especialista del segundo o tercer nivel si no está resuelto el motivo que ha generado la consulta. No se debe cerrar un episodio por inasistencia.

Si se considera resuelto, y por tanto se va a proceder a cerrar el episodio, se debe indicar claramente en la Historia Clínica y explicarlo a la persona paciente, evitando mensajes confusos o contradictorios.

En Vitoria-Gasteiz, a 2 de abril de 2019.

Fdo.: Juan Luis Diego Casals
ZUZENDARI Nagusia
Director General de Osakidetza