

I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

3. OTRAS DISPOSICIONES

Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

825 Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba la Instrucción 1/2023 para la mejora en la continuidad y coordinación asistencial entre diferentes niveles asistenciales del Servicio Murciano de Salud.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 65.3 dispone que "en todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales".

Por su parte, el artículo 11 de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia establece que éstos tienen el derecho a "una atención sanitaria integral y continuada entre los distintos niveles asistenciales, de conformidad con la legislación sectorial aplicable".

Para resolver las necesidades de salud de la población atendida se requiere la participación de profesionales, asistenciales y no asistenciales, que desarrollan su labor en los distintos ámbitos del Servicio Murciano de Salud.

Garantizar una atención de calidad implica hoy en día avanzar en la implantación de iniciativas encaminadas a facilitar la asistencia compartida entre los profesionales, estableciendo medios, tanto en Sistemas de Información como a nivel organizativo, que hagan posible la coordinación de su actividad, lo que repercutirá en beneficio de los usuarios del sistema. Es preciso atender a las "transiciones" entre profesionales de distintos ámbitos que con frecuencia experimentan los pacientes, siendo necesario avanzar en el establecimiento de pautas de trabajo homogéneas a nivel corporativo y su adecuada implementación en las diferentes áreas sanitarias, de acuerdo a las características de cada una.

Cualquier actividad asistencial conlleva una serie de gestiones administrativas, que actualmente son imprescindibles para la adecuada organización de la asistencia y trazabilidad de la información clínica en la Historia Clínica Electrónica del usuario; pero también para cubrir las necesidades de los pacientes, garantizando que puedan acceder a su información clínica de modo organizado y comprensible, y que puedan hacer efectivas en tiempo y forma las prestaciones a las que tienen derecho como usuarios del Sistema Nacional de Salud. Entre estas necesidades destacan por su relevancia la disponibilidad por parte del paciente de documentos de receta médica, Incapacidad laboral o transporte sanitario.

El art. 23 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y el art. 60 de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, regulan, en términos idénticos, las obligaciones de los profesionales sanitarios en materia de información técnica, estadística y administrativa,

disponiendo el deber de todos de "cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, así como aquellos que vengán exigidos por la normativa sanitaria o que puedan requerir los centros o la Administración Sanitaria, incluidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica."

Es propósito del SMS seguir avanzando en proyectos encaminados a la mejora de la comunicación entre los profesionales de distintos ámbitos asistenciales, abriendo vías de coordinación de su actividad, de modo siempre orientado a beneficiar al usuario en cuanto a simplificación de trámites administrativos y mejora de la accesibilidad al sistema del modo más adecuado y conveniente a su situación clínica y sus necesidades asistenciales. En este sentido, hay aspectos novedosos de gran relevancia actual para la organización.

Por una parte, el gran desarrollo y utilización de la Interconsulta No Presencial de Atención Primaria (INPAP) durante los últimos años. Habiendo demostrado múltiples utilidades para la mejora de la asistencia compartida al paciente, debe considerarse como un potente medio de coordinación asistencial, y en ningún caso suponer motivo de fricción entre profesionales ni limitaciones en la accesibilidad a Consultas Externas. Ello sin perjuicio del necesario desarrollo y mejora de la INPAP en un futuro próximo, y su óptima adaptación a las características de las diferentes especialidades hospitalarias y recursos disponibles. El papel de los Equipos Directivos de las Áreas en la consecución de estos objetivos es absolutamente imprescindible.

Asimismo, debe avanzarse de modo decidido en todos aquellos proyectos encaminados a conseguir una gestión de citas en Consultas Externas ágil y adecuada en el tiempo a los pacientes, automatizando el mayor número posible de las mismas, tanto de primeras visitas como de sucesivas. Igualmente, la gestión de pruebas complementarias debe tender a la petición electrónica generalizada y a la automatización de sus citas. Ello posibilitará a los Servicios de Admisión de los hospitales y al personal de Administración de los equipos de Atención Primaria, profesionales clave en la adecuada organización de la asistencia, incrementar cualitativamente el valor añadido por su parte al proceso asistencial, capacidades demostradas de modo amplio durante los meses de la pandemia.

Es objetivo del SMS facilitar y mejorar la coordinación entre distintos niveles asistenciales con la finalidad de conseguir una asistencia interdisciplinar entre especialidades que, teniendo cada una distinto enfoque asistencial, deben desarrollar puntos de encuentro que hagan estos enfoques complementarios, pensando siempre y en todos los casos en el beneficio asistencial de nuestros pacientes.

Objetivo general

Favorecer el diseño, desarrollo e implementación de iniciativas encaminadas a posibilitar la participación, comunicación, coordinación y colaboración de los profesionales del SMS, independientemente del ámbito en el que desarrollan su labor, en los procesos asistenciales que se llevan a cabo en la Organización, de modo orientado a la consecución de mejores resultados en salud, mejores niveles de satisfacción entre usuarios y profesionales, y mejora de la calidad asistencial.

Objetivos específicos

1. Mejorar la calidad en la atención a los usuarios del SMS.
2. Simplificar y facilitar a los profesionales la realización de los trámites no asistenciales imprescindibles para llevar a cabo la actividad asistencial, ordenando las cargas de trabajo que dichos trámites suponen.
3. Facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden a los pacientes desde sus ámbitos respectivos.
4. Avanzar en el compromiso de los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales con la continuidad asistencial y la coordinación con sus compañeros.
5. Mejorar el nivel de satisfacción de los profesionales del servicio murciano de salud.
6. Mejorar la comunicación entre el sistema sanitario y el usuario, simplificando y facilitando los trámites que acompañan a sus procesos asistenciales, potenciando el uso del Portal del Paciente del SMS.
7. Evitar a los usuarios trámites, desplazamientos, colas y esperas innecesarias.
8. Adoptar prácticas que garanticen la seguridad de los pacientes.
9. Mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios del servicio murciano de salud.
10. Mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales en el SMS, incentivando el establecimiento de procedimientos de trabajo desarrollados con los profesionales para incrementar la adecuación de las actividades a las necesidades asistenciales reales de los pacientes.
11. Incentivar la corresponsabilidad en conseguir la mayor eficiencia posible del sistema, como garantía de su sostenibilidad.

Por otra parte, el 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 y la Orden EESS/1187/2015, de 15 de junio, que lo desarrolla, pretenden dar respuesta a determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración.

La debida coordinación entre los diferentes niveles y servicios asistenciales de la atención primaria y hospitalaria del Servicio Murciano de Salud y la garantía de la continuidad asistencial del paciente exige establecer las pautas necesarias que han de seguir los profesionales sanitarios para la tramitación adecuada de los procedimientos de expedición de los partes de baja laboral, partes de confirmación en la situación de baja laboral y partes de alta.

En tal sentido, el art. 2 "Declaraciones médicas de baja y de confirmación de la baja en los procesos de incapacidad temporal" del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, establece:

"1. La emisión del parte médico de baja es el acto que origina la iniciación de las actuaciones conducentes al reconocimiento del derecho al subsidio por incapacidad temporal. La declaración de la baja médica, en los procesos de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, se formulará en el correspondiente parte médico de baja expedido por el médico del servicio público de salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado."

A su vez, el artículo 3.1 de la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla dicho Real Decreto dispone que "El parte médico de baja de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico de la persona trabajadora, por el facultativo del servicio público de salud que lo realice, utilizando el modelo que figura como anexo I."

En definitiva, a efectos de la más adecuada gestión de los referidos procesos, se considera conveniente concretar las responsabilidades que, en los distintos niveles asistenciales, corresponden a los facultativos del SMS que llevan a cabo el reconocimiento médico determinante de la contingencia, conforme a dicha normativa reglamentaria.

De acuerdo con todo lo anterior, a propuesta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, de conformidad con el artículo 6 de la Ley 40 /2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y con el artículo 8.1 del Decreto 148/2002, de 27 de diciembre, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud,

Resuelvo:

Primero. Aprobar la Instrucción 1/2023 para la mejora en la continuidad y coordinación asistencial entre atención primaria y especialidades hospitalarias, y sobre determinados aspectos referentes a la emisión de los partes médicos en los procesos de incapacidad temporal, en los diferentes niveles asistenciales del Servicio Murciano de Salud, que se inserta como Anexo.

Segundo. Esta Instrucción será de aplicación a partir del día siguiente a su publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, sin perjuicio del régimen transitorio que se indica a continuación.

Tercero. Régimen transitorio.

Hasta que se encuentren disponibles los recursos tecnológicos que permitan hacer efectivas determinadas pautas establecidas en el apartado III de la presente Instrucción, relativa a la emisión de los partes médicos en los procesos de incapacidad temporal, y se comunique formalmente tal disponibilidad por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria a las Gerencias de Área, los siguientes subapartados quedan redactados transitoriamente en estos términos:

III. 2. Pacientes ingresados.

El facultativo encargado de su asistencia en el hospital es el que debe expedir el parte de baja.

Mientras continúe hospitalizado el paciente y tras su alta hospitalaria, los partes de confirmación y el alta médica por mejoría o curación serán emitidos por el Médico de Atención Primaria.

III. 4. En el caso de fallecimientos en el hospital:

El encargado de expedir el parte de alta tras el fallecimiento será el Médico de Atención Primaria.

III. 6. Pacientes intervenidos en Centros Concertados.

Se incluyen dos supuestos:

a. Pacientes intervenidos en el CC por facultativos del SMS.

En este caso, el facultativo que ha realizado la intervención quirúrgica, como responsable del acto quirúrgico, emitirá el parte de baja, en el supuesto de que el paciente no estuviera previamente en IT.



Será su Médico de Atención Primaria el encargado de facilitarle el/los partes de confirmación siguientes y el parte de alta de incapacidad temporal cuando esté capacitado para desarrollar su actividad laboral.

Cuarto. Difusión y comunicación.

Sin perjuicio de su publicación en el BORM, se hace imprescindible el conocimiento por parte de todos los profesionales de las presentes Instrucciones. Los Equipos Directivos de las Áreas serán responsables de la difusión efectiva a su personal de cualquier ámbito asistencial, y la Instrucción deberá estar disponible en la Intranet, con el fin de facilitar la consulta por parte de los profesionales.

Murcia, 7 de febrero de 2023.—El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, Francisco Ponce Lorenzo.

Anexo

INSTRUCCIÓN 1/2023 PARA LA MEJORA EN LA CONTINUIDAD Y COORDINACIÓN ASISTENCIAL ENTRE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

I.- Ámbito de aplicación

Esta instrucción es de aplicación a todo el personal del SMS cuya actividad se desarrolle en los ámbitos descritos. Los equipos directivos de las Áreas de Salud adoptarán las actuaciones necesarias dirigidas a conseguir su plena aplicación.

II.- Objeto.

Constituye el objeto de la presente Instrucción las transiciones entre profesionales para la mejora de la continuidad y coordinación asistencial en las siguientes situaciones:

II.1. Citas en Consultas Externas. Criterios de buenas prácticas en gestión de Agendas.

a) Los pacientes deben quedar, de modo general, incluidos en agenda cuando se solicita una primera visita en una especialidad hospitalaria desde cualquier otro ámbito. Para ello las agendas deben estar abiertas de modo permanente en un número suficiente para que esto sea posible, sin menoscabo de llevar a cabo las actuaciones necesarias de ajustes de agenda para su más adecuada gestión por parte del Servicio de Admisión y la especialidad hospitalaria. En los casos excepcionales en que esto no sea posible o conveniente para la mejor organización asistencial, se velará para comunicar la cita al paciente lo antes posible.

b) Ningún paciente debe quedar sin incluir en la agenda cuando se le indica una sucesiva, de modo que a la hora de abandonar el centro hospitalario y/o concluir un acto asistencial debe habersele facilitado día y hora de su próxima cita, independientemente del plazo indicado para llevar a cabo la consulta de revisión.

c) Las agendas deben estructurarse asignando a cada tipo de cita el tiempo de atención fijado por la Dirección y acorde a las instrucciones y recomendaciones sobre normalización de agendas que puedan editarse desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Igualmente, a cada paciente se asignará una hora en la que va a ser atendido, evitando citar a todos los pacientes a la misma hora.

d) La distribución del número de asistencias (primeras, sucesivas o de otro tipo) en las agendas de cada especialidad será gestionada por el Servicio de Admisión del hospital y cada responsable de especialidad hospitalaria, siempre bajo las indicaciones y validación de la dirección del centro, debiendo monitorizarse y adaptarse en función de los recursos, demanda, demoras, y en general de las necesidades y recursos del Área.

e) Como principio general, la cita para una consulta en el hospital debe gestionarse y facilitarse al paciente desde el lugar donde se genera:

1. Las citas para primeras visitas a consultas externas con origen en Atención Primaria deben darse en los Centros de Salud, por lo que las especialidades hospitalarias deben tener la prestación en agenda disponible en cantidad y con antelación suficiente para que se puedan facilitar al paciente. Se considerará una excepción aquellos casos en los que, coyunturalmente y por circunstancias sobrevenidas, no se disponga del número necesario de profesionales hospitalarios para gestionar la demanda, o cuando desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria se considere estratégico desde el punto de vista organizativo, para agilizar los circuitos asistenciales y mejorar la atención de los pacientes.

2. Cuando en el momento de responder una Interconsulta No Presencial se establezca la necesidad de citar presencialmente al paciente, dicha cita se generará en el ámbito hospitalario, a expensas del desarrollo de mecanismos que permitan flexibilizar esta decisión.

3. El resto de las citas, sean interconsultas entre diferentes especialidades hospitalarias, revisiones sucesivas en consultas externas, revisiones al alta hospitalaria o citas provenientes del servicio de urgencias, deben darse en el hospital.

4. No se indicará en el informe clínico de consultas externas: "volver a derivar a consulta dentro de X tiempo", sino que el paciente deberá salir del centro hospitalario con su cita de revisión correspondiente, aunque sea anual o más espaciada.

5. Deben recibir especial atención las interconsultas de transición entre la edad pediátrica y adulta, para el caso de niños que deben continuar seguimiento en una especialidad de adultos.

f) Como norma general, se intentará evitar el uso de buzones, dietarios, y en general las citas diferidas. Se procurará, por tanto, evitar que los pacientes estén sin fecha asignada a una agenda. Si esto fuera inevitable, debe comunicarse al paciente lo antes posible la fecha de su cita. Los equipos directivos de las Áreas deben apoyar de modo activo las actuaciones alineadas con estos principios de funcionamiento, impulsando la automatización de las citas en el Área y el cumplimiento de esta Instrucción.

g) Cuando un paciente tenga pendiente otra cita en el hospital, el Servicio de Admisión procurará ofrecer al paciente la agrupación de las citas en la misma fecha con horarios no solapados siempre que asistencialmente sea oportuno.

h) Debe favorecerse y agilizarse en lo posible la cita de pacientes con patología preferente, para lo que es necesario establecer vías de comunicación entre los diferentes ámbitos asistenciales que permitan adecuar y dar respuesta a dicha indicación.

i) Tanto los médicos de los diferentes servicios como los de atención primaria deben tener acceso fácil y rápido a las fechas y citas disponibles en agendas, así como conocer la existencia de agendas específicas para determinadas patologías, todo ello con objeto de saber cuánto se va a tardar en atender al paciente en consultas externas y poder valorar si ese tiempo de espera es clínicamente aceptable.

j) Se realizará monitorización y análisis por el Equipo Directivo del Área de Salud, conjuntamente con los equipos de atención primaria y los servicios hospitalarios, sobre la adecuación de las primeras consultas e interconsultas; a la vista del análisis, se incentivará el desarrollo de rutas asistenciales, vías clínicas, y acuerdos entre profesionales para establecer criterios de canalización de los pacientes a Consultas Externas, así como actividades de adecuación de las citas.

k) El Equipo Directivo de las Áreas impulsará las iniciativas encaminadas a la implantación de Consultas de Acto Único, tanto de Alta Resolución como de Alto Valor.

l) El Equipo Directivo del Área, en coordinación con los profesionales de atención primaria y asistencia hospitalaria, gestionará la organización de las consultas para conseguir una asistencia sanitaria ajustada a las necesidades de

su población, diseñando y normalizando los criterios de derivación de pacientes y sus prioridades.

II.2. Facultativos que desarrollan su labor en Consultas Externas, hospitalización, servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios y Centros de Salud Mental.

II.2.1 - Criterios de buenas prácticas en respuesta a las interconsultas y atención en consulta de pacientes.

Los profesionales de las consultas de las distintas especialidades hospitalarias darán respuesta a las interconsultas planteadas con los siguientes criterios:

a) La respuesta a las interconsultas no presenciales de atención primaria (INPAP) se llevará a cabo según los principios de buscar el mayor beneficio para el paciente, el apoyo al compañero que desarrolla su actividad en atención primaria y los criterios de consideración y colaboración que deben regir en cualquier actividad entre los profesionales, teniendo en cuenta que la respuesta a la INPAP formará parte de la Historia Clínica del Paciente. Siempre dentro de estos principios, se deberá actuar de modo acorde a las líneas corporativas específicas que se desarrollen para cada especialidad por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria con el fin de conseguir el uso más adecuado de esta vía de comunicación y coordinación entre ámbitos.

b) La respuesta a las interconsultas que implican presencialidad del paciente emitidas desde Atención Primaria (ITCAP) u otras especialidades hospitalarias (ITCCEX) debe consistir en la emisión de un Informe clínico que formará parte de la historia clínica electrónica del paciente, que contenga la información que la actual normativa exige. En dicho informe debe figurar el nombre del Médico de Atención Primaria asignado al paciente y el centro o zona básica de salud a la que pertenece, con el fin de facilitar la posibilidad de contacto del facultativo hospitalario con el médico emisor si, por cualquier motivo, se considerara preciso. En dicho informe debe figurar asimismo la actitud planificada en cuanto a citas futuras y pruebas complementarias previstas. El informe será visible en Ágora, a disposición del médico emisor de la Interconsulta.

En el momento de realizarse una cita presencial con el paciente, se le debe realizar receta electrónica al menos de los fármacos prescritos por primera vez (inicios o cambios de tratamiento), así como los impresos o petición electrónica de pruebas complementarias que fueran precisos para una nueva revisión y el volante de ambulancia en caso de que fuera necesario transporte sanitario.

c) Se evitarán en el Informe de consultas Externas textos del tipo "Remitir a XXXXX especialidad". Si a criterio del facultativo que le atiende en consulta externa el paciente requiriese la atención de otra especialidad, realizará en el mismo acto la interconsulta (ITCCEX), evitando desplazamientos innecesarios del paciente a su centro de salud.

Como regla general, y a expensas de las consideraciones particulares que se señalen por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, los profesionales de los Centros de Salud Mental se regirán en sus actuaciones por los mismos principios señalados para los especialistas hospitalarios en general.

Los profesionales de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, tras la valoración, diagnóstico y estabilización clínica del paciente, decidirán si éste es susceptible de ingreso hospitalario o alta para seguimiento por su Médico de Atención Primaria. En ambos casos emitirán un informe clínico que formará parte

de la historia clínica del paciente y en el supuesto de que el paciente no precise ingreso, realizarán la receta electrónica al menos de los fármacos prescritos por primera vez.

Los Servicios de Urgencias no deben constituirse en vía de acceso a Consultas Externas paralelas a las habituales. En caso de que, por motivos clínicos, se considere que el paciente debe ser visto en la especialidad hospitalaria de modo prioritario, deberá utilizar la Interconsulta habilitada al efecto en el hospital. En estos casos se le citará desde el servicio de admisión.

Si se considera que el estado clínico del paciente no requiere dicha priorización, se le indicará seguimiento por parte de su médico de Atención Primaria

II.2.2. Criterios de buenas prácticas en las Altas de hospitalización

a) A tenor de lo establecido en el artículo 57 de la ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la región de Murcia, todos los pacientes dados de alta por hospitalización y por cualquier servicio tendrán un informe de alta que cumplirá la normativa vigente.

b) En atención hospitalaria, tras el alta del paciente, se elaborará el informe de continuidad de cuidados, debiéndose articular una cita del paciente con la enfermería del centro de salud dentro de las 24 - 72 horas tras su alta. Dicha cita debe ser facilitada desde el hospital, siendo especialmente relevante para el seguimiento coordinado de pacientes crónicos, inmovilizados o que precisan curas periódicas. Se podrá articular igualmente una cita con su Médico de Atención Primaria para aquellos pacientes crónicos y/o que necesiten un seguimiento clínico más estrecho tras el alta.

c) Dichos informes serán visibles en Ágora, estando a disposición del resto de profesionales implicados en la asistencia.

d) La prescripción de fármacos incluidos en el informe de alta debe tener en cuenta los tratamientos previos del paciente, con el objetivo de garantizar la conciliación terapéutica y su seguridad. De modo inexcusable se acompañará de los documentos de recetas necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento del paciente y para evitar desplazamientos innecesarios al centro de salud.

e) Si el paciente precisara seguimiento en consultas externas del hospital y / o pruebas complementarias para su próxima revisión, las citas deben ser gestionadas desde el hospital y acompañarán al informe de alta.

II.3.- Facultativos que desarrollan su labor en Atención Primaria

a) Los profesionales de atención primaria incluirán en las interconsultas para primera visita en consultas externas que formulen a cualquier especialidad hospitalaria (ITCAP) la suficiente información necesaria para facilitar la organización y priorización de la asistencia a los pacientes en el hospital.

b) Con el fin de adecuar el orden de asistencia a los pacientes de acuerdo a su necesidad, se deberá ser especialmente responsable en el uso de la prioridad "preferente". Las derivaciones señaladas como "valoración preferente", deberán estar suficientemente motivadas con el fin de evitar enlentecimiento de estas vías debido a masificación de las mismas sin criterios clínicos que lo justifiquen.

c) En la medida en que exista disponibilidad, debe potenciarse el uso de la Interconsulta no presencial de atención primaria (INPAP) para todas aquellas situaciones en que no sea necesario el desplazamiento del paciente al hospital, o existan acuerdos de derivación entre los diferentes ámbitos que impliquen beneficios asistenciales para los pacientes.

III.- Actuaciones a seguir en relación a determinados aspectos referentes a la emisión de los partes médicos en los procesos de Incapacidad Temporal, en los diferentes niveles asistenciales del Servicio Murciano de Salud.

III. 1.- Pacientes que precisan ser atendidos en la UME, SUAP y/o servicios de urgencias hospitalarias.

Los facultativos de UME, SUAP y/o servicios de urgencias hospitalarias no están obligados, por la propia naturaleza de su función, a la expedición de partes de baja. Aunque se haya efectuado el necesario reconocimiento médico in situ, este sirve para adoptar el tratamiento urgente con los medios que dispone a su alcance, y no para realizar una valoración sobre la capacidad laboral de la persona atendida, ya que su labor se ciñe, única y exclusivamente, a dispensar la asistencia sanitaria de carácter urgente que precise el paciente.

El Médico de Atención Primaria será el que decida si la patología le limita para su actividad profesional y por lo tanto precisa o no la emisión del parte de baja.

Sin perjuicio de lo anterior, el facultativo de los servicios de urgencias hospitalarias que, a la vista de la asistencia prestada, considere procedente la emisión del parte de baja, está facultado para su expedición, en virtud de dicha normativa.

III. 2. Pacientes ingresados.

El facultativo encargado de su asistencia en el hospital es el que debe expedir el parte de baja y los siguientes partes de confirmación mientras continúe hospitalizado el paciente.

Tras el alta hospitalaria será el Médico de Atención Primaria el que, al igual que se encarga del seguimiento de su proceso asistencial, también realice la expedición de los partes de confirmación y de alta por mejoría o curación.

III.3. Pacientes atendidos en consultas externas del hospital.

El parte de baja, el/los partes de confirmación y alta deben ser extendidos por su Médico de Atención Primaria ya que, es el responsable de su asistencia sanitaria y de su continuidad asistencial y conoce de manera directa la situación clínica y/o patologías concomitantes que presentan y que, a su criterio, justifican, en su caso, la decisión de IT.

Sin perjuicio de lo anterior, en el caso de que los facultativos de consultas externas manifiesten en el informe clínico que el paciente, por su patología concreta actual, precisa baja laboral, deberá ser el propio facultativo hospitalario el que expida el parte de baja.

III. 4. En el caso de fallecimientos en el hospital:

- Cuando la IT se inicie tras el ingreso y el paciente fallezca durante la hospitalización, el alta por fallecimiento será realizada por el facultativo del hospital.

- Si la IT se había iniciado previamente en Atención Primaria y el paciente fallece durante el ingreso, será el Médico de Atención Primaria el encargado de emitir dicho parte de alta.

III. 5. Pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria y/o cirugía menor.

En caso de que el paciente precise parte de baja, éste debe ser expedido por el facultativo que ha realizado la intervención quirúrgica como responsable

del acto quirúrgico. El médico de Atención Primaria realizará el seguimiento del paciente y la expedición de los partes de confirmación si precisa, y/o el alta.

III. 6. Pacientes intervenidos en Centros Concertados.

Se incluyen dos supuestos:

a. Pacientes intervenidos en el CC por facultativos del SMS.

El facultativo que ha realizado la intervención quirúrgica, como responsable del acto quirúrgico, emitirá el parte de baja, en el supuesto de que el paciente no estuviera previamente en IT.

Si es una cirugía que no ha precisado ingreso hospitalario, su Médico de Atención Primaria le facilitará el/los partes de confirmación siguientes y el parte de alta cuando esté capacitado para desarrollar su actividad laboral.

Si el paciente ha precisado ingreso hospitalario por la cirugía, la emisión de los partes de confirmación será realizada por el facultativo que intervino al paciente, o por cualquier facultativo de la especialidad correspondiente responsable de su seguimiento en planta.

Cuando el paciente sea dado de alta del centro sanitario, será su Médico de Atención Primaria el encargado de facilitarle el/los partes de confirmación siguientes y el parte de alta de incapacidad temporal cuando esté capacitado para desarrollar su actividad laboral.

b. Pacientes intervenidos en el CC por facultativos ajenos al SMS.

Si el paciente no se encuentra en IT, será el Médico de Atención Primaria quién, a la vista del informe del cirujano que ha intervenido al paciente, emita el parte de baja siempre que, según su criterio médico, el paciente se encuentre incapacitado para el desempeño de su actividad laboral.

Si el paciente ya está en IT, el Médico de Atención Primaria continuará con la emisión de los partes de confirmación, si los precisa, y el alta cuanto su situación le permita desarrollar su actividad laboral.-

IV.- Criterios de calidad en la comunicación con el paciente y entre profesionales

a) Los profesionales en contacto con los pacientes que desarrollan actividad asistencial o actividades administrativas de apoyo a las mismas procurarán adecuar la información sobre los problemas de salud y gestiones que deben realizar a la capacidad de comprensión de los mismos, atendiendo a su edad, características y circunstancias.

b) Los profesionales utilizarán exclusivamente los medios establecidos para intercambiar información sobre los problemas de salud, evitando que los pacientes o sus familiares actúen como vehículo o transmisores de la comunicación, así como el uso de sistemas que no reúnen los requisitos de seguridad y Protección de Datos imprescindibles.

c) La coordinación en la asistencia entre los profesionales, condición actualmente imprescindible para conseguir mayor calidad en la asistencia sanitaria, implica la evitación de juicios de valor y comentarios innecesarios sobre la atención que otros profesionales han prestado a los pacientes, actitudes poco frecuentes pero que lesionan y limitan la posibilidad de prestar asistencia y la confianza del paciente.

d) En cualquier caso, siempre se velará por los principios de autonomía del paciente, de beneficencia y de no maleficencia.



V.- Normalización y accesibilidad de la Información Asistencial

La disponibilidad de información y la posibilidad de compartirla entre los profesionales de modo útil requiere la existencia de formatos homogéneos y normas estandarizadas. Este factor es clave para el desarrollo de una asistencia coordinada entre los diferentes ámbitos sanitarios.

A tal efecto, se llevarán a cabo cuantas acciones sean necesarias tendentes a normalizar Y compartir de modo adecuado la información clínica entre los diferentes sistemas de información de cualquiera de los ámbitos asistenciales, en aras a la mejor atención y seguridad del paciente.