



Instrucción 10/2011, de 20 de septiembre, por la que se establecen medidas concretas para desburocratizar las consultas de la atención primaria

Antecedentes

1. Actualmente, las consultas de la atención primaria se encargan de un volumen de tareas burocráticas que, en general, podría considerarse excesivo y que conlleva la reducción del tiempo que el personal sanitario de este nivel asistencial dedica a la asistencia, sin aportar un valor añadido a la atención de los pacientes.
2. El contenido de esta instrucción pretende agilizar, por medio de medidas concretas, las cargas burocráticas que actualmente asumen las consultas de la atención primaria derivadas de otros niveles asistenciales, dado que cada nivel se responsabilizará de sus propios trabajos administrativos.
3. Las medidas establecidas mejorarán la calidad de la asistencia sanitaria que se presta en los centros de salud incrementando la eficiencia del servicio a los usuarios y redundando en una mejor atención a la comunidad.

Por ello, de acuerdo con el artículo 21 de la Ley 3/2003, de 26 de marzo, de régimen jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, y ejerciendo las funciones que me atribuye el artículo 21.u del Decreto 39/2006, de 21 de abril, dicto la siguiente

Instrucción

1. Objeto y ámbito de aplicación

Esta instrucción tiene por objeto definir y aplicar medidas concretas para desburocratizar las consultas de la atención primaria.

2. Prestación farmacéutica

2.1. Por medio del Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, se estableció la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para actualizarla. En el anexo V se establece la cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica que se prestará de acuerdo con las normas de organización, funcionamiento y régimen del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

2.2. El Servicio de Salud ha resuelto utilizar un sistema de prescripción común a los distintos ámbitos asistenciales que permita registrar de



manera única y uniforme la historia farmacoterapéutica de cada paciente. Con este criterio, el sistema de receta electrónica es el único método de prescripción de medicamentos y productos sanitarios financiados con cargo al Servicio de Salud en el ámbito ambulatorio.

- 2.3. Para recibir cualquier tipo de prestación farmacéutica con cargo al Servicio de Salud es necesario que la persona beneficiaria esté registrada en la base de datos de usuarios del Servicio de Salud (con código de identificación de paciente autonómico). En los casos en que no esté identificada en la base de datos, la prescripción debe efectuarse en la modalidad de receta privada.
- 2.4. En el ámbito hospitalario, el personal médico debe formalizar con el sistema de receta electrónica las prescripciones derivadas de la asistencia indicando para cada una la posología y la duración del tratamiento. Si la duración supera los tres meses, el médico de la atención primaria debe valorar bajo su responsabilidad la idoneidad de continuar el tratamiento en el contexto global de la historia farmacoterapéutica del paciente. Están excluidos de esta norma los medicamentos cuya prescripción se considere propia de la atención hospitalaria, atendiendo a sus características.
- 2.5. Los tratamientos derivados de la asistencia prestada en los servicios de urgencias deben prescribirse por medio del sistema de receta electrónica siguiendo los mismos criterios establecidos para el ámbito hospitalario. Están excluidas de esta norma las situaciones clínicas definidas en algún protocolo que, dadas sus características, requieran la instauración inmediata de un tratamiento finito; en ese caso, siguiendo el protocolo establecido debe entregarse la medicación en forma de unidosis y en cantidad suficiente para completar el tratamiento.
- 2.6. En la financiación no se incluyen los tratamientos prescritos por profesionales médicos del ámbito de la sanidad privada ni los medicamentos adquiridos por voluntad propia de los pacientes.
- 2.7. Queda bajo el criterio de cada facultativo prescribir los tratamientos o las pruebas recomendadas en el ámbito de la sanidad privada, siempre teniendo en cuenta que cada profesional tiene el deber y la responsabilidad de hacer un uso racional de los recursos a su cargo y que debe evitar su uso inadecuado.



3. Justificantes

- 3.1. *Justificante de asistencia a la consulta*: el personal de admisión debe expedirlo según los datos que figuren en el registro de admisión del centro de salud o de la unidad básica de salud, para lo cual no es necesario dar cita. Si el paciente lo solicita en la consulta, hay que remitirlo al servicio de admisión del centro para que se lo expidan.
- 3.2. *Justificante de asistencia a petición de colegios*: es innecesario, ya que es responsabilidad de los padres o de los tutores legales de cada alumno justificar las ausencias de sus hijos o tutelados en el colegio, todo ello sin perjuicio de entregar a los padres o tutores una copia del informe de visita, si lo necesitan, lo cual debe anotarse en la historia clínica.
- 3.3. *Justificante de enfermedad*: no deben emitirse, a demanda de los usuarios, justificantes de enfermedades o procesos no registrados en la historia clínica.

4. Pruebas complementarias

- 4.1. *Solicitadas por profesionales ajenos al sistema nacional de salud o por los usuarios*: tal como establece el artículo 5 del Real decreto 1030/2006, están excluidos de la cartera de servicios los reconocimientos y los exámenes o las pruebas biológicas solicitados voluntariamente o llevadas a cabo por el interés de terceras personas.
- 4.2. *Solicitadas por médicos especialistas de la atención hospitalaria*: si un médico del ámbito hospitalario considera que el paciente debe someterse a una prueba complementaria determinada, debe expedirle y entregarle la solicitud correspondiente.

5. Derivaciones

- 5.1. *Solicitud de cita de consultas sucesivas en la atención especializada*: los pacientes pueden solicitar cita para visitas sucesivas por medio del documento de interconsulta que le haya entregado el médico del ámbito hospitalario.
- 5.2. *Derivaciones entre médicos de diferentes especialidades médicas*: los médicos especialistas de la atención hospitalaria deben informar sobre las interconsultas efectuadas por los médicos de la atención primaria. Si un médico especialista considera que la patología de un paciente debe



ser tratada por otro especialista hospitalario, él mismo debe derivarlo directamente, sin remitirlo de nuevo al médico de la atención primaria.

- 5.3. *Derivaciones desde el servicio de urgencias al médico de la atención primaria para que este lo remita a un especialista hospitalario:* se puede obtener cita con el especialista hospitalario sugerido simplemente indicando la necesidad de interconsulta por medio de la hoja de alta de urgencias.

6. Peticiones de transporte sanitario

Las peticiones de transporte sanitario deben ser formalizadas y tramitadas por el ámbito asistencial que las indique como consecuencia de la necesidad de acudir a una prueba complementaria determinada o a una consulta sucesiva, siempre que las circunstancias del paciente lo requieran en los casos de imposibilidad de acceder a un medio de transporte alternativo.

7. Informes y certificados médicos

- 7.1. *Certificados para acceder a oposiciones, pruebas selectivas, etc.:* la normativa vigente en esta materia establece la obligatoriedad de emitir informes y certificados médicos sobre el estado de salud de los usuarios, aunque obviando la información sobre aptitudes, ausencias u otros motivos. Están excluidos los certificados para obtener los permisos de armas y de conducción de vehículos y el título de patrón de embarcación, que deben ser expedidos por gabinetes médicos específicos.

7.2. *Certificados de fe de vida y estado:*

- 7.2.1. En los casos en que se haya solicitado la emisión de certificados o informes para acreditar que un paciente está vivo, debe remitirse a la persona solicitante al registro civil correspondiente para que le extiendan un certificado de fe de vida y estado.
- 7.2.2. Si el informe solicitado tiene como destinatario un balneario, de acuerdo con el Programa de termalismo social del Ministerio de Sanidad, la declaración del estado de salud debe efectuarla la propia persona solicitante.
- 7.2.3. Si el informe solicitado tiene como objeto obtener el grado de discapacidad o revisarlo, se recomienda imprimir un resumen de la historia del paciente. Las unidades de valoración están



habilitadas para acceder a la historia clínica de los pacientes en la modalidad de “solo lectura”, por lo que pueden generar el informe estandarizado.

8. Publicación

Esta instrucción debe publicarse en el web <www.ibsalut.es> y en los tabloneros de anuncios de las gerencias del Servicio de Salud.

9. Efecto

Esta instrucción tendrá efecto 15 días después de la fecha de publicación.

Palma, 6 de octubre de 2011

El director general

Juan José Bestard Perelló