

Model de relació en la derivació de pacients entre l'àmbit d'atenció primària i l'àmbit d'atenció hospitalària ambulatoria

Gener de 2024

Direcció:

Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària

Coordinació:

Belén Enfedaque

Redactors:

Belén Enfedaque, Oriol Garcia, Adela Fontserè

Autors (per ordre alfabètic):

Sonia Abilleira, Daniel Algar, Roser Anglès, Eudald Ballesta, Marta Barahona, Alba Benaque, Jaume Benavent, Albert Boada, Jaume Boadas, Xavier Borràs, Ignasi Carrasco, Marta Carrasco, Cristina Carod, Josep Casajuana, Rocío Cebrián, Belén Enfedaque, Àlex Escosa, Marta Espinalt, Oriol Estrada, Daniel Ferrer Vidal, Oriol Garcia, Esther Gil, Maite Gómez, Jordi Ingla, Judit Llussà, David López, José Màrmol, Ariadna Mas, Núria Nadal, Nemesio Moreno, Amparo Navasquillo, Ricard Peiró, Daniel Regaña, Sara Rodoreda, Rosa Romero, Rafael Ruiz, Óscar Solans, Anna Forcada, Anna Vall-Llosera.

Aquest model ha estat desenvolupat amb la col·laboració destacada i l'assessorament metodològic i tècnic del Consorci Sanitari de Terrassa (CST) i s'inspira en el projecte d'innovació "Finestra Única".

Alguns drets reservats

© 2024, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina [web de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Unitat promotora:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

2a edició:

Barcelona, gener de 2024.

Assessorament editorial:

Gabinet del Conseller. Serveis editorials

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Pla editorial 2023:

Núm. de registre: 6632

Disseny de plantilla accessible 1.06.

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Sumari

1	Introducció	4
2	Guia de relació entre els MFiC i MAH en el context d'una sol·licitud d'atenció a l'AH	4
3	La sol·licitud d'atenció hospitalària per part del metge de família i comunitària	5
4	La resposta de l'atenció hospitalària a la sol·licitud de l'MFiC	11
4.1	Resposta a les OC-IC	11
4.2	Resposta a les OC-PV	13
4.3	Rederivació de les OC	14
5	Proves complementàries	15
6	Programació en origen o posterior a la validació de l'OC per part de l'AH	17
7	La relació entre els professionals dels diferents àmbits	17
	Annex 1: Regles de derivació	18
	Annex 2: Consideracions tècniques per al traçat de les derivacions	20

1 Introducció

La nostra és una societat envellida i amb desigualtats socials, en què cada vegada hi ha més persones amb problemes de salut crònics amb necessitats complexes i que es troben en situació de vulnerabilitat o amb risc de patir-ne. A més, hi ha problemes de salut que requereixen l'actuació coordinada i harmonitzada de diversos serveis. En conseqüència, la integració de l'atenció a la salut és un dels eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya 2021-2025¹, a fi de fer efectiu el dret de les persones a rebre una atenció sanitària integral, integrada, longitudinal i interdisciplinària que els garanteixi la continuïtat assistencial.²

L'objectiu del present document és definir un model de relació entre l'atenció primària i comunitària i l'atenció hospitalària ambulatoria que doni una resposta resolutiva, equitativa i de qualitat durant tot el procés assistencial. A tal fi es defineix el diagrama del procés assistencial pel qual els metges^a especialistes de medicina de família i comunitària (MFIC) sol·liciten l'atenció, mitjançant l'ordre clínica, dels seus homòlegs d'atenció hospitalària ambulatoria (MAH). A més, s'estableixen un seguit de recomanacions relatives a la relació que s'estableix entre l'MFiC i el MAH a l'hora de contribuir a la millora de la salut de la persona atesa.

Aquest document és fruit del treball conjunt d'un grup de professionals de l'atenció primària i comunitària i de l'atenció hospitalària ambulatoria que s'ha desenvolupat entre els mesos de juny de 2022 i maig de 2023. A tots ells i a totes elles els volem agrair la participació.

2 Guia de relació entre els MFiC i MAH en el context d'una sol·licitud d'atenció a l'AH

Com ocorre en diversos països del nostre entorn, l'atenció primària i comunitària es configura com la porta d'entrada principal al conjunt de prestacions del sistema de salut. El paper de coordinació propi de l'APiC comporta fer derivacions a altres àmbits assistencials i també fer consultes per prendre decisions, juntament amb la persona, a partir de la informació i les recomanacions que proporcionen els professionals consultats. Tal i com recull el codi deontològic mèdic³, demanar consell a un altre metge és tant un dret com un deure professional, i donar-li consell és un deure, en el marc del respecte imposat pel costum mèdic universal. Així doncs, el procés d'atenció que es deriva de la sol·licitud dels MFiC als seus homòlegs MAH es fonamenta en el respecte mutu, la complementarietat de coneixements i la cooperació per contribuir a la millora de la salut de la persona atesa.

Per al bon funcionament del circuit de relació^b és imprescindible establir pactes a nivell territorial, en particular pel que fa a la incorporació de la resolució mitjançant

^a En aquest document s'empra el masculí com a categoria gramatical no marcada pel que fa al gènere, llevat del cas de les infermeres, d'acord amb el criteri del Consell Internacional d'Infermeres. Així mateix, s'hi han prioritzat els recursos que no comporten l'ús de formes dobles, com ara noms col·lectius i epicens, i expressions impersonals.

^b S'està treballant en l'elaboració d'un quadre de comandament amb els principals indicadors del circuit de relació.

interconsulta en la pràctica dels professionals. Així mateix, és essencial la definició conjunta de les proves complementàries bàsiques prèvies a la sol·licitud d'atenció al MAH, així com quina és la millor modalitat d'atenció (presencial o telemàtica) en funció del motiu de consulta.

Figura 1. El procés assistencial de sol·licitud d'atenció del metge de família i comunitària (MFIC) al metge d'atenció hospitalària ambulatoria (MAH)

Font: elaboració pròpia.

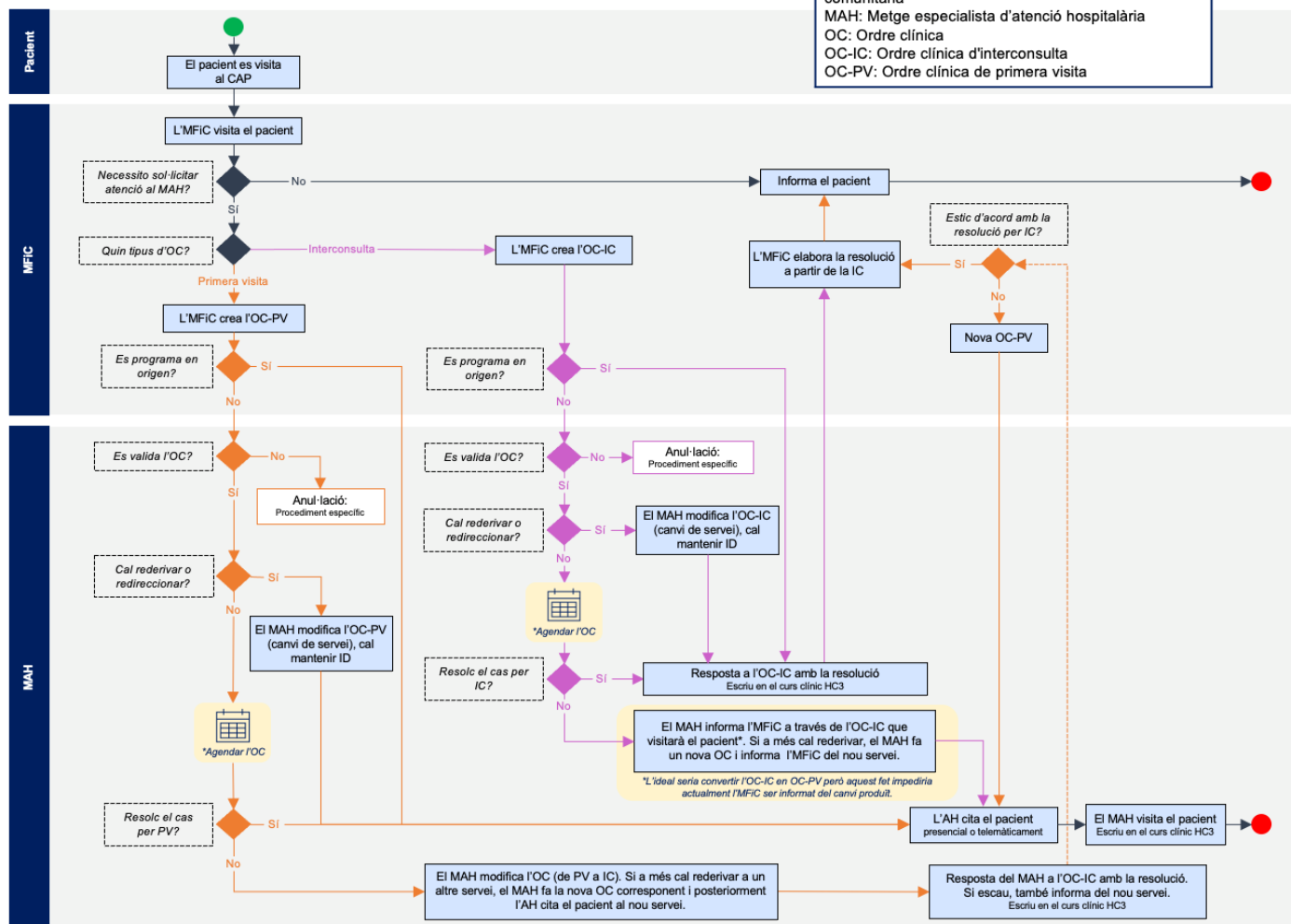
3 La sol·licitud d'atenció hospitalària per part del metge de família i comunitària

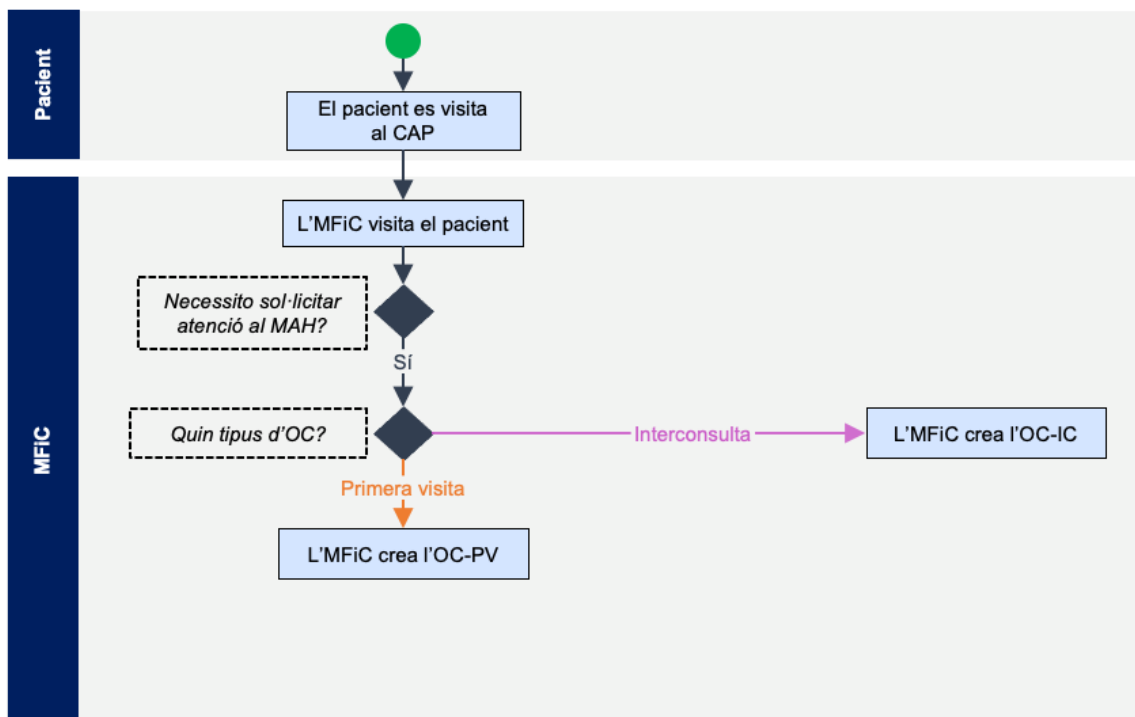
Figura 2. Inici de la sol·licitud d'atenció hospitalària per part del metge de família i comunitària

Sol·licitud d'AH per part de l'APiC

Diagrama de fluxos del procés assistencial

LLEGENDA	
MFIC:	Metge especialista en medicina familiar i comunitària
MAH:	Metge especialista d'atenció hospitalària
OC:	Ordre clínica
OC-IC:	Ordre clínica d'interconsulta
OC-PV:	Ordre clínica de primera visita





Font: elaboració pròpia.

En tots els casos, cal que l'MFiC faci una ordre clínica (OC) per sol·licitar l'atenció al MAH. Es pot utilitzar l'OC **interconsulta** sense pacient (OC-IC) o bé l'OC **primera visita** (OC-PV).

Tipus d'OC	Codi	Descripció ECAP
OC-IC	AD00044	Interconsulta clínica (sense pacient)
Cercador catàleg proves Descripció: INTER Consulta Proves Descripció Codi INTERCONSULTA CLÍNICA (SENSE PACIENT) AD00044		
OC-PV	AD00001	Primera visita
Cercador catàleg proves Descripció: PRIMERA Consulta Proves Descripció Codi PRIMERA VISITA AD00001		

L'OC ha de contenir la **informació rellevant** derivada d'una anamnesi dirigida, l'exploració física adient i les proves complementàries bàsiques realitzades. Per al bon funcionament del circuit, és imprescindible establir pactes a nivell territorial per definir les proves complementàries bàsiques prèvies a la sol·licitud d'atenció al MAH.

En la majoria de casos, l'OC s'adreça a un únic servei hospitalari i pot contenir un o més problemes simultanis susceptibles de ser abordats pels especialistes del servei sol·licitat. Tanmateix, hi ha serveis que integren funcionalment subespecialitats o bé també pot haver unitats funcionals multidisciplinàries per a l'atenció de processos específics (per exemple, la consulta de genoll del servei de traumatologia). Si aquest és el cas, el servei de destinació de l'OC cal que sigui la subespecialitat o unitat funcional (com a text lliure o bé, si està parametritzat, com a desplegable) i remetre només els motius de consulta relacionats. Per tant, si hi ha diverses subespecialitats implicades o unitats funcionals cal adreçar a cadascuna el motiu de consulta específic. En aquests casos, cal vetllar especialment per tenir un pla funcional amb tots els circuits definits per tal que tots els àmbits es relacionin de forma adequada.

L'OC ha d'incorporar una reflexió clínica i una **orientació diagnòstica**. Per poder resoldre d'una manera eficient la consulta cal especificar de forma clara i concisa el motiu de consulta. Si el curs clínic de l'ECAP no està adaptat, caldrà elaborar un text *ad hoc* per incorporar-lo a l'OC.

És responsabilitat del MFIC que sol·licita la IC posar la informació rellevant i pactada per la seva emissió (i si cal adjuntar documents).

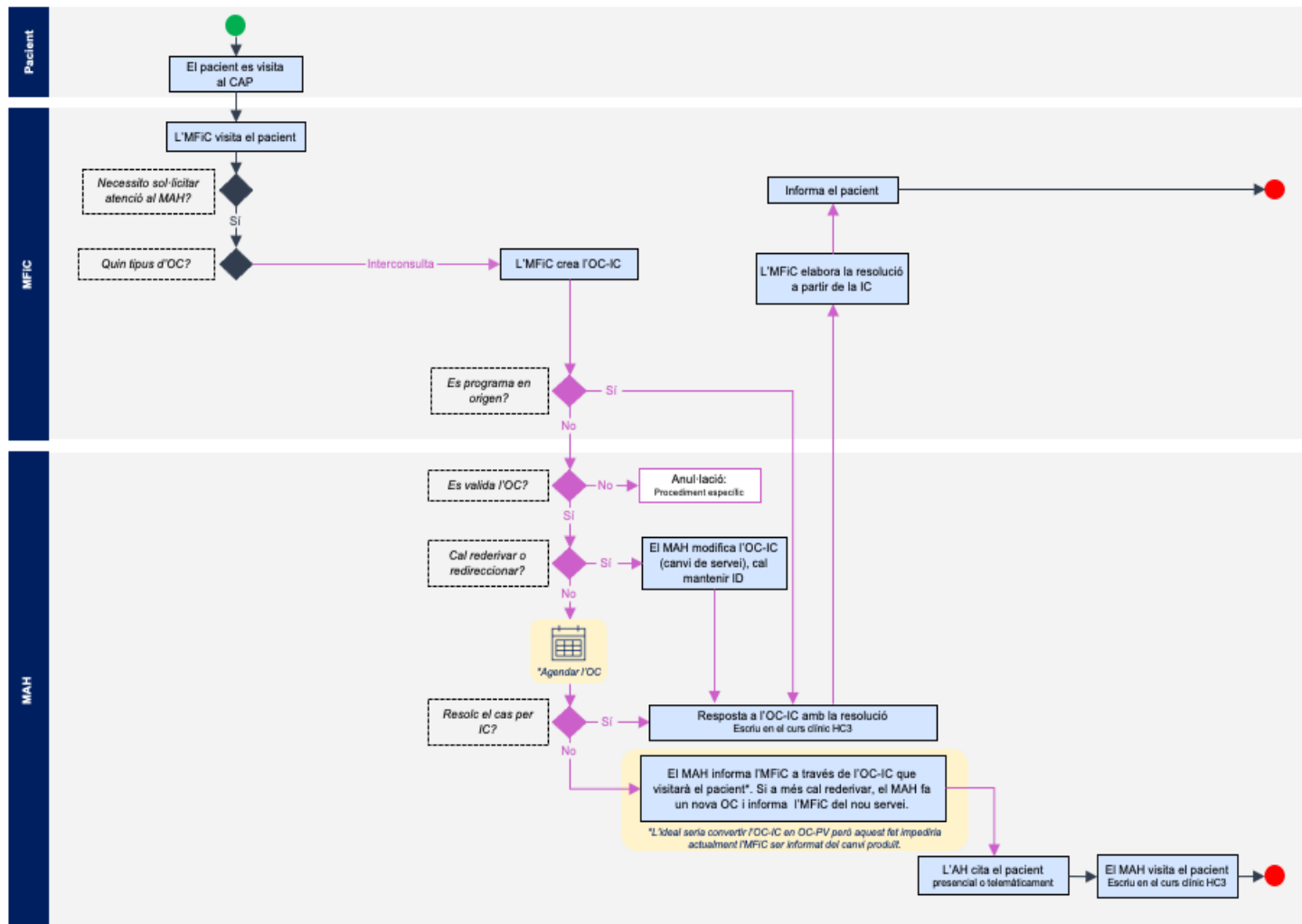
Què fa el MAH quan manca informació a l'OC?

La falta d'informació per a la presa de decisió del MAH s'ha de gestionar sol·licitant la informació necessària a través de la mateixa OC rebuda i com a OC-IC (si l'OC rebuda és una OC-PV primer caldrà reconvertir-la en OC-IC). Aquesta situació no ha de constituir en cap cas un motiu d'anul·lació de l'OC.

L'MFiC informa la persona que ha sol·licitat l'atenció al MAH, el tipus d'atenció que ha sol·licitat i de qui rebrà una resposta.

- Si l'MFiC sol·licita una **interconsulta** (OC-IC), el MAH valora el cas, elabora la resposta i n'informa l'MFiC, i aquest informa la persona del resultat de l'OC-IC. En cas que el MAH consideri que en lloc de resoldre el cas mitjançant una IC cal visitar el pacient (presencialment o telemàtica), caldrà que informi l'MFiC del canvi mitjançant la mateixa OC-IC rebuda. Després, des de l'hospital s'ha d'informar la persona que el resultat de la interconsulta és una visita i que se li ha de fer la citació oportuna.

Figura 3. Itinerari quan l'MFiC sol·licita atenció a través de l'OC Interconsulta

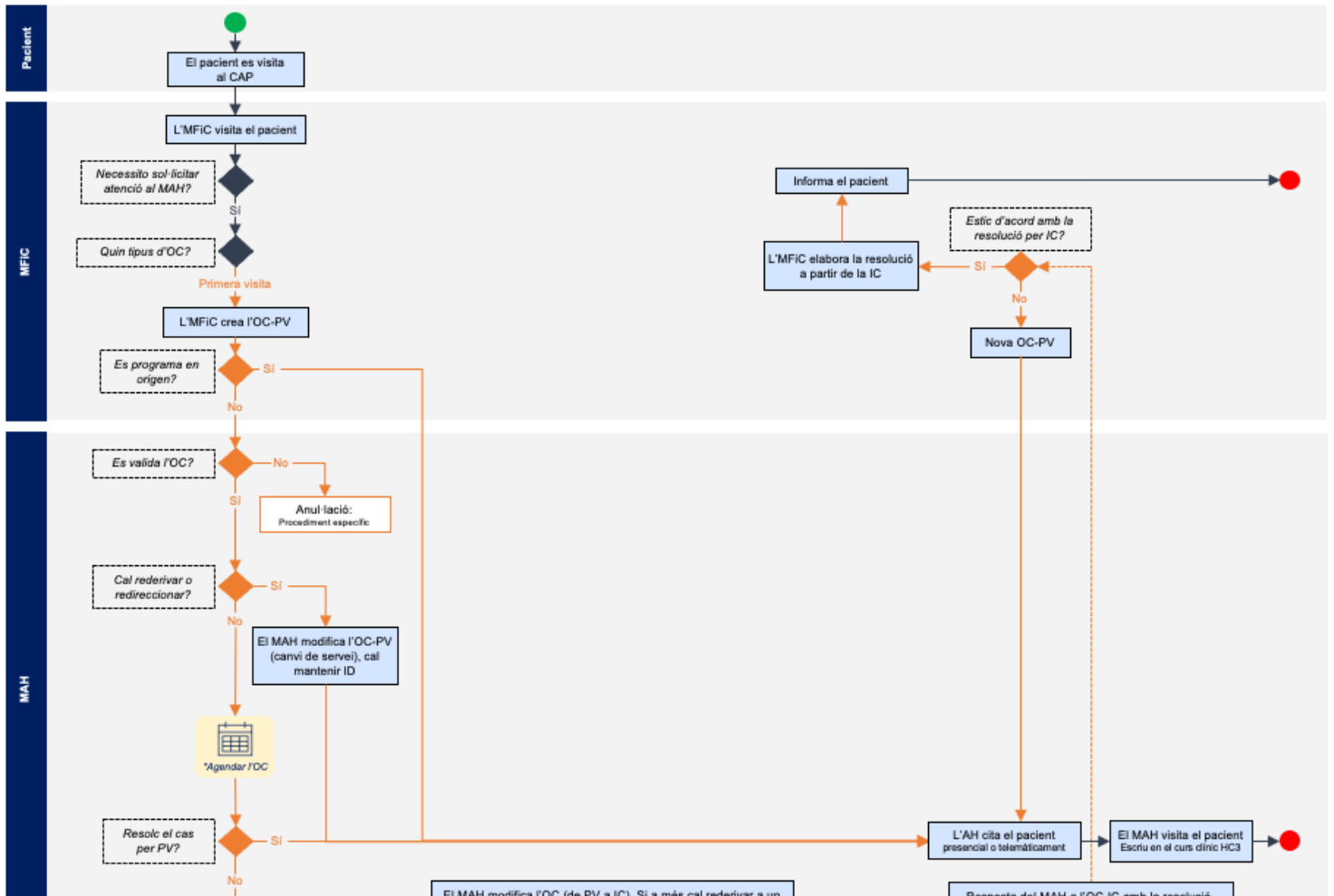


Font: elaboració pròpia.

- Si l'MFiC sol·licita una **primera visita** (OC-PV) al MAH, amb caràcter general, el MAH visita el pacient; l'MFiC coneix a través de l'ECAP quan es realitza la visita, així com també pot consultar-ne el resultat en el curs clínic. Si el MAH considera que, en lloc de resoldre el cas mitjançant una PV és necessària una IC prèvia, el MAH ha de convertir l'OC-PV en OC-IC –mantenint el número d'identificació– i informa l'MFiC del canvi a través de l'OC. L'MFiC rebra la notificació corresponent i caldrà que informi el pacient del canvi que s'ha produït així com de la resposta a la IC.

Si després que el MAH hagi respost la IC, l'MFiC considera que és necessari fer una **segona OC-PV^c**, pot emetre-la i, en aquest cas, **l'OC-PV no pot donar lloc a una segona conversió** en interconsulta.

Figura 4. Itinerari quan l'MFiC sol·licita atenció a través de l'OC Primera Visita



Font: elaboració pròpia.

^c Es treballa en poder recuperar l'OC inicial per així evidenciar que el procés assistencial d'origen no s'ha resolt.

En alguns casos, el motiu de sol·licitar l'atenció al MAH és l'exigència de la persona. En l'OC caldrà indicar el motiu clínic, allò que se li ha argumentat, i que el motiu de l'OC és l'exigència de la persona atesa.

Què he de tenir en compte quan faig una sol·licitud d'atenció hospitalària?

1. Sempre haig de fer una OC: interconsulta o bé primera visita.
2. Especifico clarament el motiu de consulta: recullo la informació rellevant (anamnesi, d'exploració física i proves complementàries pactades, si s'escau) i faig una reflexió crítica amb una orientació diagnòstica i una exposició del resultat que espero de la derivació. Evito copiar el curs clínic si no està adaptat.
3. Remeto la sol·licitud a l'especialitat que crec que pot respondre la necessitat de salut de la persona atesa, d'acord amb els pactes territorials (subespecialitats, unitats funcionals, criteris de derivació específics per especialitat, proves complementàries, entre d'altres).
4. Identifico la prioritat.

4 La resposta de l'atenció hospitalària a la sol·licitud de l'MFiC

4.1 Resposta a les OC-IC

Cal respondre totes les OC tipus IC mitjançant l'OC rebuda per tal que l'MFiC se n'assabenti i rebi un avís a l'ECAP.

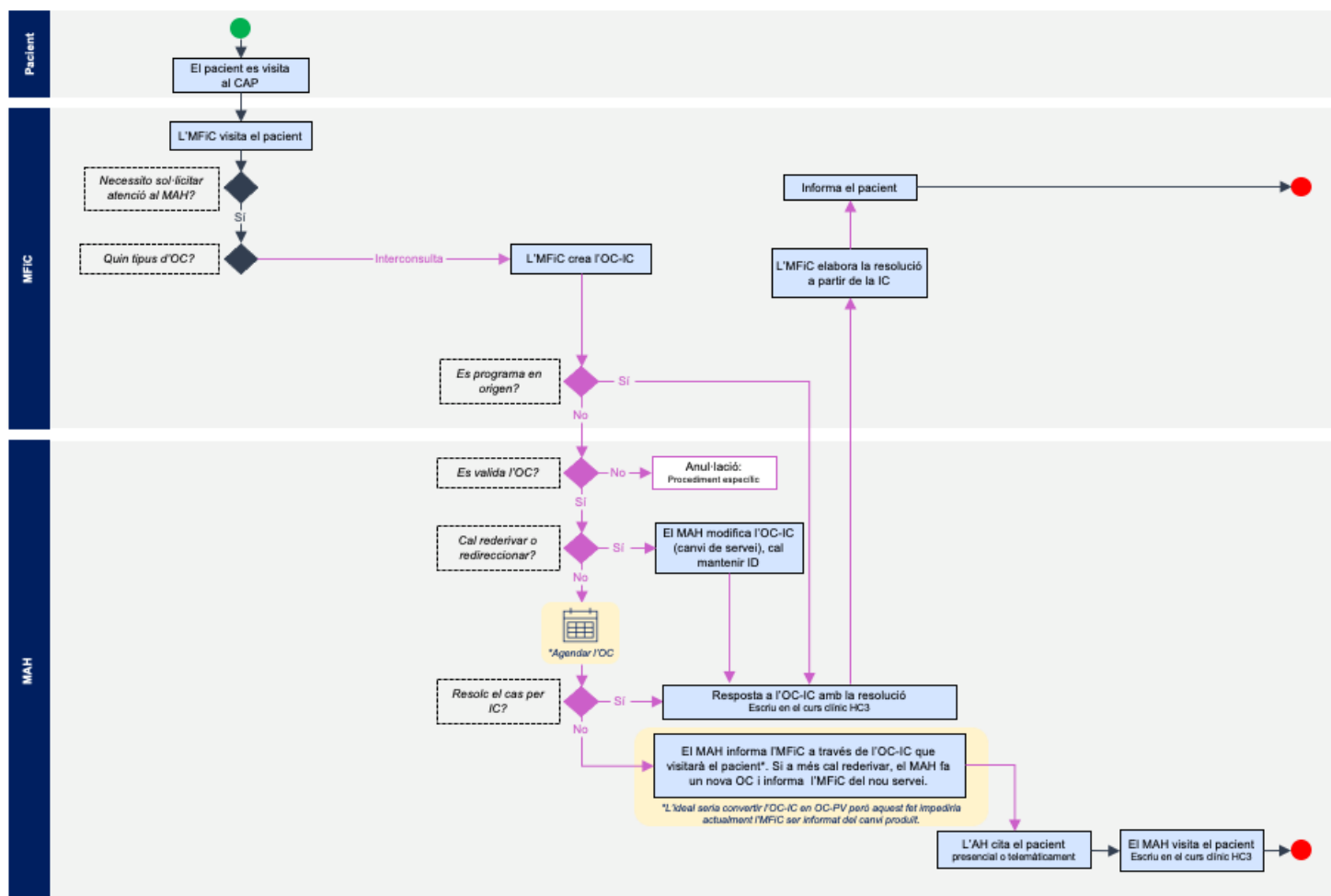
El temps de resposta a una OC-IC ha de ser, com a màxim, de 15 dies naturals des de la data d'emissió.

La resposta a l'OC-IC pot consistir en la resposta clínica a la interconsulta o bé, si el MAH ho decideix així, en la informació que el pacient serà visitat (vegeu l'annex 1 pel que fa a les regles de derivació).

Quan el MAH decideix que **l'OC-IC requereix visitar el pacient (presencialment o telemàtica)**, cal que aquest informi el MFiC del canvi a través de la mateixa OC-IC.

- D'aquesta manera, l'MFiC coneix el canvi d'IC a PV a través de l'OC-IC.

Figura 5. La resposta del MAH a l'OC-IC



Font: elaboració pròpia.

Tant si el MAH decideix que l'OC-IC ha de ser una visita (presencial o telemàtica) com si decideix derivar el pacient a un servei diferent del previst d'entrada, cal que l'AH informi el pacient del canvi i en gestioni la citació.

Taula 1. Informació que ha de constar a l'OC que emet el MAH en el moment de respondre l'OC-IC

Informació que cal compartir entre professionals de salut en el moment de respondre l'OC-IC cap als serveis de salut implicats en l'atenció

- Orientació diagnòstica fonamentada del problema de salut que és motiu de la sol·licitud d'atenció.
- Objectius del tractament proposat.

- Intervencions indicades, inclou proves complementàries d'acord amb el protocol.
- Recomanacions de pautes adreçades a la millora clínica i a l'autocura, per dur a terme de forma continuada en el temps per part de la persona i el seu entorn de cura.
- Suport indicat a domicili/adaptació de l'entorn.
- Criteris de nova derivació-interconsulta al MAH.
- Presència de dimensions de la valoració social i psicosocial que poden comprometre el tractament.

4.2 Resposta a les OC-PV

Amb caràcter general, les OC-PV es resolen per via presencial o telemàtica amb el pacient, segons decideixi el MAH i tenint en compte la seva prioritat, que l'MFiC hauria de conèixer a través de l'ECAP (a través OC) quan es realitza i també pot consultar-ne el resultat en el curs clínic. Llevat que el CAP faci programació en origen, és l'AH qui programa la visita presencial o telemàtica i n'informa la persona.

El MAH –llevat que es faci programació en origen– pot decidir resoldre una **OC-PV com una IC** adreçada a l'MFiC, sense veure el pacient. En aquest cas, cal que el **MAH transformi l'OC-PV en OC-IC, mantenint la ID**, i emeti la resposta oportuna a través de l'OC-IC.

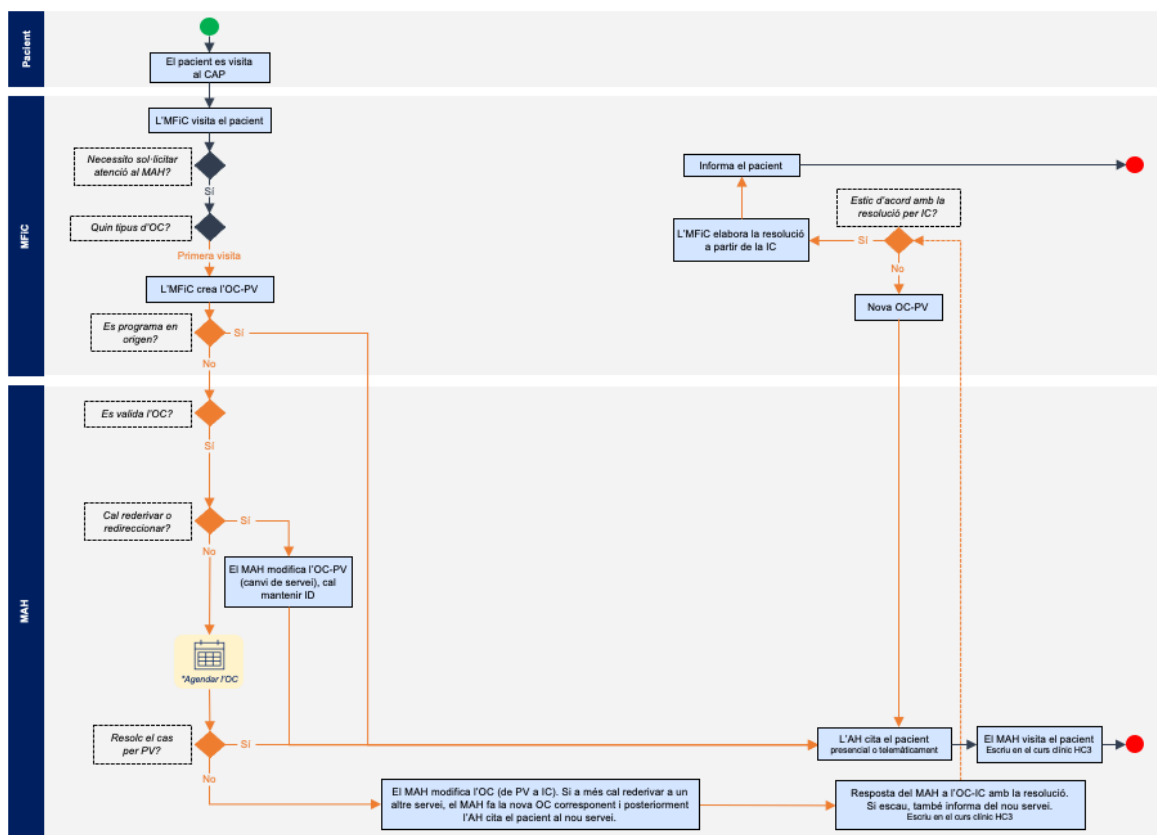
- En aquest cas, l'MFiC coneix el canvi a través de l'OC-IC.

El temps de resposta a una OC-IC ha de ser, com a màxim, de 15 dies naturals des de la data d'emissió, per la qual cosa el temps de reconversió d'una OC-PV a una OC-IC ha de produir-se en aquest termini.

Si el MAH rep una segona sol·licitud OC-PV pel mateix motiu clínic, la resolució ha de consistir necessàriament en una visita al pacient (presencial o telemàtica), i no pot donar una resposta a l'MFiC sense haver atès el pacient.

- En aquest cas, l'MFiC coneix a través de l'ECAP quan es realitza la visita i pot consultar el resultat al curs clínic.

Figura 6. La resposta del MAH a l'OC-PV



Font: elaboració pròpia.

D'acord amb aquest model, només es pot fer un canvi d'OC-PV a OC-IC per una mateixa persona i motiu en el període d'un mes. En conseqüència, una segona OC-PV no pot reconvertir-se en OC-IC de nou. Aquesta limitació no està parametrizada, sinó que és el professional que valora l'OC-PV qui ha de verificar que no hi hagi una OC prèvia pel mateix motiu i persona.

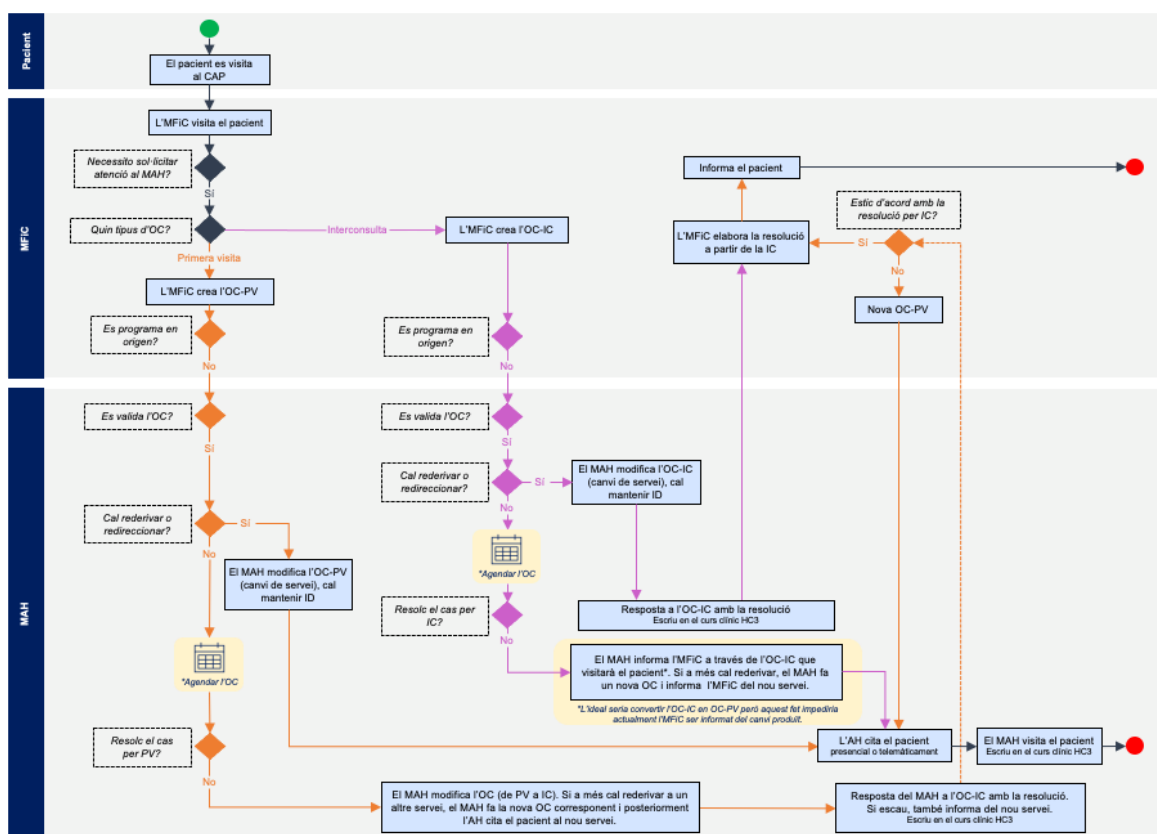
4.3 Rederivació de les OC

Rederivar o redireccionar consisteix a canviar el servei de destinació de l'OC a una especialitat del mateix centre diferent de la que l'MFiC havia indicat inicialment. L'acció es pot dur a terme en dos moments diferents i el procediment és diferent:

- Durant la validació: quan el MAH valora l'OC i considera que cal redirigir o redireccionar a un servei diferent per donar una resposta a l'OC, és el MAH qui modifica l'OC inicial rebuda –mantenint la ID–.
- Durant l'atenció del cas (tant si és una OC-IC o una OC-PV): quan el MAH considera que cal fer una rederivació addicional per completar l'atenció, el MAH crea una OC nova i caldria especificar el motiu i el servei derivat.

Si el MAH valora que cal rederivar o redireccionar, ni anul·la l'OC ni tampoc demana a l'MFiC que en faci una de nova, sinó que o bé el MAH reconverteix l'OC inicial o bé en fa una de nova. L'AH es preocupa també de citar el pacient i informar-lo.

Figura 7. Itinerari quan el MAH rederiva l'OC a un altre servei



Font: elaboració pròpia.

5 Proves complementàries

La petició de **proves complementàries** la sol·licita l'MFiC o el MAH d'acord amb allò que s'hagi pactat en el territori:

- L'MFiC sol·licita amb caràcter general les proves complementàries que considera oportunes i que estan dins de la seva cartera de serveis i el seu àmbit de resolució, i d'acord amb el pacte territorial específic.
- El MAH sol·licita les proves complementàries que considera oportunes –per a totes les visites i interconsultes– tot procurant evitar duplicitats i d'acord amb el pacte territorial específic.

- A més, el MAH pot proposar una prova determinada a l'MFiC si, en funció del resultat, l'MFiC pot prendre decisions sobre l'atenció a la persona i pot decidir si cal (o si no cal) que la persona sigui atesa pel MAH.
- Si el pacte territorial específic preveu que l'MFiC aportï una determinada prova i aquesta manca, el MAH pot requerir per OC-IC a l'MFiC que la inclogui.

Què he de tenir en compte quan responc una sol·licitud d'atenció de l'MFiC?

1. Responc a través de l'OC-IC. Disposo de 15 dies naturals per fer-ho.
2. És imprescindible pactar territorialment quines proves complementàries demana l'MFiC i quines demana el MAH.
3. Una sol·licitud de visita es pot resoldre com a una visita al pacient en modalitat telemàtica sempre que el diagnòstic i el tractament no impliquin exploracions addicionals.
4. Si rebo una segona petició de l'MFiC, cal que atengui les seves raons, ja que té informació de primera mà de l'evolució de la persona atesa.
5. Si cal que l'atenció la faci una especialitat diferent de la inicialment sol·licitada per l'MFiC, faig la rederivació, modifico l'OC però mantinc el codi d'identificació.
6. Especifico si dono per resolt l'episodi o si proposo un control o una visita de seguiment i la data aproximada en què s'ha de fer.

En el casos de problemes de salut greus (p.ex. oncològics) és important que la comunicació entre el MAH, l'MFiC i la persona atesa sigui àgil i personalitzada. Cal evitar que sigui l'MFiC qui informi el pacient de decisions en les quals no ha pres part, ja que li manca informació indispensable per a una bona atenció.

6 Programació en origen o posterior a la validació de l'OC per part de l'AH

Aquest model planteja que l'MFiC proposa una modalitat (IC o PV) i que, posteriorment, el MAH, un cop ha valorat el cas, pot proposar-ne una de diferent. Aquest fet comporta que amb caràcter general no es prevegi la programació de visites en origen, és a dir, en el mateix moment en què el pacient surt de la consulta de l'MFiC amb l'OC. La programació en origen presenta diversos avantatges pel que fa al pacient, tanmateix cal destacar els avantatges de la validació prèvia a la programació de visites que duu a terme l'AH:

1. A partir de la informació clínica que consta a l'OC i de la seva pròpia valoració, l'AH pot ajustar la prioritització de l'atenció feta per l'MFiC i assignar-li caràcter urgent, preferent o ordinari.
2. A partir de la informació clínica que consta a l'OC i de la seva pròpia valoració, l'AH pot ajustar la proposta de modalitat d'atenció feta per l'MFiC i canviar una PV per IC i viceversa.
3. A partir de la informació clínica que consta a l'OC i de la seva pròpia valoració, el MAH pot sol·licitar proves complementàries prèvies a la visita per tal de millorar la capacitat de resolució.
4. A partir de la informació clínica que consta a l'OC i de la seva pròpia valoració, el MAH pot rederivar al servei o subespecialitat que consideri més adient.

Els avantatges de la validació prèvia són especialment destacats en cas que hi hagi llista d'espera o quan hi ha dubtes pel que fa a la idoneïtat de la modalitat d'atenció en funció dels diferents motius de consulta.

7 La relació entre els professionals dels diferents àmbits

S'aconsellaria que l'MFiC i el MAH es coneguin i que puguin compartir les dades de contacte professional. Les sessions clíniques presencials o telemàtiques i les activitats formatives o informatives són exemples d'espais on garantir aquest contacte. També és important que els professionals coneguin l'espai físic, els circuits i dinàmiques bàsiques del funcionament de cada servei. Així per exemple, es proposa que l'MFiC es traslladi un cop a l'any a l'hospital i que el MAH faci el mateix al CAP amb el mateix propòsit.

A més, cal mantenir un contacte regular, estimat en 2-3 trobades anuals, per fer una valoració conjunta de la qualitat del procés de derivació, dels criteris seguits, i de la resolució dels problemes de salut dels pacients, des d'una perspectiva de millora contínua.

**Aquest document es difondrà i estarà en revisió de la seva implementació, analitzant des del departament i les regions sanitàries, la qualitat, la taxa de derivacions i també la demora entre altres indicadors.*

Annex 1: Regles de derivació

Les regles de derivació ens permeten dirigir les peticions de visites al MAH (primeres visites i interconsultes) segons els fluxos que cada territori hagi determinat i acordat.

No totes les entitats fan servir regles de derivació, però si n'utilitzen s'aconsella que les defineixin d'acord amb les indicacions següents per tal d'ajustar-les al model de relació AP-AH.

1. Regles de sortida

En les regles de sortida les úniques prestacions que s'han de considerar són les primeres visites (AD00001) i interconsultes (AD00044).

- Posar l'especialitat de destinació.
- Posar l'especialitat d'origen (si s'escau).
- Posar la UP destinatària.

[definiciones]

si

la prestació de la sol·licitud de derivació - sortida exactament es ▼ "AD00001 - Primera visita" ✖
y l'especialitat desti de la sol·licitud de derivació - sortida està en { ▼ "Indefinit Buit" [+] } ✖
y l'especialitat origen de la sol·licitud de derivació - sortida està en { ▼ "Indefinit Buit" [+] } ✖

↳

entonces

usa tipus missatgeria ▼ "WIFIS_DERIVACIONES - WIFIS_DERIACIONES" a la proposta de derivació ✖
deriva a ▼ "Indefinit Buit" i afegeix la proposta de derivació a les propostes de derivació ✖

↳

[sino]

Les derivacions de primeres visites i interconsultes van sense control econòmic.

2. Regles d'entrada

En les regles d'entrada les úniques prestacions que s'han de considerar són les primeres visites (AD00001) i interconsultes (AD00044).

- Posar l'especialitat d'origen (si s'escau)
- Posar l'especialitat de destinació
- Posar la UP d'origen (si s'escau)

Per a facilitar el canvi de prestació entre primeres visites i interconsultes es aconsellable que la derivació no es programi en origen, ja que si surt programat des d'origen hi ha una expectativa sobre el que es realitzarà i la data. En aquest cas s'ha d'informar el control de programació a "Falso".

Per aquells fluxos que estiguin pactats entre l'AP i l'AH amb protocols d'atenció que facin que el canvi de prestació sigui molt poc freqüent sí que es desitjable que el ciutadà surti amb la derivació citada en origen i, en aquest cas, el control de programació s'ha d'informar a "verdadero".

[definiciones]

si

la prestació de la sol·licitud de derivació - entrada exactament es ▼ "AD00044 - Interconsulta clínica (sense pacient)" ✘
y l'UP del centre de la sol·licitud de derivació - entrada está en { ▼ "Indefinit Buit" [+] } ✘
y l'especialitat desti de la derivació sol·licitada es ▼ "Indefinit Buit" ✘



entonces

informa Control Programacio falso [y/o] a la derivació resultant ✘
es permet la derivació sol·licitada i s'afegeix la derivació resultant a les derivacions resultants , amb el servei ▼
"Indefinit Buit" i la unitat de tractament ▼ "Indefinit Buit" ✘



[sino]

La darrera frase sempre ha de ser "es permet la derivació sol·licitada i s'afegeix la derivació resultant" amb les característiques del servei / unitat / agenda on s'atendrà al ciutadà.

Annex 2: Consideracions tècniques per al traçat de les derivacions

Cal garantir que l'MFiC i el MAH disposen de la mateixa informació corresponent a la derivació que s'hagi generat en el model de relació.

Per a garantir-ho el sistema de derivacions IS3 utilitza l'identificador únic de flux (IDflux) que relaciona de manera inequívoca tots els missatges corresponents a una derivació encara que es canviï el servei al qual va dirigida la derivació o la prestació que s'acabarà realitzant.

És per això que és molt important que en els centres destinataris de les derivacions es mantingui l'IDflux quan es facin canvis de primeres visites a interconsultes i a l'inrevés, o quan es facin redireccionaments interns cap a altres serveis.

1. L'ID de flux

Des de la versió 2.0.1 de WiFIS, s'incorpora un ID de flux com a identificador únic que permet als centres i a la plataforma identificar de manera única cadascuna de les derivacions, així com poder seguir el flux de missatges d'una mateixa derivació.

El procediment utilitzat per a la creació de l'ID de Flux és el següent:

- El centre peticionari crea la petició amb el seu número de derivació informat en el camp ORC.2.EI.1 i ha d'enviar el missatge. El camp ORC.4 s'ha d'informar amb el node **bit**.
- Quan la plataforma rep el missatge, i la validació de l'estructura és correcta, crearà l'ID de Flux (un número de seqüència únic).
- Un cop creat aquest ID, la plataforma realitzarà la següent acció:
 - Incloure el nou ID de Flux en el camp ORC.4.EI.1 de la petició perquè el rebí el centre proveïdor. Quan el centre sol·licitant rebí l'ID de Flux (en el missatge Derivació Resposta Nova), haurà d'associar el seu número de derivació inicial amb el nou ID de Flux. I en la resposta ACK de comunicació que ha de retornar al peticionari (i que enruta la plataforma central), ha de contenir la següent estructura:

`<codi>WIFIS_OK</codi>`

`<descripcio>OK</descripcio>`

`<IDflux>000123450454839123</IDflux>`

- D'aquesta manera, el centre peticionari també obtindrà aquest ID de flux que permetrà identificar de manera unívoca el flux de missatges relacionats amb aquesta derivació.

- A partir d'aquest moment, tant el centre sol·licitant com el receptor, hauran d'utilitzar l'ID de Flux únic en el camp^d ORC.4.EI.1 (en el cas dels OMGs) per a tota la comunicació del procés de derivació, i incloure'l també en els ACKs de comunicació.

La localització de l'ID de Flux s'ha d'adjuntar als missatges en els següents camps:

Derivacions, Notificacions i Laboratori (OMG, ORG, ORU, OML, ORL):

- ORC.4.EI.1
- Cites (SIU, SQR, SRR): SCH.4.EI.1
- Cites (SQM, SRM): ARQ.4.EI.1

En el document "WiFIS v2.0.2 - Annex I - Serveis web i gestió de l'ACK" es mostren uns diagrames dels apartats 7.4, 7.5 i 7.6 on es pot entendre millor el funcionament de la creació i enrutament de l'ID de Flux quan el centre peticionari inicia la creació d'un procés.

2. Funcionament de l'ID de Flux en els missatges de resposta

L'ID de Flux sempre ha de venir també informat en els missatges de resposta, però en funció del tipus de missatge de resposta, l'ID de Flux pot venir informat en un lloc o en un altre.

2.1 En el cas de les respostes ACK XML bàsics (o generals):

En el cas de les respostes ACK d'aplicació generals, és a dir, els que com a molt poden tenir només 3 segments (segments MSH, MSA i ERR), l'ID de Flux vindrà informat sempre en el segment ERR. Això vol dir que el segment ERR és un segment obligatori i que encara que la resposta ACK que s'estigui retornant sigui positiva (sense la necessitat d'informar de cap error), l'ACK ha de contenir sempre almenys una repetició del segment ERR.

Això es fa d'aquesta manera perquè un ACK bàsic no conté el segment ORC per tal de poder informar l'ID de Flux.

En el cas de les respostes negatives (és a dir, respostes que retornen algun tipus d'error), en la primera repetició del segment ERR s'ha de fer servir per informar l'ID

^d En versions anteriors de WiFIS, el camp ORC.4 ja es feia servir en alguns missatges per indicar, per exemple, el número de derivació original quan es realitza una derivació addicional (missatge "Derivació Petició Addicional OMG^O19"). Actualment, en la versió ampliada, se substitueix el valor de l'ORC.4 per l'ID de flux, i així els centres podran mantenir aquesta funcionalitat si coneixen aquest ID de flux.

de Flux, i en les posteriors repeticions d'aquest segment s'han de fer servir per informar dels diferents tipus d'errors detectats.

El mode d'informar l'ID de Flux en el segment ERR és el següent:

```
<ERR>
<ERR.3>
<CWE.1>0</CWE.1>
<CWE.2>(es pot deixar buit)</CWE.2>
<CWE.3>(es pot deixar buit)</CWE.3>
</ERR.3>
<ERR.4>("E" si l'ACK retorna errors, o "I" si l'ACK és positiu)</ERR.4>
<ERR.5>
<CWE.1>(ID de Flux)</CWE.1>
<CWE.2>(opcionalment es pot posar el text "ID de Flux")</CWE.2>
<CWE.3>(es pot deixar buit)</CWE.3>
</ERR.5>
<ERR.7>(es pot deixar buit)</ERR.7>
</ERR>
```

2.2 En el cas de les respostes ACK XML que no són bàsiques:

Aquest cas s'aplica a les respostes ACK que contenen més segments a part dels MSH, MSA o ERR dels dominis de Derivacions, Cites i Laboratori. Aquests missatges són:

- ORG^O20
- SRR^S01
- SQR^S25
- ORL^O22

Quan les respostes són positives i, per tant, no estan retornant cap tipus d'error, l'ID de Flux vindrà informat en els camps indicats en les definicions Excel:

- ORG^O20 → camp ORC.4.EI.1
- SRR^S01 → camp SCH.4.EI.1
- SQR^S25 → camp SCH.4.EI.1
- ORL^O22 → camp ORC.4.EI.1

Però en el cas en què les respostes estiguin retornant un error, només vindran informats els segments MSH, MSA i ERR en aquests missatges i, per tant, l'ID de Flux anirà informat en la primera repetició del segment ERR (de la mateixa manera que en l'ACK general).

Per a més informació a l'espai de treball [eSalut](#), apartat de [documentació](#) (accés restringit a entitats proveïdores del SISCAT).

Referències bibliogràfiques

¹ Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2021. Disponible a [l'enllaç](#).

² Drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: Departament de Salut; 2015. Disponible a [l'enllaç](#)

³ Resolució JUS/3841/2021, de 21 de desembre, per la qual s'inscriu al Registre de col·legis professionals de la Generalitat de Catalunya el Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Disponible a [l'enllaç](#).