

Assumpte

Criteris i actuacions de millora de la coordinació i continuïtat assistencial, accessibilitat i resolució.

Criteris i actuacions de millora de la continuïtat dels tractaments farmacològics entre atenció primària i atenció especialitzada.

Índex

1. Exposició de motius
2. Objecte
3. Àmbit d'aplicació
4. Criteris i actuacions de millora de la coordinació i continuïtat assistencial, accessibilitat i resolució
 - 4.1. Derivacions i visites successives
 - 4.2. Formalització de sol·licituds de proves complementàries
 - 4.3. Criteris sobre la informació de llistes d'espera d'atenció especialitzada ambulatoria que ha d'estar a disposició del personal mèdic d'atenció primària
5. Criteris i actuacions de millora de la continuïtat dels tractaments farmacològics entre atenció primària i atenció especialitzada
 - 5.1. Homogeneïtat de criteris en la selecció de medicaments. Mecanismes de coordinació clínica
 - 5.2. Continuïtat dels tractaments farmacològics en atenció especialitzada ambulatoria
 - 5.3. Continuïtat del tractament farmacològic a l'alta
 - 5.4. Garantia de seguretat en la utilització dels medicaments
 - 5.5. Receptes privades
6. Gestió d'informació i de documentació
 - 6.1. Mecanismes i instruments TIC
 - 6.2. Comissió per a la millora de les actuacions d'informació i de documentació que porten a terme les i els professionals sanitaris
7. Entrada en vigor

1. Exposició de motius

La millora progressiva en el funcionament del sistema sanitari públic comporta aprofundir en la plena i efectiva realització dels principis que l'informen.

En aquest sentit:

- l'accessibilitat de la persona usuària a les estructures d'atenció pertinents i adequades a l'atenció sanitària requerida;
- l'adequació de l'atenció sanitària als corresponents nivells de resolució;
- la coordinació entre nivells i dispositius assistencials;
- la continuïtat assistencial en el si de la xarxa sanitària d'utilització pública, i
- l'ús racional i eficient dels recursos per part de les i els professionals sanitaris en el si dels corresponents dispositius sanitaris idonis,

són dimensions que cal relacionar i articular d'una forma equilibrada, de manera que s'aconsegueixi un harmònic funcionament del sistema sanitari públic, i d'acord amb uns processos de presa de decisions que coadjuvin al fet que el sistema sanitari públic sigui equitatiu, de qualitat, eficient i sostenible.

Pel que fa a la prestació farmacèutica, els articles 81 i 82 de la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, preveuen un conjunt de funcions i actuacions als efectes de garantir l'ús racional dels medicaments en l'atenció primària de salut i en l'atenció hospitalària i especialitzada.

L'assoliment de l'ús racional dels medicaments, de la seguretat dels tractaments i del correcte seguiment recomanen promoure espais compartits, mitjans tecnològics i mecanismes i instruments de coordinació clínica que afavoreixin el desenvolupament de les funcions i responsabilitats de les i els professionals en el marc d'aquestes finalitats comunes i compartides, sense perjudici de les funcions i responsabilitats pròpies de cada professional.

Es considera necessari establir criteris i actuacions de millora de la coordinació i continuïtat assistencial, accessibilitat i resolució, com també criteris i actuacions de millora de la continuïtat dels tractaments farmacològics entre atenció primària, hospitalària, salut mental i sociosanitària.

Es persegueix visualitzar un marc sinèrgic, comú i compartit que permeti assolir els principis referits i objectius del sistema sanitari públic a través de la integració de les funcionalitats i dels objectius compartits en els diferents nivells i dispositius assistencials.

Així mateix, les diferents actuacions previstes s'han de poder implantar, de forma progressiva, en el marc de la història clínica compartida i de la recepta electrònica. En aquest sentit, aquests instruments i la intensitat en el procés d'implantació de les TIC han de contribuir a facilitar la gestió de l'atenció, la continuïtat assistencial i la progressiva disminució dels costos de transacció, d'informació i de documentació.

L'article 6.c de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya estableix que són finalitats del Servei Català de la Salut la coordinació de tot el dispositiu sanitari públic i de cobertura pública i la millor utilització dels recursos disponibles.

Així mateix, l'article 7.f de l'esmentada Llei 15/1990, de 9 de juliol, estableix que és funció del Servei Català de la Salut, entre d'altres, l'establiment de directrius generals i criteris d'actuació vinculants quant als centres, els serveis i els establiments adscrits funcionalment al Servei Català de la Salut, pel que fa a la seva coordinació amb el dispositiu sanitari públic.

L'article 10.2 del Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut (SNS) i el procediment per a la seva actualització, estableix que les persones usuàries de l'SNS tenen dret a la tramitació dels procediments administratius necessaris per garantir la continuïtat de l'atenció sanitària.

D'acord amb el que disposa l'article 10 del Decret 345/2001, de 24 de desembre, pel qual es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut, pel que fa a la possibilitat d'emetre instruccions per part d'aquest ens.

D'acord amb la consellera de Salut i en exercici de les facultats atorgades pels articles 16 i 17 de la Llei 15/1990, d'ordenació sanitària de Catalunya, dicto aquesta Instrucció.

2. Objecte

Aquesta Instrucció té per objecte establir criteris i actuacions de millora de la coordinació i

continuïtat assistencial, accessibilitat i resolució, així com criteris i actuacions de millora de la continuïtat dels tractaments farmacològics entre atenció primària i atenció especialitzada.

En l'atenció especialitzada s'inclouen els serveis dels hospitals d'aguts, els serveis d'atenció a la salut mental i les addiccions i els serveis socio-sanitaris.

3. Àmbit d'aplicació

Servei Català de la Salut (CatSalut).

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

4. Criteris i actuacions de millora de la continuïtat del tractament i de la coordinació assistencial, accessibilitat i resolució

4.1. Derivacions i visites successives

a) Visites successives

Les visites successives s'han de programar des del centre o servei on es generen.

En cas de visita successiva posterior al període d'un any des de la primera sol·licitud, no es pot considerar com a una visita successiva, sinó que s'ha de considerar com a primera visita, per la qual cosa el metge o metgessa l'ha de gestionar com a primera visita.

b) Derivacions

Amb caràcter general, d'acord amb el procés assistencial corresponent, la derivació d'un metge o metgessa del servei d'urgències o especialista hospitalari a un metge o metgessa d'atenció especialitzada no requereix el document de derivació del metge o metgessa d'atenció primària.

Quan es produeixi aquest tipus de derivació, la derivació s'ha de fer informant al metge de família o pediatre i amb els mateixos criteris i circuits que la derivació des de l'atenció primària, és a dir, amb la mateixa via d'accés a les agendes, la mateixa llista d'espera i, si escau una visita preferent, amb la mateixa definició i criteris que s'estableixi per a la relació atenció primària - atenció especialitzada.

En el cas que el metge o metgessa d'atenció especialitzada –hospitalari o d'urgències–

només faci una recomanació, és el metge o metgessa d'atenció primària (de família o de pediatria) que fa o no la indicació.

4.2. Formalització de sol·licituds de proves complementàries

El principi general és que el metge o metgessa responsable de generar o d'indicar la realització de la prova complementària és el mateix metge que la demana, i també és el responsable d'informar-ne el pacient.

El metge de família i pediatre poden indicar les proves complementàries que considerin adients i de forma prèvia a una possible derivació, sobre la base dels protocols acordats amb l'atenció especialitzada.

Amb caràcter general, es considera que la programació de la prova s'ha de fer des del centre sanitari que atén el o la pacient. El o la pacient ha de disposar del corresponent document al sortir del centre, de forma que el metge o metgessa de qualsevol línia assistencial que atén el pacient no ha de perquè formar part del circuit, en cas que sigui a demanda del personal mèdic especialista (de l'hospital o del centre d'assistència primària).

Sense perjudici, en qualsevol cas, de la necessitat que se l'informi via història clínica compartida o, si escau, per qualsevol altre mecanisme idoni.

4.3. Criteris sobre la informació de llistes d'espera d'atenció especialitzada ambulatoria que ha d'estar a disposició del personal mèdic d'atenció primària.

Es considera que les entitats proveïdores han de facilitar i garantir que el metge o metgessa d'atenció primària disposa de la informació necessària i actualitzada sobre llistes d'espera d'atenció especialitzada ambulatoria en el moment de sol·licitud d'una derivació a un altre nivell assistencial –inclòs salut mental i altres programes específics–, per tal de valorar-ne el nivell de preferència d'acord amb protocols preestablerts.

Es considera que la informació sobre el temps promig d'espera de llistes d'espera ha d'estar disponible per al personal mèdic d'atenció primària. A aquest efecte, els centres especialistes els han de facilitar la informació corresponent, preferent i idealment per via

electrònica i en línia.

Les entitats proveïdores, d'acord amb els criteris generals del CatSalut, han d'establir criteris de gestió de casos especials i protocols de coordinació.

5. Criteris i actuacions de millora de la continuïtat dels tractaments farmacològics entre atenció primària i atenció especialitzada

5.1. Homogeneïtat de criteris en la selecció de medicaments. Mecanismes de coordinació clínica

1. El CatSalut promourà l'elaboració d'una guia d'actuació en urgències per a les patologies que tinguin un tractament compartit entre atenció primària, hospitalària i urgències.

En la guia s'establiran recomanacions de tractament en els diferents nivells assistencials.

2. S'elaboraran guies farmacoterapèutiques d'atenció compartida entre professionals de l'atenció primària i hospitalària.

3. S'establiran objectius anuals d'indicadors comuns relacionats amb la indicació de medicaments en atenció primària i hospitalària, pel que fa a la seva utilització a través de la recepta mèdica.

4. La persona al sortir de l'hospital ha de disposar de la recepta mèdica oficial i de l'informe clínic sobre el tractament farmacològic corresponents.

5.2. Continuïtat dels tractaments farmacològics en atenció especialitzada ambulatoria

1. La continuïtat dels tractaments s'ha de facilitar en el si del marc de la història clínica compartida, a mesura que se'n disposi, i de la recepta electrònica, a la qual han de tenir accés els dos nivells, primària i hospitalària.

En cas que transitòriament això no sigui possible, quan una persona pacient sigui derivada des de l'atenció primària a l'atenció hospitalària, en el full de derivació s'ha d'incloure el tractament farmacològic complet que està rebent, el motiu de consulta i un resum de la història clínica, amb les exploracions i proves complementàries realitzades.

2. El metge o metgessa d'atenció especialitzada, una vegada hagi valorat el o la pacient, ha de fer arribar al metge o metgessa d'atenció primària un informe clínic, preferentment per via electrònica i mitjançant la història clínica compartida –a mesura que se'n disposi–, on consti la identificació clara de la persona pacient i del metge o metgessa, i en el qual s'ha d'incloure la prescripció o recomanació del tractament, i indicar el principi actiu, la durada i posologia, els procediments diagnòstics i terapèutics realitzats, el diagnòstic o orientació diagnòstica i la pauta de seguiment.

Juntament amb l'informe, el metge o metgessa d'atenció especialitzada ha de lliurar la primera prescripció en la recepta mèdica oficial del CatSalut, que ha d'incloure almenys els medicaments de nova prescripció relatius al seu àmbit de competència. En cas que la recepta requereixi validació, ha d'haver estat validada pels serveis corresponents de l'hospital.

En cas que la prestació farmacèutica sigui a càrrec del CatSalut, la prescripció s'ha de fer mitjançant recepta oficial. No s'ha d'utilitzar recepta blanca (no oficial).

3. El metge o metgessa d'atenció primària, un cop vista la història clínica del o la pacient, concilia la medicació prescrita o recomanada en l'atenció especialitzada ambulatoria amb la que prèviament estava prenent el o la pacient, amb la finalitat de millorar la seguretat del tractament i l'adherència i la comprensió per part del o la pacient.

Sempre que ho consideri necessari, el metge o metgessa d'atenció primària ha de consultar l'especialista, el qual l'ha d'informar, i han d'acordar el tractament.

5.3. Continuïtat del tractament farmacològic a l'alta

1. En el cas de pacients ingressats en el centre hospitalari, en l'informe a l'alta hospitalària s'ha de fer constar, de forma expressa, la recomanació del tractament i indicar el principi actiu, la durada i posologia, els procediments diagnòstics i terapèutics realitzats, el diagnòstic o orientació diagnòstica i la pauta de seguiment.

La tramesa de l'informe clínic s'ha de fer preferentment per via electrònica i mitjançant la història clínica compartida, a mesura que se'n disposi.

Juntament amb l'informe d'alta hospitalària, el metge o metgessa d'atenció especialitzada ha de lliurar la primera prescripció en la recepta mèdica oficial del CatSalut, que ha d'incloure tots i només els medicaments de nova prescripció relatius al seu àmbit de competència.

2. El metge o metgessa d'atenció primària, un cop vista la història clínica del o la pacient, concilia la medicació prescrita o recomanada en l'informe d'alta amb la que prèviament estava prenent el o la pacient, amb la finalitat de millorar la seguretat del tractament i l'adherència i la comprensió per part del o la pacient.

Sempre que ho consideri necessari, el metge o metgessa d'atenció primària ha de consultar l'especialista, el qual l'ha d'informar del tractament, i ambdós han d'acordar-lo.

En cas que la prestació farmacèutica sigui a càrrec del CatSalut, la prescripció s'ha de fer mitjançant recepta oficial. No s'ha d'utilitzar recepta blanca (no oficial).

3. En el cas de pacients atesos als serveis d'urgència, en l'informe clínic s'ha de fer constar la recomanació oportuna, fent referència expressa al tractament prescrit, la durada i posologia d'aquest.

Així mateix, cal facilitar la recepta mèdica oficial del CatSalut i el tractament adequat en la quantitat suficient per tal que el o la pacient mantingui el tractament fins que pugui ser atès pel seu metge o metgessa d'atenció primària.

Amb caràcter general, en els serveis d'urgències s'hauria de facilitar a les persones usuàries les receptes mèdiques oficials, i també fer posteriorment els aclariments necessaris segons situacions particulars.

5.4 Garantia de seguretat en la utilització dels medicaments

1. Amb la finalitat de garantir la seguretat en l'ús dels medicaments, i als efectes de la correcta prescripció per part del metge o metgessa d'atenció primària, es requereix que el metge o metgessa d'atenció primària disposi de l'informe clínic de les i els pacients atesos en atenció especialitzada ambulatoria o a l'alta.

El metge o metgessa d'atenció primària, un cop vistos els informes emesos a l'alta –tant d'hospitalització com d'urgències– o en l'atenció especialitzada ambulatoria, concilia el

tractament de continuació d'acord amb el seu criteri professional.

Sempre que ho consideri necessari, el metge o metgessa d'atenció primària ha de consultar l'especialista, el qual l'ha d'informar del tractament, i ambdós han d'acordar-lo.

2. Mecanismes de resolució de les possibles discrepàncies.

D'acord amb la normativa vigent, el metge o metgessa del sistema públic de salut que emet la recepta mèdica oficial és el responsable de la prescripció, encara que prèviament l'hagi indicat un altre metge o metgessa, ja sigui de l'àmbit públic o de l'àmbit privat, i no té obligació legal de prescriure un medicament si no el considera adequat. A criteri del metge o metgessa del sistema públic de salut, resta oberta la possibilitat que ho pugui fer si està d'acord amb els criteris de l'altre metge o metgessa.

Amb caràcter general, la resolució de les possibles discrepàncies o conflictes en el tractament o en la conciliació s'ha de fer en el si del marc de relació entre clínics. En cap cas, el ciutadà o ciutadana ha d'intervenir en la gestió de la resolució de la discrepància o conflicte.

En cas que no s'hagin pogut resoldre en el si del marc clínic, l'entitat proveïdora corresponent és responsable de garantir l'accés al tractament del o la pacient i establir els mecanismes de resolució.

La resolució de les possibles discrepàncies de caràcter reiterat que afecten més d'una entitat proveïdora, que no s'han pogut resoldre ni a nivell clínic ni a nivell d'entitats proveïdores, s'ha de portar a terme d'acord amb criteris acordats en el si de la comissió de coordinació d'entitats proveïdores.

La unitat d'atenció a l'usuari de cada centre ha de donar suport al procediment.

5.5. Receptes privades

D'acord amb la normativa vigent, el metge o metgessa del sistema públic de salut que emet la recepta mèdica oficial és el responsable de la prescripció, encara que prèviament l'hagi indicat un altre metge o metgessa, ja sigui de l'àmbit públic o de l'àmbit privat, i no té obligació legal de prescriure un medicament si no el considera adequat.

Les receptes mèdiques oficials del CatSalut –i les proves i altres prestacions– han de derivar d'un acte assistencial fet per una o un professional mèdic/sanitari dels centres del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya.

A criteri del metge o metgessa del sistema públic de salut, resta oberta la possibilitat que ho pugui fer si està d'acord amb els criteris de l'altre metge o metgessa.

Així mateix, en qualsevol cas es requereix que la prestació sanitària i farmacèutica sigui a càrrec del CatSalut, cosa que exclou els casos en què els medicaments –i les proves i altres prestacions– siguin a càrrec d'una altra entitat responsable, que no estan coberts pel CatSalut.

6. Gestió d'informació i de documentació

6.1 Mecanismes i instruments TIC

El CatSalut considera que la implantació de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) al sistema de salut català ofereix una oportunitat sense precedents per tal de millorar l'assistència sanitària i l'eficiència en la gestió de la informació i documentació dels centres sanitaris, a la vegada que es millora i es facilita la presa de decisions per les i els professionals sanitaris.

En aquest sentit, atesa la importància de l'aportació de valor, tant pel que fa a la gestió de la informació com de la documentació l'impacte en la disminució de la càrregues burocràtiques, la disminució dels costos de transacció i informacionals, així com la progressiva eficiència en la gestió informativa i documental, ha de ser un objectiu dels sistema sanitari públic facilitar aquestes tasques a les i als professionals sanitaris mitjançant la utilització de les eines idònies, i contribuir, de forma decisiva, a la finalitat de la millora del servei de salut a la ciutadania.

6.2. Comissió per a la millora de les actuacions d'informació i de documentació que porten a terme les i els professionals sanitaris

Per tal d'assolir les finalitats esmentades a l'apartat anterior, es considera necessària la creació d'una comissió formada per representants de tots els sectors i àmbits implicats, en un termini màxim de 6 mesos des de l'entrada en vigor d'aquesta Instrucció.

Aquesta comissió ha de facilitar criteris d'actualització permanent, i potenciar i intensificar les actuacions específiques, tant de coordinació com d'implantació, de forma que els costos d'informació i de documentació del sistema sanitari públic siguin els mínims possibles, a la vegada que es faciliten les actuacions d'atenció, clíniques i de presa de decisions per part de les i els professionals sanitaris.

7. Entrada en vigor

Aquesta Instrucció entra en vigor el 15 de desembre de 2009.

Barcelona, 23 de novembre de 2009

El director

Josep Maria Sabaté i Guasch

