



10

Actividades burocráticas para ✕ NO HACER en Atención Primaria



10

Actividades burocráticas para **NO HACER** en Atención Primaria

Coordinador

Fernando León Vázquez
Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria

Autores

Fernando A. Alonso López
Sociedad Cántabra de MFyC

Ana Ballarín González
Sociedad Madrileña de MFyC

José Javier Blanquer Gregori
Sociedad Valenciana de MFyC

Josep Casajuana Brunet
Sociedad Catalana de MFyC

Ana Cristina García Álvarez
Sociedad Madrileña de MFyC

María D. Medina Abellán
Sociedad Murciana de MFyC

Marta Isabel Méndez Fabeiro
Asociación Gallega de MFyC

Guadalupe Olivera Cañadas
Sociedad Madrileña de MFyC

Juan V. Quintana Cerezal
Sociedad Valenciana de MFyC

José Luis Quintana Gómez
Sociedad Madrileña de MFyC

Asunción Rosado López
Ilustre Colegio Oficial
de Médicos de Madrid

Miguel Ángel Sánchez Chillón
Ilustre Colegio Oficial
de Médicos de Madrid

Salvador Tranche Iparraguirre
Sociedad Asturiana de MFyC

Francisco Vargas Negrín
Sociedad Canaria de MFyC

El presente documento es fruto de un trabajo colaborativo entre los firmantes, que han seleccionado las recomendaciones por su relevancia y factibilidad mediante un procedimiento de consenso, sin pretender alcanzar la unanimidad.

© 2017, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyc.es

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:



Carrer del Pi, 11, 2.^a planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfyc.es

Diseño: Falcó

ISBN: 978-84-15037-67-5
Depósito legal: B-9839-2017

Printed in Spain

Introducción

La jornada de un médico de familia, además de las tareas propiamente asistenciales, preventivas y de promoción de la salud, está repleta de actividades de naturaleza documental que tienen cierta relevancia para la atención sanitaria, como los registros en la historia clínica, la emisión de recetas nuevas, o la comunicación de enfermedades de declaración obligatoria. Sin embargo, otras actividades burocráticas carecen de interés para la salud de los pacientes, no aportan nada a la relación asistencial y roban tiempo a otras actividades más importantes. En algunos casos no solo están vacías de valor, sino que llegan a ser negativas, viciando la relación médico-paciente. Los médicos de familia tenemos la sensación de que esto «no nos toca a nosotros»; quizás ni a nosotros ni a ningún otro actor de la relación sanitaria, con lo que nos «quema» tener que perder el tiempo con estas actividades.

El artículo 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, establece el deber que tenemos de cumplimentar los «protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos» en los que intervenimos, además de aquellos requeridos por «los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendiendo incluso los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica». Existe una carga de tarea burocrática que necesariamente tendremos que asumir, pero solo aquella que guarde relación con los procesos clínicos que atendemos. Y estas tareas no pueden ir en detrimento de nuestra actividad principal, la atención a los pacientes.

Presentamos las recomendaciones de «NO HACER» en materia burocrática que, a similitud con las recomendaciones de no hacer en diferentes ámbitos de la medicina, promueven un uso racional de los recursos sanitarios, en este caso el recurso «tiempo» del médico de familia. No creemos que deba desterrarse la realización de actividades documentales en el ámbito de la Atención Primaria, pero sí racionalizarlas y reducirlas a aquellas imprescindibles para la prestación de una mejor asistencia y que no pueda realizar otro profesional diferente del médico.

Las recomendaciones se formulan en negativo con una redacción concisa, que se amplía después con un comentario más amplio y suficientemente respaldado con normas legales, sin pretender ser exhaustivos. Debido a que la prestación sanitaria

está transferida a las comunidades autónomas, a menudo la normativa citada corresponde al ámbito autonómico, sin que hayamos recogido normas de todas las comunidades. Esto no quiere decir que la recomendación de «NO HACER» no sea aplicable en todo el Estado, simplemente hay algunas comunidades que han regulado expresamente determinados aspectos de la burocracia en consulta.

La metodología para seleccionarlas ha sido mediante el consenso de un grupo de expertos con método Delphi, elegidos entre socios de semFYC de diferentes sociedades federadas autonómicas. A través de varias votaciones se fueron recopilando, seleccionando y depurando por fin las recomendaciones, hasta que nos quedamos con diez, siguiendo criterios de factibilidad (posibilidad de llevar a cabo las recomendaciones) y relevancia (por la carga de trabajo que pueden ahorrar en la consulta). Hemos excluido deliberadamente determinadas recomendaciones de «NO HACER» por considerarlas superadas, puesto que ya han quedado desterradas de nuestras consultas por su evidente inadecuación; lo cual no excluye que, en determinados ámbitos, pueda persistir su uso extemporáneo.

A pesar del esfuerzo por documentarlas legalmente, con norma nacional cuando la hemos localizado y ejemplos de normativa autonómica, no siempre existe concordancia absoluta entre las fuentes citadas. Puede que existan opiniones discordantes en algunas recomendaciones. En estos casos, las hemos recogido y hacemos hincapié en la opinión mayoritaria.

Nos gustaría terminar con un desiderátum genérico. Existen aún prácticas burocráticas contra las que no podemos argumentar, porque no están desterradas por ninguna ley, norma o protocolo en el momento actual; pero cuyo cese exige el sentido común. Desearíamos que alguna vez se recogieran legalmente para dejar de perder el tiempo en determinadas tareas burocráticas sin valor adicional que se añaden a nuestro quehacer cotidiano. Quizás en futuras ediciones de este decálogo podremos recomendar no emitir bajas para procesos muy cortos de incapacidad (a favor de la autojustificación de los trabajadores) y a favor de que los especialistas hospitalarios asuman la carga burocrática que les corresponde en la justificación de los procesos de incapacidad que ellos controlan. También promoveremos que se elimine el papeleo en relación con la prescripción derivada del ámbito hospitalario, y aquella que requiere visado de inspección, especialmente si dicho visado no se precisa para la dispensación del fármaco con receta privada y, por tanto, su único fin es el control económico de la prestación. Hacemos un llamamiento a los gestores del sistema para que la introducción de cualquier actividad generadora de burocracia sea previamente evaluada en relación con su efectividad para la salvaguarda de la salud y la eficiencia del sistema, que frecuentemente menosprecia el tiempo que se detrae para dedicación a tareas específicamente clínicas, su verdadera esencia.

Esperamos que encuentres estas recomendaciones de utilidad para tu ejercicio diario, y que puedas esgrimir, llegado el caso, los argumentos que te proporcionamos para dejar de realizar determinadas tareas que aportan poco o nada de valor a nuestro trabajo.

NO HACER JUSTIFICANTES

1

No emitir justificantes médicos a posteriori para disculpar la ausencia de un usuario a algún compromiso.

Los usuarios se ven compelidos por diferentes instituciones públicas y privadas a aportar un documento médico que, fundamentándose en alguna enfermedad, justifique el haber faltado a alguna obligación. Así se pretende mitigar las consecuencias que se deriven de su incomparecencia. De este modo, aquella institución traslada al médico de familia la responsabilidad de comprobar si la falta era justificada o no.

Por ejemplo, no es rara la solicitud de algún usuario en desempleo que, tras haber faltado a sellar el documento del paro en plazo, acude porque un funcionario del Servicio Público de Empleo le recomienda (siempre verbalmente) que pida un justificante de enfermedad a su médico para evitar la sanción administrativa que le corresponde, que incluso a veces conlleva la suspensión del subsidio económico. Puede ser por haber faltado a una clase obligatoria, a un examen, o para anular un viaje ya pagado y que le devuelvan la señal económica anticipada. Si el médico no tiene forma de acreditar la existencia de alguna limitación en la salud como alega el usuario, ¿cómo podrá certificar la justificación de la ausencia por enfermedad que se le requiere? El hecho de hacer un documento que refleje que «*el paciente refiere que estuvo enfermo*» no debería servir a ninguna institución como justificante, aunque lleve la firma de un médico, que actuaría como un fedatario público, como si de un notario se tratase.

En general, no se emitirán justificantes de enfermedad sin haber visto al paciente. Sin embargo, sí es admisible emitir un justificante **a posteriori** cuando existe constancia documentada de que el paciente fue atendido con anterioridad a la cita a la que faltó y que se quiere justificar. No se hará el justificante si en el informe aportado no consta la necesidad de reposo, o el médico de familia no

ve justificada la ausencia. Por ejemplo, si fue atendido en urgencias y consta que le recomendaron reposo. Aunque en este caso debería bastar el informe de urgencias, el paciente está en su derecho de obtener un justificante médico, para no presentar determinados datos clínicos a la institución que pide el documento.

También es adecuado justificar **de manera anticipada** una ausencia previsible, si se estima que el paciente no estará en condiciones de acudir al trabajo, a una cita o a un viaje por motivo de su enfermedad o por someterse a una prueba. Un ejemplo de justificación correcta de este tipo es el que incluye los *famosos* 3 días de justificante de enfermedad que, en algunas empresas, admiten como alternativa a la baja por incapacidad temporal breve.

El contenido de este documento no debe incluir datos sanitarios, conforme al artículo 4.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos.

 <https://goo.gl/ywrKM1>

Así lo desarrollan expresamente algunas normativas autonómicas, como la madrileña Instrucción 2/2009, de 21 de diciembre, de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, sobre el tratamiento de datos personales en la emisión de justificantes médicos, que establece que *«no se podrán utilizar documentos clínicos o administrativos que pudieran estar diseñados para su uso con otras finalidades distintas de la emisión de justificantes, por el solo hecho de contener estos, con carácter general, referencias directas o indirectas al concreto problema de salud del paciente o usuario. En la emisión de justificantes para el propio trabajador enfermo no se considerará adecuado al Principio de Calidad de los Datos la inclusión en el justificante, entre otros posibles datos, de los relativos al diagnóstico, prueba realizada o denominación del servicio que ha atendido al paciente. A dichos efectos, el justificante emitido deberá limitarse a constatar que existe un problema de salud que es causa de la incapacidad laboral en la que se encuentra el paciente o usuario»*.

 <https://goo.gl/Lyw3a2>

Aunque relacionada con la anterior, tiene especial relevancia por el gran impacto que supone para nuestros centros, sobre todo para las consultas de pediatría en Atención Primaria. Y es que, en este caso, no son reprochables solo los justificantes emitidos *posteriormente* a la falta, también los emitidos con anterioridad a la ausencia prevista.

Las ausencias escolares de los menores **las tienen que justificar el padre, la madre** (cualquiera de ellos), o el tutor legal como norma general. Es responsabilidad de ellos, como tutores legales de sus hijos sobre los que ostentan la patria potestad, asegurar la asistencia de los menores al centro escolar y responder por las acciones y omisiones de los menores, también de las ausencias.

Algunos centros educativos tienen por costumbre solicitar a los alumnos un justificante de asistencia a consulta para justificar una falta, para así evitar los abusos y el fraude. La emisión de justificantes médicos implica que los alumnos que presentan alguna molestia que impida el buen desempeño escolar, aun cuando no precise de cuidados médicos, tengan que acudir a los servicios médicos simplemente para que emitan un justificante sobre molestias que el médico a menudo no puede constatar objetivamente. Dichas visitas interfieren con la verdadera labor que tiene encomendada el sistema sanitario: la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la asistencia sanitaria. En ningún caso debe realizar la labor de prevención o control del absentismo escolar, que compete a los centros escolares como medida de protección del menor. Los responsables de centros docentes deberán entender que el sistema sanitario no está para hacer justificantes, que no podemos detraer tiempo en las consultas y recursos humanos para atender cuadros clínicos banales por el mero hecho de que requieran un justificante de ausencia. Estamos convirtiendo a padres y usuarios en dependientes del sistema sanitario, al atraerlos a las consultas para resolver cuadros clínicos menores que ellos mismos podrían manejar con autonomía.

Las normas establecen que pueden solicitar un justificante de que han acudido al centro sanitario, normalmente a través de la unidad administrativa, que no recoja información sanitaria, como se mencionaba en el anterior punto. De cualquier forma, en los casos que se precise de la colaboración del médico, el centro escolar puede ponerse en contacto con el responsable del centro de salud, siempre a través de los padres.

Por ejemplo, en Andalucía existe el Plan Integral para la Prevención, Seguimiento y Control del Absentismo Escolar, desarrollado por la Orden de 19 de septiembre de 2005. En el artículo 8.1.a trata sobre medidas de control de la asistencia: *«Los tutores y tutoras de cada grupo de alumnos llevarán un registro diario de la asistencia a clase con el fin de detectar posibles casos de absentismo escolar y, cuando este se produzca, mantendrán una entrevista con los padres, madres o representantes legales del alumnado a fin de tratar del problema, indagar las posibles causas del mismo e intentar obtener un compromiso de asistencia regular al centro»*. En caso de dudar de la palabra de los padres, deben tomar las medidas que se fijan en la citada Orden. Serían los organismos competentes los que, en su caso, y siempre siguiendo los cauces legales, podrían recabar información de los centros de salud a fin de corroborar o no las afirmaciones de las familias cuando exista una sospecha fundada de que no son veraces.

 <https://goo.gl/6XaiFI>

En Murcia, el Anexo I de la Orden de 26 de octubre de 2012, de la Consejería de Educación, Formación y Empleo, diferencia en función de la duración de la ausencia. Los padres justificarán hasta 3 días al mes. Cuando la justificación de los padres en ausencias más largas resultara insuficiente, el profesor deberá comprobar su veracidad. Se recomienda la emisión del justificante médico solo para ausencias que requieran ingreso hospitalario o convalecencia domiciliaria.

 <https://goo.gl/QOFlwG>

Además, en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el procedimiento para su actualización. Es una lista exhaustiva de las prestaciones que incluye el Sistema Sanitario. En el Anexo II se recogen las funciones de la Atención Primaria y no aparece la emisión de justificantes escolares, que, por lo tanto, no es una prestación incluida en el SNS.

 <https://goo.gl/VTKkqT>

NO HACER CERTIFICADOS

3

No emitir certificados médicos de aptitud requeridos para obtener permisos de uso de armas o de conducir, carnets para prácticas deportivas o reconocimientos para acceder a pruebas selectivas (policía, bombero, etc.)

Existe normativa expresa para los certificados de conductores y de armas, que establece que los únicos habilitados para emitirlos son los centros de reconocimiento acreditados por las administraciones para ello, y no los médicos de familia en Atención Primaria.

 <https://goo.gl/H7wclS>

 <https://goo.gl/5q71Gf>

El resto de los certificados de aptitud deben emitirlos centros de reconocimiento capacitados para hacer las valoraciones clínicas, exploraciones y pruebas complementarias pertinentes en su caso; sin que haya que realizar las pruebas a través del Sistema Público de Salud, como señala la Asesoría Jurídica del Ilustre Colegio de Médicos de Murcia.

 <https://goo.gl/Hby07P>

El Sistema Público de Salud tiene un amplio abanico de funciones, entre las que no se encuentra la realización de reconocimientos voluntarios de salud. El artículo 5.4.b del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece que *«no se incluirán en la cartera de servicios comunes: [...] b) La realización de reconocimientos y exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros»*. Los médicos de familia emitimos informes de «estado de salud», no de aptitud ni de capacidad.

 <https://goo.gl/XNC4xU>

Por otro lado, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, en su artículo 22 dispone: *«Emisión de certificados médicos. Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Estos serán gratuitos, cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria»*. No incluye certificados de aptitud; sino de estado de salud, de la situación presente.

 <https://goo.gl/6zCIQX>

Algunas normas autonómicas, como en Galicia, confirman la obligación de emitir los distintos tipos de certificados de estado de salud; pero excluyen los de aptitud.

 <https://goo.gl/oYj3tq>

Como excepción a esta norma, deberán emitirse esos certificados de aptitud cuando la convocatoria oficial de una oposición, publicada en un boletín oficial del Estado o de una comunidad autónoma, establezca expresamente que los candidatos deberán aportar un certificado de aptitud emitido por el Servicio Público de Salud. Esto ocurre cada vez en menos ocasiones, por lo que los aspirantes deberán acudir a centros de reconocimiento. Por ejemplo, la Base

6.1.2 de la Orden de convocatoria de pruebas selectivas para el ingreso en el Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid de 2016 no establece que sea el médico del Servicio Público quien deba acreditar la aptitud del opositor.

Sin embargo, aun en el caso de que el Boletín estableciera la obligación de hacer el certificado a través del médico de familia, si este cree que el candidato no es apto para las pruebas, o no dispone de datos suficientes para garantizar su aptitud, se abstendrá de certificar su capacidad, ofreciéndole ser remitido a un servicio de atención hospitalaria para iniciar un estudio. O bien hará constar en el certificado emitido que no le consta la capacidad del aspirante.

 <https://goo.gl/9Hjf0N>

4

No hacer certificados específicos para guarderías, enseñanza obligatoria, enseñanza de adultos, estudios en el extranjero, balnearios, gimnasios, actividades deportivas municipales, ni para minusvalías, ayuda domiciliaria o ingreso en residencias sociosanitarias.

Alternativamente a los certificados, deben utilizarse en la medida de lo posible los informes acreditativos de «estado de salud» estandarizados, comunes a otras solicitudes, que establece el mencionado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el procedimiento para su actualización. Se evitará valorar la aptitud del usuario, centrándose en el estado actual de salud y en el estado vacunal conforme a los datos disponibles. La transcripción de las recomendaciones que un especialista hospitalario ha incluido en la historia clínica tras la asistencia a un paciente no tiene más valor que aportar copia del documento original. El informe en cualquier sentido deberá asumirlo el profesional que realizó el diagnóstico o la indicación de tratamiento.

 <https://goo.gl/t00qCZ>

Por ejemplo, la Comunidad Valenciana ha acordado el contenido del informe con las sociedades científicas de Atención Primaria, y se ha dado validez indefinida al informe de salud escolar, para evitar tener que repetirlo anualmente mientras no cambien las circunstancias de salud del menor, y han quedado exentos los mayores de edad, mediante una modificación de 2016 del Art. 1.3. Orden de 27 de febrero de 2002, de la Conselleria de Sanidad, por la que se establece el informe de Salud del Escolar, como documento sanitario de utilización obligatoria para el acceso a un centro escolar o para el inicio de etapa educativa.

 <https://goo.gl/Vi3N8G>

En relación con las guarderías y escuelas infantiles, en algunos casos se exigen informes tras un proceso infeccioso que acrediten que el niño no tiene enfermedad infectocontagiosa, incluso el «alta médica» al finalizar el proceso; o un informe sobre el estado vacunal (a pesar de que no existe obligación de vacunar, de forma que la falta de vacunación no podría motivar la exclusión).

El artículo 27.1 de la Constitución establece que todos tienen derecho a la educación, y el 18.1 el derecho a la intimidad personal. El requisito de presentar un informe médico para el ingreso a una escuela infantil podría ser inconstitucional, pues discrimina y se inmiscuye en la intimidad del menor. Si se solicita un certificado de no padecer enfermedades infectocontagiosas, el médico de familia tendrá que advertir que solo puede hacer un informe de estado actual de salud; y en el caso de que los padres sean compelidos a entregarlo, advertirles de que pueden estar sufriendo una discriminación en razón de una posible enfermedad.

En el Anexo II de la instrucción 3/2009 del SERGAS sobre la emisión de certificados médicos, recoge en qué casos se pueden emitir informes de salud, e incluye el de solicitud de guardería.

 <https://goo.gl/PTTOK6>

Únicamente se recomiendan períodos de exclusión en caso de ciertas enfermedades para su control. En Galicia, por ejemplo, se recogen los periodos recomendables de exclusión:

 <https://goo.gl/c5sBIX>

De forma similar, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria recoge los tiempos recomendables según la enfermedad:

 <https://goo.gl/wrWgtn>

RELACIÓN CON ATENCIÓN HOSPITALARIA

5

No cumplimentar ninguna derivación, solicitud de prueba complementaria o técnica, petición de traslado en ambulancia, ni solicitud de revisión en el mismo servicio instada por un profesional de atención hospitalaria o de urgencias, ni una nueva interconsulta en pacientes que solicitan un cambio de especialista hospitalario o una segunda opinión.

Estas tareas corresponden a atención hospitalaria. Cada servicio debe asumir la petición y la realización de las pruebas complementarias que se deriven de su actividad asistencial, solicitándolas desde atención hospitalaria directamente.

En relación con las ambulancias, el Anexo VIII. artículo 3.3. del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece expresamente que «*el transporte sanitario no asistido o asistido será solicitado, de acuerdo con la normativa de cada comunidad autónoma, por el facultativo responsable de la asistencia que motive el desplazamiento del paciente*».

 <https://goo.gl/iqqG3h>

Por otro lado, el paciente tiene derecho a solicitar ser atendido por otro profesional durante su proceso asistencial, aunque ello suponga la asistencia en otro centro hospitalario. Este derecho a la segunda opinión está recogido en múltiples normativas autonómicas a través de la libre elección de especialista hospitalario. Se recogen como ejemplo las normativas andaluza, catalana, madrileña y gallega, con las condiciones que deben reunir los usuarios para optar a esta segunda opinión

➤ <https://goo.gl/bAu7xK>

➤ <https://goo.gl/60URxW>

➤ <https://goo.gl/pUKwm2>

➤ <https://goo.gl/mK0cYu>

Existen circuitos dirigidos específicamente a asegurar el correcto traslado de toda la información clínica recogida hasta el momento, así como la continuidad asistencial. La realización de una nueva interconsulta por el médico de familia no es necesaria, supone una traba al ejercicio del derecho del usuario y puede poner en riesgo su seguridad al privar al profesional que va a atenderle de parte de la información clínica relevante disponible en atención hospitalaria.

➤ <https://goo.gl/RQXu8i>

6

No hacer continuación de tratamientos prescritos por atención hospitalaria que no se consideran adecuados por el médico de familia.

El médico es uno de los profesionales habilitados para la prescripción de medicamentos (artículo 79 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios). Ocasionalmente, los médicos de familia nos

enfrentamos a prescripciones de fármacos con bajo valor terapéutico, novedades sin aportación relevante, fármacos o dosis fuera de indicación en ficha técnica o moléculas que tienen alternativas más conocidas o más seguras. El paciente solicita las recetas sucesivas prescritas por el especialista hospitalario. En virtud de la libertad de prescripción, el médico de familia no tiene obligación de repetirlas, si existe una causa justificada de oposición. En tal caso, la emisión de las recetas será responsabilidad del médico que la indicó inicialmente, asegurando el derecho del paciente a la financiación del tratamiento pautado. Esta autonomía como médicos prescriptores conlleva una responsabilidad por aquellas prescripciones que se realicen, responsabilidad que no se comparte con el especialista hospitalario que hizo la primera receta; él tendrá responsabilidad por su propio acto. La propia Ley insta a los responsables a mejorar los procesos de coordinación en cuanto a prescripción farmacéutica se refiere, creando por ejemplo protocolos comunes a Atención Primaria y hospitalaria.

 <https://goo.gl/4XtDOU>

Si el médico de familia no está de acuerdo con hacer la prescripción, se valorará el problema de salud, explicando al paciente el propio criterio clínico y proponiendo la alternativa más indicada conforme a su criterio. Si el paciente opta por el criterio del especialista hospitalario, se le dirigirá a las vías administrativas alternativas para conseguir la financiación de los fármacos. En el caso de que el médico de familia opte por transcribir la prescripción, las responsabilidades que se puedan derivar de ella recaen sobre quien firma finalmente la prescripción, sin que se pueda alegar una obligación de continuar la prescripción ni una dependencia jerárquica respecto del especialista hospitalario.

 <https://goo.gl/qkSfQJ>

No entregar el documento de consentimiento informado para pruebas solicitadas o realizadas por otros profesionales (pruebas hospitalarias, extracción de tapones de cerumen en enfermería, etc.)

El consentimiento informado es la expresión de «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud» (artículo 3 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). El consentimiento se otorga habitualmente de forma verbal; se recoge, además, por escrito en los casos de «*intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente*» (artículo 8.2. de la misma Ley)

➔ <https://goo.gl/LpLDS6>

La lista que recoge la ley es muy abierta: «...*procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes...*»; y ¿cuál no tiene riesgo? Por ello, es la práctica habitual la que establece cuándo es necesario el consentimiento escrito. En Atención Primaria muy pocos procedimientos requieren la obtención del consentimiento escrito: la cirugía menor no urgente sería un ejemplo.

Sin embargo, no existe acuerdo para exigir el consentimiento escrito para algunas intervenciones de menor calado, aun con cierto riesgo, como la extracción de tapones de cerumen por enfermería. La mayoría de las opiniones avalan que el consentimiento verbal reflejado en la historia clínica, después de haber informado debidamente al paciente de las ventajas, riesgos y alternativas de la técnica, es requisito suficiente. Sin embargo, algunas áreas sanitarias establecen *protocolos* en los que se exige, de forma excesiva

a nuestro parecer, obtener un consentimiento por escrito, lo que entraña más tiempo en explicarlo que en realizar la técnica.

 <https://goo.gl/sRMjdb>

 <https://goo.gl/nznGUa>

En estos casos, dado que el protocolo debe ser observado, la información general la dará el médico; pero la información concreta de la técnica y la obtención del consentimiento informado escrito las realizará el profesional de enfermería que hace la extracción, como establece la Ley «los profesionales que... *le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle*» (artículo 4.3, Ley 41/2002).

De igual modo, cuando la prueba para la que se requiere el consentimiento informado escrito ha sido solicitada en atención hospitalaria (por ejemplo, una colonoscopia), el responsable de informar y entregar el documento de consentimiento informado debe ser el profesional que la solicitó. Consultada la Asesoría Jurídica del Colegio de Médicos de Madrid, señala que el médico que pide la prueba es el responsable de informar verbalmente y de entregar la información escrita contenida en el documento de consentimiento informado, que el paciente deberá devolver firmada. En este mismo sentido, el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, del Gobierno Vasco, establece en su artículo 25.3 que «*la persona encargada de facilitar la información será el o la profesional sanitaria que prescriba la intervención y sea responsable de la asistencia, sin perjuicio de que quien practique la intervención o aplique el procedimiento pueda ayudar a aclarar los extremos que le conciernan*». Ello no impide de que el médico de familia pueda aclarar las dudas que le surjan al paciente al que le pidieron la prueba. Por el contrario, en el caso en que la colonoscopia sea solicitada directamente por el médico de familia, será él quien informe verbalmente y por escrito, aclare las dudas y obtenga el consentimiento del paciente.

RELACIÓN CON ENFERMERÍA

8

No emitir recetas para vacunas incluidas dentro del calendario o de la campaña de vacunación para pacientes contemplados por el programa.

Esta petición se sustenta en una errónea interpretación del Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. El artículo 3.2 establece que, para que un enfermero pueda indicar, usar o autorizar la dispensación de un medicamento sujeto a prescripción médica, previamente un médico debe haber hecho el diagnóstico y la prescripción; en caso contrario, estaría realizando una actividad que no es su competencia y, por lo tanto, podría estar cometiendo intrusismo profesional. La campaña de vacunación antigripal de 2016 se ha visto afectada por esta interpretación por parte de algunos profesionales. Hay quien sostiene que los enfermeros no podrían poner la vacuna de la gripe sin que el paciente fuera antes a la consulta del médico para que este le haga la correspondiente receta.

 <https://goo.gl/nJYjGq>

Las acciones y políticas de prevención sobre determinantes de salud son responsabilidad de las administraciones, que conforme al artículo 19 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública *«impulsarán otras acciones de prevención primaria, como la vacunación, que se complementarán con acciones de prevención secundaria como son los programas de detección precoz de la enfermedad»*.

 <https://goo.gl/GKsjlL>

En el marco de una campaña de vacunación, se actúa como consecuencia de una decisión de una autoridad sanitaria en materia de salud pública, ante un riesgo epidemiológico detectado y para preservar la salud pública y la de los individuos más expuestos. Esto no requiere una visita al médico ni un diagnóstico previo, puesto que todavía no hay enfermos, ni enfermedad que diagnosticar, ya que lo que se identifica son las cohortes poblacionales más expuestas a ese riesgo, con el objetivo precisamente de evitar que enfermen. Estas personas son las que deben ser invitadas a vacunarse, en cumplimiento de esa orden de la autoridad sanitaria, sin necesidad de valoración médica generalizada, **exceptuando los casos en los que la condición clínica concreta lo precise.**

Los servicios de salud autonómicos han dictado instrucciones en este sentido, recordando a los profesionales de enfermería que no hay necesidad de la receta de la vacuna para pacientes incluidos en el programa, con textos como este: *«La administración de vacunas, efectuada en el marco de una campaña de vacunación o de un calendario vacunal derivado de una decisión de la autoridad sanitaria en materia de salud pública y basada en la Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, no resulta afectada por la entrada en vigor del RD 954/2015 y se regirá por las reglas específicas vigentes para cada una de las diferentes vacunas. Compete al personal de enfermería la administración de las vacunas y la impartición de los consejos sanitarios pertinentes en los mismos términos que se realizaban con anterioridad a la entrada en vigor del citado RD 954/2015».*

Anecdóticamente, una de estas normas autonómicas, la Instrucción número 7/2016, de 2 de mayo, del Director General del Servicio Vasco de Salud, ha sido suspendida cautelarmente (en el momento actual está pendiente de sentencia definitiva) por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Vitoria-Gasteiz. Del resto de instrucciones autonómicas no tenemos noticias de que hayan sido impugnadas.

 <https://goo.gl/kUt3WP>

INFORMACIÓN CLÍNICA

9

No facilitar datos clínicos a los familiares ni padres o tutores de pacientes mayores de 14 años, salvo que esté motivado por el interés del menor o para el cumplimiento de la patria potestad.

El titular del derecho a la información sanitaria es el paciente, conforme establece el artículo 5 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. Esta información puede ser compartida con sus familiares y personas vinculadas por razones de hecho *«en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita»*. Por lo tanto, siempre debe constar la autorización escrita del paciente para entregar información escrita a los familiares. Solo en el caso de incapacidad del titular de la información, o en el caso de menores, el acceso a los datos le corresponde al tutor o a los padres. En estos casos (artículo 18) *«el derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada»*.

 <https://goo.gl/3fiPiY>

En relación con el acceso a la historia clínica de menores, el artículo 13 del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, establece la edad de 14 años como edad a partir de la cual podrán tratarse los datos de los menores con su consentimiento, *«salvo en aquellos casos en los que la Ley exija para su prestación la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela»*, siendo necesario el consentimiento de los padres o tutores cuando se trate de niños menores de 14 años.

 <https://goo.gl/UpvyzY>

La historia clínica del menor se equiparará a la del mayor de edad, por lo que el acceso a ella está protegido por el derecho a la intimidad y precisaría de la autorización expresa del menor para tener acceso a ella, a no ser que sea con fines judiciales. El Código Civil establece que los mayores de 14 años tienen suficiente capacidad de discernimiento para adoptar por sí solos determinados actos de la vida civil, sirva el ejemplo de la solicitud de la nacionalidad o de testar. El facultativo respetará el deseo del menor cuando lo considere capacitado, y siempre que privar de la información contenida en la historia a sus padres o tutores no constituya un peligro para el menor.

La Agencia de Protección de Datos, en su informe 409/2004, contemplaba la autonomía del menor, respecto a la solicitud de documentación clínica por parte de los padres de un menor: *«si el padre o la madre de un mayor de 14 años acude a un centro sanitario solicitando un informe de analítica o cualquier otro dato incorporado a la historia clínica de su hijo, sin constar autorización alguna de este no sería aplicable lo establecido en el artículo 18.2 de la Ley 41/2002, por lo que no debería procederse a la entrega de la información en tanto no conste autorización fehaciente de su hijo»*.

 <https://goo.gl/rsTJMU>

Sin embargo, una reinterpretación posterior de la misma Agencia, en el Informe Jurídico 0022/2014 y otros posteriores, señala que sí que debe facilitarse la historia clínica a los padres aunque conste la oposición del menor, cuando dicha solicitud sea motivada *«para el cumplimiento de las obligaciones previstas en el Código Civil»*, obligaciones que son *«velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral»* (artículo 154 del Código Civil).

Por lo tanto, existe una excepción a esta norma; se hará entrega de la historia clínica a los padres de un menor entre 14 y 18 años sin su consentimiento cuando la solicitud esté sustentada en el interés del menor y persiga el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la patria potestad.

 <https://goo.gl/rA2q1t>

No realizar reconocimientos forzosos a instancia de la policía, salvo orden judicial, en el caso de atención a pacientes detenidos. Siempre debe mediar el consentimiento del paciente.

El cuidado de la salud de los detenidos corresponde a las fuerzas y cuerpos de seguridad que los custodian, como señala el artículo 5.3 de la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad *«velarán por la vida e integridad física de las personas que se encuentren bajo su custodia»*.

➔ <https://goo.gl/jaG7gC>

Los detenidos tienen una serie de derechos reconocidos en el artículo 520.2 por la Ley de Enjuiciamiento Criminal, entre otros a guardar silencio, a designar un abogado, a hacer una llamada telefónica... y además tienen *«derecho a ser reconocido por el médico forense o su sustituto legal y, en su defecto, por el de la institución en que se encuentre, o por cualquier otro dependiente del Estado o de otras Administraciones Públicas»*.

➔ <https://goo.gl/M5Mj0U>

➔ <https://goo.gl/Q4KSY7>

Sin embargo, a menudo la policía recurre al último médico de la lista, al no estar disponible el forense ni su sustituto. Nuestra obligación de reconocer al detenido nace de la Ley, pero no es obligatoria para el detenido. Es un derecho del detenido, que puede ejercer o no a voluntad, lo mismo que si no quiere hacer la llamada por teléfono a la que tiene derecho. Un agente de policía no puede obligarle a ser reconocido.

En caso de que la policía lleve ante el médico de familia al detenido y este rechace el reconocimiento, se debe informar de tal extremo al agente, y hacer constar documentalmente el rechazo del usuario-detenido. De este modo, el agente de policía podrá justificar que

ha actuado conforme le exige la ley, poniendo a disposición del detenido el reconocimiento; pero este lo ha rechazado.

Solo podrá ser atendido sin consentimiento en los mismos casos en que lo sería cualquier otro paciente, esto es, si se da una de las causas de excepción a la obtención del consentimiento recogidas en el artículo 9 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.

- Urgencia vital, entendida como «*riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo*» que no permita obtener el consentimiento.
- Falta de aptitud física o psíquica para consentir, a juicio del médico (p. ej., si lo traen intoxicado).
- Riesgo para salud pública (p. ej., sospecha de tuberculosis).
- Incapacidad judicialmente establecida y menores (en estos casos, el consentimiento corresponde a sus padres o tutores).

 <https://goo.gl/N219CH>

En caso de que exista una orden judicial expresa para someter a un detenido a un reconocimiento forzoso, este deberá ser practicado por el médico forense, que tiene asignada esta función, conforme al artículo 479.5 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

 <https://goo.gl/O1HaOa>

10 Actividades burocráticas

para NO HACER en Atención Primaria

-
- 1 No emitir justificantes médicos a posteriori para disculpar la ausencia de un usuario a algún compromiso.
 - 2 No emitir justificantes de ausencia de los menores al colegio o instituto.
 - 3 No emitir certificados médicos de aptitud requeridos para obtener permisos de uso de armas o de conducir, carnets para prácticas deportivas o reconocimientos para acceder a pruebas selectivas (policía, bombero, etc.)
 - 4 No hacer certificados específicos para guarderías, enseñanza obligatoria, enseñanza de adultos, estudios en el extranjero, balnearios, gimnasios, actividades deportivas municipales, ni para minusvalías, ayuda domiciliaria o ingreso en residencias sociosanitarias.
 - 5 No cumplimentar ninguna derivación, solicitud de prueba complementaria o técnica, petición de traslado en ambulancia, ni solicitud de revisión en el mismo servicio instada por un profesional de atención hospitalaria o de urgencias, ni una nueva interconsulta en pacientes que solicitan un cambio de especialista hospitalario o una segunda opinión.
 - 6 No hacer continuación de tratamientos prescritos por atención hospitalaria que no se consideran adecuados por el médico de familia.
 - 7 No entregar el documento de consentimiento informado para pruebas solicitadas o realizadas por otros profesionales (pruebas hospitalarias, extracción de tapones de cerumen en enfermería, etc.)
 - 8 No emitir recetas para vacunas incluidas dentro del calendario o de la campaña de vacunación para pacientes contemplados por el programa.
 - 9 No facilitar datos clínicos a los familiares ni padres o tutores de pacientes mayores de 14 años, salvo que esté motivado por el interés del menor o para el cumplimiento de la patria potestad.
 - 10 No realizar reconocimientos forzosos a instancia de la policía, salvo orden judicial, en el caso de atención a pacientes detenidos. Siempre debe mediar el consentimiento del paciente.
-