

**Más salud**

**Grupo de trabajo:  
Desburocratización/  
No hacer en AP**

**Plan de Acción de Atención  
Primaria Comunitaria (PRI)  
2022/2023**



**+ primaria**



# Índice

<b>1. RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>1</b>
<b>2. PRESENTACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>3. OBJETIVOS DEL GRUPO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO</b>	<b>3</b>
<b>4. LÍNEAS DE TRABAJO</b>	<b>5</b>
4.1 ACCIONES A DESARROLLAR POR ÁREAS	5
4.1.1 EMISIÓN DE INFORMES	5
4.1.2 INCAPACIDAD TEMPORAL	7
4.1.3 PRESCRIPCIÓN	8
4.1.4 DISPENSACIÓN	9
4.1.5 LABORATORIO	9
4.1.6 CRIBADOS POBLACIONALES	10
4.1.7 ACTIVIDADES GRUPALES	10
4.2 FICHAS TÉCNICAS	11
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>34</b>
<b>6. ANEXOS</b>	<b>35</b>
<b>7. COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO</b>	<b>37</b>



## 1. RESUMEN EJECUTIVO

La Atención Primaria está sufriendo una gran tensión asistencial que se debe en parte a la gran actividad burocrática que se gestiona diariamente en los centros y que en muchas ocasiones corresponde a actos administrativos prescindibles, bien porque no aportan valor o bien porque corresponden a otro nivel asistencial u organismos.

Mantener estas actividades burocráticas en los centros de salud supone una ineficiencia que sufren los pacientes en forma de demora y falta de accesibilidad y los profesionales, que deben dedicar gran parte de su tiempo asistencial a tareas prescindibles en detrimento de la actividad clínica y la atención a la comunidad.

Por otro lado, se realizan en los centros de salud actividades de forma delegada de otros niveles asistenciales. Aunque estas actividades se deben seguir realizando, es muy importante que se hagan en su nivel asistencial donde se generan, evitando que compitan con las actividades propias de la AP.

En base a ello, el grupo de trabajo propone la adopción de las siguientes acciones:

### Nivel 1

Medidas de aplicación inmediata que no precisen cambios normativos ni técnicos, solo cambios organizativos.

**Implementación: 3-6 meses.**

1. Optimizar la App+Salut facilitando al paciente el acceso a todos los documentos clínicos de interés (alta hospitalaria, resultados de laboratorio, informe de imágenes...) sin intervención del profesional.
2. Simplificar y procedimentar todas las solicitudes de historia clínica a través de las UDCA de los departamentos.
3. Eliminar las solicitudes de cualquier tipo de certificados e informes de aptitud laboral actuando sobre los organismos solicitantes e informando a la ciudadanía.
4. Eliminar en la práctica asistencial real la necesidad de certificado escolar y justificantes de forma genérica.
5. Implementar la gestión de la IT en todos los niveles asistenciales.
6. Implantar en todos los departamentos procedimientos objetivos que garanticen la prescripción, solicitud de analíticas y pruebas complementarias y cita sucesiva desde atención especializada y monitorizarlos.
7. Optimizar la prescripción de material ortopédico de forma automatizada fuera de las consultas de AP.
8. Implantar la prescripción no presencial de los fármacos anticoagulantes necesarios en las consultas de anticoagulación de atención especializada.
9. Transferir de forma efectiva la prescripción asociada a los planes de choque al servicio de atención especializada correspondiente.
10. Transferir a atención especializada todo el proceso preoperatorio, incluyendo la realización de las pruebas complementarias necesarias y petición de transporte sanitario cuando sea preciso.

## Nivel 2

Medidas a medio plazo que precisan modificaciones técnicas de las aplicaciones corporativas, cambios legislativos o bien la coordinación con otras instituciones.

### Implementación: 6-12 meses.

1. Ampliar las funcionalidades de la App+Salut para que incluya: partes de IT, pauta de anticoagulantes, certificados vacunales, programa del niño sano, cartilla de embarazo, notificaciones al paciente...
2. Implantar un procedimiento de gestión de transporte sanitario estandarizado en función de las características funcionales del paciente e independiente del profesional.
3. Proporcionar a los médicos habilitados para reconocimiento de conductores acceso a la historia clínica del paciente.
4. Implantar la autojustificación de las ausencias laborales breves (de 3 a 7 días) de forma independiente del profesional sanitario.
5. Simplificar el proceso de IT eliminando todos los partes y datos con finalidad administrativa, transferirlos al INSS y habilitar el acceso inmediato de las empresas sin participación de los profesionales sanitarios
6. Transferir la prescripción en los planes de choque a la entidad y profesionales externos que realizan el plan de choque, incluyéndolo en todos los convenios.
7. Asignar competencias a los médicos de familia y enfermeras de familia para prescribir el material ortopédico adecuado y exclusivo a su nivel asistencial sin convertirlos en prescriptores delegados de la atención especializada.
8. Eliminar la dispensación de productos sanitarios de los centros sustituyéndola por el envío directo por el proveedor o la dispensación en la farmacia, siempre que sea clínicamente posible, implantando los mecanismos de coordinación necesarios con servicios y oficinas de farmacia comunitarias.
9. Integrar todas las pruebas diagnósticas de todos los niveles asistenciales en una aplicación común que evite duplicidades.
10. Rediseñar los programas poblacionales de cribado (como el de prevención de cáncer colorrectal) para que funcionen de forma independiente a la actividad asistencial propia de los profesionales de AP.
11. Optimizar la prescripción y citación de actividades grupales de forma ágil e integrada en la historia clínica.

## 2. PRESENTACIÓN

La Atención Primaria es el pilar básico del Sistema Nacional de Salud. La calidad de la atención que se presta a los usuarios del Sistema Nacional de Salud depende en gran medida de la capacidad resolutoria de los Equipos de Atención Primaria. Su desarrollo durante los últimos años ha posibilitado asumir por parte de los médicos y enfermeras del primer escalón asistencial el control de patologías que hasta hace bien poco eran patrimonio del segundo escalón asistencial.

La Atención Primaria se caracteriza por una serie de valores que la convierten en condicionante de la actividad de otros niveles asistenciales:

- La accesibilidad.
- El conocimiento global de los pacientes.

- La capacidad para integrar y valorar en su conjunto los distintos aspectos del proceso de enfermar y sanar.
- La capacidad para resolver la mayor parte los problemas de salud que se plantean.
- La eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

Todos ellos justifican sobradamente la afirmación de que sin una Atención Primaria de calidad no puede haber un Sistema Sanitario Público de calidad.

Sin embargo, existen dificultades para lograr el objetivo de una Atención Primaria de calidad y una de ellas es la creciente **sobrecarga burocrática** que sufre este nivel asistencial y que genera el malestar de unos profesionales que no entienden por qué deben ocuparse de trámites y tareas que portan nulo valor asistencial y además resolver la carga burocrática que genera el segundo nivel asistencial.

De la misma forma, se realizan en los centros de salud actividades de forma delegada de otros niveles asistenciales, como analíticas, ECG y Rx de preoperatorios, actividades clínicas relacionadas con cribados poblacionales, etc. Aunque estas actividades se deben seguir realizando, es muy importante que lo hagan en su nivel asistencial, evitando que compitan con las actividades propias de la AP.

### 3. OBJETIVOS DEL GRUPO Y METODOLOGIA DE TRABAJO

Este grupo de trabajo se ha constituido a instancias de la Consellería de Sanidad en el marco Plan Regional Integral para la Atención Primaria y Comunitaria, con el objeto de **consensuar iniciativas y medidas concretas para la desburocratización** de los centros de AP.

Las iniciativas y medidas comprenden:

- a) Estrategias para reducir o evitar la **burocracia propia** del primer nivel asistencial.
- b) Directrices para evitar la **transferencia de actividad burocrática** desde otros niveles asistenciales.

El objetivo es elaborar un documento genérico que incluya medidas concretas que puedan ser de aplicación a todos los centros e instituciones sanitarias dependientes de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, e incluso a los centros de titularidad privada que se relacionen con ésta mediante conciertos o concesiones.

La Conselleria creó un grupo de trabajo multidisciplinar sobre desburocratización, al que se unieron profesionales de AP de diferentes categorías (médicos, enfermeras, administrativos) y ámbitos (asistencial, gestión). Previamente a las reuniones se difundieron entre los miembros del grupo los siguientes documentos:

- Criterios para la organización asistencial en la nueva normalidad en atención primaria y comunitaria (28/2/2021).
- Instrucciones desburocratización AP (18/01/2008). Direcció General d'Assistència Sanitaria. Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública.
- Instrucción 11/2022. Elaboración del informe de aptitud médico-laboral del personal docente interino para el curso escolar 2022/2023.

- Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de atención primaria (2008). semFYC.

Posteriormente se realizó una revisión y priorización de las áreas de trabajo en base al impacto en los equipos y a su factibilidad estableciendo referentes para coordinar las propuestas. Cada miembro colaboró en al menos un área de trabajo y se presentaron las conclusiones en las siguientes convocatorias de reunión.

En base a ello se han propuesto medidas para minimización o eliminación de la actividad burocrática, clasificando las **medidas** en 2 niveles, con diferente código de color:

**Nivel 1**

Medidas de aplicación inmediata que no precisen cambios normativos ni técnicos, sólo cambios organizativos en atención primaria y/o atención especializada. Su implementación podría realizarse en 3-6 meses.

**Nivel 2**

Medidas a medio plazo que precisen modificaciones técnicas de las aplicaciones corporativas, cambios legislativos o bien la coordinación con otras instituciones (otras consellerías, INSS, ministerios...). Su implementación podría realizarse en 6-12 meses.

Cada medida se acompaña de una ficha técnica en la que, en su caso, se especifican objetivos concretos, niveles asistenciales u organismos externos a la Conselleria implicados, cambios normativos necesarios, información a difundir a la población y medio de difusión, nivel directivo que debería responsabilizarse de su implementación o indicadores propuestos.

Las medidas propuestas se presentan agrupadas por **áreas**:

- 1) Emisión de informes
- 2) Incapacidad temporal
- 3) Prescripción
- 4) Dispensación
- 5) Laboratorio
- 6) Cribados poblacionales
- 7) Actividades grupales

La redacción del informe permite que se puedan incorporar nuevas medidas o desarrollar las propuestas en el proceso de revisión por sociedades científicas u otros interlocutores profesionales o sociales.

## 4.- LINEAS DE TRABAJO

### 4.1. ACCIONES A DESARROLLAR POR ÁREAS

#### 4.1.1. EMISION DE INFORMES

TITULO	FACTOR LIMITANTE	DESCRIPCION	COMO	FICHA
OPTIMIZAR APP (fase 1)	1.INSTRUCCIONES	Fase 1: Homogeneizar acceso desde App/web a datos que se donan a HSE (alta hospitalaria, laboratorio, informes imagen)	Pedir procedimiento y cronograma a todos los departamentos para su implantación	1.1
SIMPLIFICAR LA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	1.INSTRUCCIONES	Diseñar un procedimiento homogéneo a través de las UDCA de los departamentos	Elaborar procedimiento por SSCC e implementar en UDCA y SAIP	1.3
ELIMINAR CERTIFICADO APTITUD LABORAL DOCENTES Y OTROS	1.INSTRUCCIONES	Redirigir a los solicitantes al INVASSAT <a href="https://invassat.gva.es/va/ques-el-invassat">https://invassat.gva.es/va/ques-el-invassat</a>	Dar instrucciones claras a los profesionales y consellerias. Informar a la población de forma corporativa	1.4
OPTIMIZAR APP (fase 2)	2.DESARROLLO TECNICO	Fase 2: Ampliar informes accesibles desde App/web (partes IT, pautas anticoagulantes, certificados vacunales, notificaciones al paciente...)	Desarrollo informático	1.2
CERTIFICADO VACUNACION	2.DESARROLLO TECNICO	Acceso App/web	Desarrollo informático	1.5
SISTEMA DE CLASIFICACION NECESIDAD DE ATENCION DOMICILIARIA (ATDOM)	2.DESARROLLO TECNICO	Desarrollar un sistema de clasificación de pacientes en domicilio permanente o temporal que acredite para transporte sanitario gestionado por el paciente	Diseñar protocolo y desarrollo informático	1.6
INTEGRAR CARTILLA NIÑO SANO Y EMBARAZO EN ABUCASIS, APP	2.DESARROLLO TECNICO	Eliminar cartilla de papel y sustituir por informe accesible App/web	Desarrollo informático	1.7

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria  
 Proyecto Regional Integral (PRI) 2022/2023  
 Desburocratización/No hacer en AP

Y WEB				
REDUCIR LA NECESIDAD DE CERTIFICADO ESCOLAR	1.INSTRUCCIONES	Difundir la responsabilidad de padres o tutores en justificar ausencias y que la legislación actual limita los certificados e informes a niños con patología significativa.	Difundir legislación autonómica	1.8
SIMPLIFICAR INFORMES PARA PERMISO CONDUCCION	3.NORMATIVA	Habilitar al médico de reconocimiento de conductores acceso al historial de los pacientes y posibilidad de consultar directamente con especialistas	Cambio en normativa de Tráfico	1.9

4.1.2. INCAPACIDAD TEMPORAL

TITULO	FACTOR LIMITANTE	DESCRIPCION	COMO	FICHA
IMPLEMENTACION GESTION IT ATENCIÓN ESPECIALIZADA	1.INSTRUCCIONES	Implementar IT en atención especializada en los procesos en que el paciente está ingresado	Delimitar situaciones (pacientes ingresados, cirugía...). Pedir procedimiento y cronograma de implantación a todos los departamentos y monitorizarla	2.1
AUTOJUSTIFICACIÓN AUSENCIAS LABORALES BREVES (3-7 días)	3.NORMATIVA	Permitir a todos los trabajadores que puedan justificar mediante declaración responsable las ausencias por enfermedad de 3-7 días	Solicitar Ministerio, INSS	2.2
ENVIO DE PARTES AUTOMÁTICO A LAS EMPRESAS AL MERGEN DEL PROFESIONAL SANITARIO	3.NORMATIVA	Envío electrónico de comunicación de IT y partes de confirmación a empresas en base a los datos de afiliación de que disponga el INSS, no a partir de la declaración del profesional sanitario.	Solicitar Ministerio, INSS y desarrollo informático	2.3
SUPRESION DE PARTES NO JUSTIFICADOS CLINICAMENTE	3.NORMATIVA	Suprimir todos los partes con finalidad exclusivamente administrativa para el clínico y generarlos el INSS	Solicitar Ministerio, INSS	2.4

4.1.3. PRESCRIPCION

TITULO	FACTOR LIMITANTE	DESCRIPCION	COMO	FICHA
REALIZAR TODAS LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE DERIVAN DE LA VISITA ATENCION ESPECIALIZADA	1.INSTRUCCIONES	Prescripción, solicitudes de analíticas, interconsultas, cita sucesiva o alta	Pedir procedimiento y cronograma a todos los departamentos y monitorizar su implantación	3.1.a 3.1.b
OPTIMIZAR PRESCRIPCION MATERIAL ORTOPEDICO (fase 1)	1.INSTRUCCIONES	Fase 1: Implantar un procedimiento automatizado fuera de consultas	Pedir procedimiento y cronograma a todos los departamentos y monitorizar la implantación	3.5
ACTIVAR PRESCRIPCION HEPARINA A CONSULTA ANTICOAGULACION	1.INSTRUCCIONES	Cuando en la consulta de anticoagulación se precise heparina, generar la prescripción electrónica desde la consulta	Pedir procedimiento y cronograma a todos los departamentos	3.7
SUPRIMIR LA PRESCRIPCION DE PLANES DE CHOQUE (fase 1)	1.INSTRUCCIONES	Fase 1: Transferir a especializada recetas, IC, aclarar si cura están en el concierto (parece ser que sí)	Pedir procedimiento y cronograma a todos los departamentos	3.3
SUPRIMIR LA PRESCRIPCION DE PLANES DE CHOQUE (fase 2)	3.NORMATIVA	Fase 2. Transferir a entidades externas que realizan el plan de choque	Incluir la prescripción en todos los conciertos de planes de choque externos	3.4
SMS AVISO DE RENOVACION DE TRATAMIENTOS CRONICOS 30 DIAS	2.DESARROLLO TECNICO	SMS 30 días antes de la finalización de tratamientos crónicos, informando al paciente de que su tratamiento está próximo a finalizar y que debe solicitar cita con su MF	Desarrollo informático	3.2

OPTIMIZAR PRESCRIPCION MATERIAL ORTOPEDICO (fase 2)	3.NORMATIVA	Fase 2. Asignar competencias a médicos de familia y enfermería según productos	Solicitar Ministerio	3.6
IMPLEMENTAR LA PRESCRIPCION DE PRODUCTOS SANITARIOS A ENFERMERIA	3.NORMATIVA	Material de curas, ostomías, pañales, tiras de glucemia...	Solicitar Ministerio	3.8

#### 4.1.4. DISPENSACION

TITULO	FACTOR LIMITANTE	DESCRIPCION	COMO	FICHA
REDUCIR DISPENSACION DE LOS CENTROS SANITARIOS	3.NORMATIVA	Envío directo proveedor-paciente, dispensación en farmacias (pañales talla <8)	Modificar normativa nacional y autonómica	4.1

#### 4.1.5. LABORATORIO

TITULO	FACTOR LIMITANTE	DESCRIPCION	COMO	FICHA
TRANSFERIR A ATENCION ESPECIALIZADA PROCESO PREOPERATORIO	1.INSTRUCCIONES	Sistematizar las peticiones, hacerlas llegar al paciente, hacer la extracción, ECG... Preferiblemente en una visita única preanestésica o preoperatoria	Desarrollar la visita única preoperatoria. Pedir procedimiento y cronograma a todos los departamentos y monitorizar implementación	5.1
EVITAR DUPLICIDADES PRUEBAS	2.DESARROLLO TECNICO	Integrar todas las pruebas de todos los niveles asistenciales con un sistema de alerta en historia AP y hospital que evite duplicidades	Desarrollo informático	5.2

4.1.6. CRIBADOS POBLACIONALES

TITULO	FACTOR LIMITANTE	DESCRIPCION	COMO	FICHA
RACIONALIZAR PCCR (KARVIS)	3.NORMATIVA	Revisar el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal, descargando AP de la solicitud y consentimiento de colonoscopias	Transferir a las Unidades de Promoción de la Salud toda la actividad burocrática derivada del programa de cribado de CCR . Implantar un sistema homogéneo en atención especializada que incluya la solicitud y consentimiento junto a la colonoscopia, o bien realizar la actividad en AP fuera de la jornada ordinaria	6.1

4.1.7. ACTIVIDADES GRUPALES

TITULO	FACTOR LIMITANTE	DESCRIPCION	COMO	FICHA
OPTIMIZAR EL SISTEMA DE CITACION DE ACTIVIDADES GRUPALES	2.DESARROLLO TECNICO	Desarrollar un sistema flexible y accesible desde consulta y mostrador que permita la citación ágil para actividades grupales	Desarrollo informático	7.1

## 4.2. FICHAS TÉCNICAS

Número	Título de la acción
<b>1.1 y 1.2</b>	<b>OPTIMIZAR APP</b>
Descripción	Optimizar el uso de la app para el acceso del paciente a ciertos contenidos de su información
Objetivos concretos a conseguir	<p>Posibilidad de acceder desde la APP a los datos que actualmente se donan desde la HSE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ALTA HOSPITALARIA</li> <li>- LABORATORIO</li> <li>- INFORMES RX</li> </ul> <p>Posibilidad de acceder desde la APP a datos que actualmente NO se donan a HSE por temas técnicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PARTES DE INCAPACIDAD TEMPORAL</li> <li>- PAUTAS DE ANTICOAGULANTES</li> <li>- CERTIFICADOS VACUNALES</li> </ul> <p>Posibilidad de añadir motivo de la cita mediante un texto breve EN LA AGENDA DE MOSTRADOR (que aparezca en la agenda del profesional) con un mensaje de respuesta al paciente cuando esté resuelto (bidireccionalidad).</p> <p>Posibilidad de que el profesional envíe notificaciones al paciente a la APP (bidireccionalidad) El sistema podría informar que ya se puede descargar con una notificación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Libro de embarazo</li> <li>- Libro salud infantil</li> </ul>
Niveles asistenciales implicados	AP
Organismos externos a la CSUSP implicados	
Cambios normativos necesarios	Ninguno, ya se hace en otras comunidades
Información que se debe difundir a la población y medio	Informar de los antiguos y nuevos usos de la APP. Importante realizar campañas formativas a la población sobre su uso.
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria SSCC. Informática de Servicios Centrales
Problemas previsibles para la implementación	SOLO TECNOLOGÍA, no debería haber ningún problema más
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

Número	Título de la acción
1.4	<b>ELIMINAR CERTIFICADO APTITUD LABORAL DOCENTES Y OPOSICIONES</b>
Descripción	Certificados de aptitud laboral previa a la incorporación de docentes interinos y oposiciones diversas
Objetivos concretos a conseguir	No realización de actos impropios y fuera de legalidad
Niveles asistenciales implicados	AP
Organismos externos a la CSUSP implicados	Conselleria d'Educació. Consellerias, Ayuntaientos y otros organismos organizadores de oposiciones
Cambios normativos necesarios	Aplicar la ley existente. Revisión de convocatorias de educación. Instrucción específica que indique que debe elaborarse por un Servicio de riesgos laborales acreditado.
Información que se debe difundir a la población y medio	Informar a los docentes del procedimiento articulado por la Conselleria de Educación para obtener el certificado de aptitud. Informar de la cartera de servicio de los servicios públicos a todos los organismos implicados en la convocatoria de oposiciones
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria de Sanidad. SSCC
Problemas previsibles para la implementación	La resistencia de la Consellertia de Educación y otros organismos de dotarse de los medios necesarios para asumir la revisión médica previa a la incorporación de sus trabajadores.
Cronograma	Debería haberse articulado antes de junio 2023 (fecha señalada por la Conselleria de Educación y Sanidad para entregar los certificados de aptitud del curso educativo actual).
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	<p>También se podría optar por realizar un formulario donde se señalen las enfermedades que se consideran incompatibles con el trabajo al que se opta y una declaración jurada por parte del opositor de no sufrirlas. Esta situación debe ser comprobada por el servicio de prevención en la revisión médica de aptitud laboral previa a la asignación de la plaza.</p> <p>Relación de ordenamientos legales que argumentan la ilegalidad manifiesta de la situación actual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrucción 5338/08 de la Conselleria de Sanidad, denominada Desburocratización de la Atención Primaria, en el apartado 9 especifica "para todas las solicitudes sobre el estado de salud para acceso a oposiciones, pruebas de selectividad o cualquier otro similar, se emitirá el informe de la historia clínica electrónica", accesible para los pacientes desde la web de Consejería. Este Informe no es un Certificado de Aptitud para el trabajo, se trata de una recopilación de su historia sanitaria.</li> <li>• Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de</li> </ul>

	<p>noviembre, en su artículo 22 especifica que la empresa contratante debe ofrecer las revisiones en las incorporaciones, cambios sustanciales del puesto de trabajo y de forma periódica. Además en el artículo 31 especifica que debe ser realizada por una Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, Ley del Estatuto Básico del Trabajador Público, las Administraciones Públicas, a efectos de la ley, adquieren el carácter de empresarios, con las obligaciones inherentes a su condición. Por tanto la LPRL es aplicable a los funcionarios públicos y al personal estatutario.</li> <li>• Real Decreto 39/1997 - Reglamento de los Servicios de Prevención, en su artículo art 37, apartado a, especifica que los Servicios de Prevención deben contar con un especialista en medicina del trabajo o diplomado en medicina de empresa y ATS/DUE de empresa.</li> </ul>
--	--

Número	Título de la acción
<b>1.5</b>	<b>CERTIFICADO DE VACUNACION</b>
Descripción	Acceso directo por parte del usuario su historial de vacunación
Objetivos concretos a conseguir	Descarga directa desde la App
Niveles asistenciales implicados	AP
Organismos externos a la CSUSP implicados	Registro Vacunal Nominal
Cambios normativos necesarios	No
Información que se debe difundir a la población y medio	Informar la población del circuito para obtener el certificado
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria SSSC, DG Salut Pública
Problemas previsibles para la implementación	Necesidad de Certificado Digital u otra autenticación segura para acceder
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	En caso de usuarios que no dispongan de autenticación segura, habilitar al personal administrartivo para facilitar esta información

Número	Título de la acción
1.6	<b>SISTEMA DE CLASIFICACION NECESIDAD DE ATENCION DOMICILIARIA (ATDOM)</b>
Descripción	A los iconos de cita presencial, telefónica y domiciliaria, les añadiríamos de forma complementaria los iconos: - <b>Domicilio permanente (cama de color rojo)</b> . Precisa para su registro la cumplimentación de un Barthel (pendiente determinar puntuación) y Pfeiffer por parte de un profesional sanitario. Equivalente de paciente incluido en Programa de Atención Domiciliaria. Sería obtenible el listado de Alumbra. Analíticas a domicilio. Curas a domicilio. Atención continuada. - <b>Domicilio Temporal (cama de color amarillo)</b> Revisable cada 2 meses con una ventana emergente de alarma por parte de SIA.
Objetivos concretos a conseguir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Categorizar el número de domicilios permanentes y temporales.</li> <li>- Tener acceso a un registro estadístico y listados de pacientes en situación de atención domiciliaria temporal o permanente.</li> <li>- Los profesionales sanitarios tendrán un censo actualizado que podrán sacar desde alumbra de los pacientes domiciliarios, información útil para el programa de atención domiciliaria.</li> <li>- La consideración de categorización como domicilio permanente conllevará una serie de procesos de desburocratización, (como por ejemplo partes de ambulancia, informes de dependencia...)</li> <li>- Aumento de registros de Barthel y Pfeiffer.</li> <li>- Reducción del número de atenciones domiciliarias de domicilios temporales dado el mayor control, sobre todo en el contexto de las extracciones domiciliarias.</li> <li>- Muchas demandas de atención domiciliaria son solicitadas por los usuarios al personal administrativo, la categorización de los domicilios permite disminuir el proceso administrativo en caso de los permanentes y mayor control sobre los temporales.</li> </ul>
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	NO
Cambios normativos	NO
Información que se debe difundir a la población y medio	NO
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	SSCC
Problemas previsibles para implementación	Aspectos informáticos.
Cronograma	
Indicadores para la evaluación	Medible desde alumbra

Notas	
-------	--

Número	Título de la acción
1.7	<b>INTEGRAR CARNET DE VACUNACION, CARTILLA NIÑO SANO Y EMBARAZO EN ABUCASIS, APP Y WEB</b>
Descripción	El calendario vacunal, la cartilla de niño sano y la cartilla de embarazo deberían ser accesibles y descargables para el ciudadano en la carpeta ciudadana/web/app vinculado al SIP. Debería introducirse toda la información en abucasis
Objetivos concretos a conseguir	Disminuir la burocratización en la generación de informes y las consultas en relación al calendario vacunal. Disminuir la burocratización en la generación de informes en relación a la cartilla de niño sano. Dar una información reglada y de calidad si el usuario se traslada a otra comunidad autónoma o país ya que puede consultarla en los medios informáticos. Evitar duplicidades en los registros.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	RVN
Cambios normativos necesarios	NO
Información que se debe difundir a la población y medio	NO
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Consellria Sanitat. SSCC. DG Salut Pública
Problemas previsibles para la implementación	Informáticos
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

<b>Número</b>	<b>Título de la acción</b>
<b>1.8</b>	<b>REDUCIR LA NECESIDAD DE CERTIFICADOS Y JUSTIFICANTES ESCOLARES</b>
Descripción	Reducir la necesidad de certificados escolares a los estrictamente necesarios
Objetivos concretos a conseguir	Eliminar en las consultas de pediatría la realización sistemática de certificados a todos los escolares y transferir de forma efectiva a pedres y tutores la realización de justificantes de ausencia
Niveles asistenciales implicados	AP
Organismos externos a la CSUSP implicados	Conselleria de Educación
Cambios normativos necesarios	
Información que se debe difundir a la población y medio	Es necesario explicar el procedimiento implementado. Difundir tanto a docentes como a pedres y tutores que la legislación actual los limita a niños con patología significativa y que es responsabilidad de padres y tutores la realización de justificantes de ausencia
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Consellerias de Sanidad y Educación
Problemas previsibles para la implementación	Habrà que difundir en los centros educativos y padres/madres las enfermedades y circunstancias que se consideran imprescindibles de conocer por parte de los organismos docentes sobre la salud de los escolares.  Habrà que ser activo en la citación a las revisiones pediàtricas necesarias.
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	Habrà que diseñar y difundir adecuadamente un formulario que tendràn que rellenar las tutores donde estos tendràn que señalar si su hijo/a sufre alguna de las enfermedades definidas.

Número	Título de la acción
2.1	<b>Implantación de la gestión de la IT en especializada</b>
Descripción	Implementar IT en atención especializada en los procesos en que el paciente está ingresado, desde el primer día del ingreso.
Objetivos concretos a conseguir	Que cada facultativo emita los partes de IT derivados de su atención (incluidos facultativos de especializada hospitalaria en pacientes hospitalizados) evitando así la sobrecarga de AP con tareas administrativas que no le corresponden y que se pueden realizar en el nivel en el que se generan.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria Atención Hospitalaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	
Cambios normativos necesarios	Ninguno. Aplicar la legislación en vigor.
Información que se debe difundir a la población y medio	Folleto informativo y/o Cartelería en salas de espera/Hall de planta Hospitalaria, que informen de que es el especialista que atiende al paciente quien debe emitir la baja y los partes de confirmación durante su estancia hospitalaria Manual para profesionales de especializada
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Consellería de Sanidad SSCC. Dirección médica de hospital. Dirección de atención primaria. Inspección Médica.
Problemas previsibles para la implementación	Falta de apoyo de Dirección Falta de colaboración de Atención Especializada Dificultad de Especializada para gestionar las bajas por falta de formación
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	Nº Pacientes que habiendo estado ingresados acuden a AP para la emisión del parte de baja inicial Registro de incidencias nominales (servicio/facultativo).
Notas	Ofrecer formación: curso EVES IT autoformativo. Sería de ayuda la elaboración de un manual práctico que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• una guía con los pasos a seguir para dar una baja</li> <li>• un apartado donde se dé solución a los problemas más frecuentes que puedan surgir</li> </ul> También sería recomendable facilitar un número de teléfono para resolver dudas de forma inmediata. El paciente debería poder acceder a sus partes desde la APP y la web Notificación de las incidencias en aras de enmienda

Número	Título de la acción
2.2	<b>AUTOJUSTIFICACIÓN AUSENCIAS LABORALES BREVES (1-3 días)</b>
Descripción	<p>La autojustificación de las bajas breves (hasta 7 días en Reino Unido y hasta 5 días en Suecia) está presente en muchos países de nuestro entorno y podría aplicarse al nuestro.</p> <p><a href="https://www.gov.uk/taking-sick-leave">https://www.gov.uk/taking-sick-leave</a>  <a href="https://www.acas.org.uk/fit-notes-and-proof-of-sickness">https://www.acas.org.uk/fit-notes-and-proof-of-sickness</a></p> <p>En España existen colectivos en algunas comunidades autónomas (por ejemplo justicia, docentes... en Asturias o en Cantabria) que ya disponen de esta posibilidad.</p>
Objetivos concretos a conseguir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No debería exigirse por parte de la empresa un justificante de menos de 3 días de ausencia al trabajo. Los primeros 3 días de baja por contingencia común, el trabajador no recibe prestación económica, salvo mejora por vía de convenio colectivo, por lo que una baja breve no tiene relevancia económica para la Seguridad Social. Si existe convenio que retribuya los 3 primeros días no se podrá exigir por parte de la empresa justificación médica.</li> <li>- Modificación del estatuto 54.2 a) en el que se contempla que el justificante médico equivale a la baja laboral a la hora de justificar una ausencia</li> <li>- Si acude al médico porque necesita la asistencia médica o bien se atiende por teléfono, podría descargar el justificante desde la aplicación gva salut</li> </ul>
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria, Atención especializada, Servicios de prevención de las empresas inspecciones médicas del SNS o de las mutuas colaboradoras
Organismos externos a la CSUSP implicados	Empresas del ámbito privado
Cambios normativos necesarios	Estatuto de los trabajadores y legislación IT
Información que se debe difundir a la población y medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conocer tipo de procesos cuya duración estimada es muy breve (hasta 4 días) según la guía del INSS18, definidos en este manual como «banales» y que en ocasiones ni siquiera precisan IT.</li> <li>- Difundir a la población el modelo de autodeclaración de enfermedad para justificar descargable en la página de gva salut</li> </ul>
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria de Sanitat. SSCC
Problemas previsibles para la implementación	En el caso de que la baja se prolongase más allá de los 3 días, sería necesario consultar con un médico del SNS para que emitiera un parte de baja desde el primer día de la ausencia del trabajador, si considera que la enfermedad le incapacita para el trabajo, tal como establece el artículo 2.2. del Real Decreto 625/2014
Cronograma	
Indicadores para la	

evaluación de la implantación	
Notas	<p>En países de nuestro entorno se reconoce un período de carencia durante el cual no existe prestación económica ni de la Seguridad Social ni de la empresa y el coste es asumido por el trabajador.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En Francia se ha ensayado este método durante la crisis de la COVID-19, permitiendo la autojustificación de las bajas breves.</li><li>- En Suecia, los primeros 5 días de enfermedad los puede justificar el propio paciente. Gran Bretaña permite que el trabajador pueda justificar hasta 7 días (durante la pandemia se aumentó hasta 28 días).</li><li>- En Alemania tampoco hay que ir al médico de inmediato, pero sí es preciso avisar al empleador de que el trabajador no está en condiciones para trabajar. No deberá aportar la baja hasta que lleve 4 días de ausencia; salvo que en el contrato de trabajo o en el convenio colectivo diga lo contrario.</li></ul> <p>Para evitar los abusos, se pueden valorer límites:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Restringirlo a un cierto número de días de autojustificación de baja en un período de tiempo.</li><li>- Circunscribirlo a un determinado tipo de procesos cuya duración estimada es muy breve (hasta 4 días) según la guía del INSS18, definidos en este manual como «banales» y que en ocasiones ni siquiera precisan IT.</li><li>- Establecer un sistema de revisión y control a través de las inspecciones médicas del SNS o de las mutuas colaboradoras.</li></ul>

<b>Número</b>	<b>Título de la acción</b>
<b>2.3</b>	<b>ENVIO DE PARTES AUTOMÁTICO A EMPRESAS SIN PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO</b>
<b>Descripción</b>	Envío electrónico de comunicación de IT y partes de confirmación a empresas en base a los datos de afiliación de que disponga el INSS, no a partir de la declaración del profesional sanitario.
Objetivos concretos a conseguir	Envío electrónico de comunicación de IT a un repositorio centralizado accesible para INSS y empresas. Generación de partes por el INSS en función del número de empresas, dedicación del trabajador, profesión... al margen del profesional clínico. Base de datos web centralizada desde la que pacientes y empresas puedan descargar sus partes sin que el profesional sanitario deva preguntar o introducir la información relativa a empresas.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria, Atención especializada, Inspección Médica
Organismos externos a la CSUSP implicados	INSS. Empresas.
Cambios normativos necesarios	Ninguno, en principio la nueva versión está autorizada
Información que se debe difundir a la población y medio	Difusión con cartelería, radio, prensa escrita, pantallas en salas de espera del nuevo modelo de gestión de IT
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria de Sanitat SSCC
Problemas previsibles para la implementación	Demora en la transmisión de la información de la IT a las empresas implicadas.
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	Recepción correcta de partes en la empresa y pacientes
Notas	Se solicita la publicación, a la mayor brevedad posible, de la normativa que regule el modelo electrónico como vía de comunicación exclusiva médico-paciente-empresa en todo lo relacionado con la Incapacidad Temporal

Número	Título de la acción
<b>2.4</b>	<b>SUPRESION DE PARTES DE IT NO JUSTIFICADOS CLINICAMENTE</b>
Descripción	Separar los contenidos clínicos de los administrativos en la gestión de la IT, eliminando todos los partes de confirmación que no tengan una justificación clínica
Objetivos concretos a conseguir	Dedicarnos a la atención sanitaria del proceso. Generar automáticamente todos los partes intermedios hasta la siguiente visita con justificación clínica. Automatizar la duración del proceso en lo posible.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria Atención Especializada
Organismos externos a la CSUSP implicados	Ministerio de trabajo. INSS. Inspección.
Cambios normativos necesarios	Modificar la normativa de IT
Información que se debe difundir a la población y medio	Difusión con cartelería, radio, prensa escrita, pantallas en salas de espera del nuevo modelo de gestión de IT
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Consellería de Sanidad SSCC.
Problemas previsibles para la implementación	Resistencias por parte de INSS. Posible incremento de la duración excesiva de las IT. Habría que habilitar mecanismos de control diferentes de la visita médica.
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	Media de días IT por proceso y comparativa con modelo actual Desarrollo de sistemas de control de calidad en torno a las bajas por parte de Médicos Inspectores
Notas	Ya se ha conseguido eliminar el parte de confirmación de periodicidad pura a favor del parte de confirmación de periodicidad variable, siempre adecuado a la valoración clínica (con ello no nos vemos obligados a rellenar partes periódicos de confirmación de duración fija, sino el parte de baja, el de alta y aquellos partes de confirmación que tienen lógica clínica) Actualmente contamos con un sistema informático que nos posibilita la generación automática de partes periódicos de confirmación sin tener que ver al paciente hasta la fecha de revisión, el médico firma el parte y aquel lo puede recoger en el área administrativa en la fecha convenida, sin necesidad de ver al médico, puede recibirlo por mail o acceder a él a través de páginas o aplicaciones de las administraciones públicas.

Número	Título de la acción
<b>3.1.a</b>	<b>REALIZAR TODAS LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE DERIVAN DE LA VISITA ATENCION ESPECIALIZADA: PRECRIPCIÓN, INTERCONSULTAS, PETICIONES DE PRUEBAS</b>
Descripción	Eliminar de las consultas de primaria la actividad burocrática (recetas, peticiones de pruebas, solicitud de interconsulta a otras especialidades) derivadas de las consultas de especializada y urgencias
Objetivos concretos a conseguir	Conseguir que los facultativos de Atención Especializada y urgencias realicen TODAS las prescripciones, interconsultas, bajas y demás burocracia que se derive de su actividad asistencial.
Niveles asistenciales implicados	Servicios de Urgencias de Primaria y Hospitalarias. Servicios de Atención Especializada
Organismos externos a la CSUSP implicados	
Cambios normativos necesarios	Ninguno, se trata de aplicar la legislación actual. Publicar instrucciones con el procedimiento general para que un paciente que no ha obtenido recetas u otro documento en Atención Especializada los pueda obtener SIN necesidad de consulta en Atención Primaria.
Información que se debe difundir a la población y medio	Cartelería en sala de espera de las urgencias y Atención Especializada e información en RRSS/App y web de Conselleria de Sanidad recordando al paciente que el especialista que lo atiende debe realizar toda la actividad burocrática que se precise y que debe exigírsela al especialista.
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Gerencias y Dirección Médicas de Hospital. Direcciones de Atención Primaria.
Problemas previsibles para la implementación	Falta de colaboración por parte de A. Especializada
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	Debería también refrendarse al médico de primaria para que se encuentre respaldado para devolver a la consulta del especialista a los pacientes que acudan a su consulta a solicitar recetas/volantes, etc. que el especialista no le ha hecho.

Número	Título de la acción
<b>3.1.b</b>	<b>REALIZAR TODAS LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE DERIVAN DE LA VISITA ATENCION ESPECIALIZADA: CITACION DE CONSULTAS SUCESIVAS</b>
Descripción	Evitar que se deriven a la consulta del médico de primaria a los pacientes para solicitar un nuevo volante de interconsulta para solicitar revisión con el especialista.
Objetivos concretos a conseguir	1) Que desde las consultas de Atención Especializada se proporcionen a los pacientes TODAS las citas de revisiones sucesivas, evitando derivarlos a su médico de cabecera para realizar un nuevo volante de interconsulta. 2) Que se le proorcione la cita ANTES de abandonar el hospital o centro de especialidades.
Niveles asistenciales implicados	Atención Especializada
Organismos externos a la CSUSP implicados	
Cambios normativos necesarios	Ninguno, se trata de aplicar la legislación actual.
Información que se debe difundir a la población y medio	Cartelería en las salas de espera de A. Especializada y notas en la App y web de la Consellería de Sanidad informando a los pacientes de que las citas para revisiones deben proporcionarse siempre en dichos servicios.
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Gerencias y Dirección Médicas de Hospital. Direcciones de Atención Primaria.
Problemas previsibles para la implementación	Falta de colaboración de los servicios de Especializada y del personal de los mostradores de citas.
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	Es muy importante que el paciente esté informado de que debe solicitar y exigir las citas de revisiones en los servicios especializados correspondientes, ya que desde los mostradores de citas, muchas veces para quitarse al paciente de encima cuando las agendas no están abiertas o hay mucha demora, derivan al paciente a su MF pidiendo un nuevo volante de interconsulta, con lo cual generan muchas consultas innecesarias por un tramite burocrático que deberían solucionar ellos.

Número	Título de la acción
<b>3.2</b>	<b>SMS AVISO DE RENOVACION DE TRATAMIENTOS CRONICOS EN 30 DIAS</b>
Descripción	Reducir el número de citas y contactos para renovación de tratamientos crónicos.
Objetivos concretos a conseguir	Conseguir que el paciente pida cita para la renovación de sus tratamientos crónicos con la suficiente antelación, evitando que esas citas se conviertan en consultas “de urgencia” porque se les ha terminado la prescripción.
Niveles asistenciales implicados	AP
Organismos externos a la CSUSP implicados	
Cambios normativos necesarios	Ninguno
Información que se debe difundir a la población y medio	SMS 30 días antes de la finalización de tratamientos crónicos, informando al paciente de que su tratamiento está próximo a finalizar y que debe solicitar cita con su MF
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria de Sanidad SSCC. DGFyPS.
Problemas previsibles para la implementación	Ninguno
Cronograma	Instauración inmediata
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

Número	Título de la acción
<b>3.3 (fase 1) 3.4 (fase 2)</b>	<b>SUPRIMIR LA PRESCRIPCION DE PLANES DE CHOQUE Y EL RESTO DE ACTIVIDAD BUROCRÁTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>
Descripción	Implementar sistema por el cual los centros adscritos al plan de choque puedan resolver su actividad burocrática sin necesidad de remitir al paciente a Atención Primaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase 1: Transferir a especializada recetas e IC en los casos en que el concierto actual no lo contemple.</li> <li>- Fase 2: Transferir a entidades externas que realizan el plan de choque: Incluir la prescripción en todos los conciertos de planes de choque externos</li> </ul>
Objetivos concretos a conseguir	Que los centros que realizan actividades a través del plan de choque se encarguen de realizar sus tareas burocráticas (recetas, peticiones de pruebas complementarias, interconsultas a otros niveles asistenciales, partes de baja,

	etc.). Que se cumpla la asunción por parte de clínicas privadas adscritas al plan de choque y conforme a lo establecido, todo el proceso quirúrgico íntegro hasta 6 meses después de la intervención.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria. Atención Especializada
Organismos externos a la CSUSP implicados	Clínicas privadas adscritas al plan de choque.
Cambios normativos necesarios	Normativa que regule la autorización al personal de los centros privados en caso de concierto a realizar prescripciones, interconsultas, etc. que recaigan en el Sistema Público de Salud
Información que se debe difundir a la población y medio	Incluir en la carta donde se oferta al paciente la posibilidad de derivación al plan de choque recordatorio de que en la clínica solicitada se deberán hacer cargo de las tareas burocráticas
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria de Sanitat SSSC. DGFyPS.
Problemas previsibles para la implementación	Falta de colaboración de las clínicas privadas Dificultad para la modificación de normativa que permita acreditar al personal de estos centros para realizar estas tareas. Dificultades técnicas para dotarlos de acceso a Abucasis/GAIA/MPRE para realizar estas tareas.
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	Nos encontramos con que el programa de plan de choque descarga las listas de espera de las especialidades quirúrgicas pero aumenta el trabajo en las consultas de primaria, que deben encargarse de la actividad burocrática que en situación normal correspondería al especialista que interviene al paciente, pero que en esta situación se rebota a los médicos de primaria para solventarla.

Número	Título de la acción
<b>3.5 (fase 1)</b> <b>3.6 (fase 2)</b>	<b>OPTIMIZAR LA PRESCRIPCIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO</b>
Descripción	Actualmente para prescribir un cojín antiescaras o un colchón antiescaras el médico de familia debe hacer una interconsulta a un especialista hospitalario, que en muchos casos sin conocer al paciente, firma y devuelve a atención primaria. En muchos casos hay que sumarle todavía que precisa la mediación de enfermería o enfermera gestora de casos para esta gestión.
Objetivos concretos a conseguir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase 1: Implantar un procedimiento automatizado fuera de consultas de forma que el paciente obtenga la prescripción de HERA sin intervención del médico de familia (salvo para cursar interconsulta no presencial).</li> <li>- Fase 2: Habilitar el médico de familia (y en determinados casos a la enfermera de familia) para la prescripción de material ortoprotésico en el ámbito de su nivel asistencial.</li> </ul>
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria y Atención hospitalaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	Ministerio de Sanidad (fase 2)
Cambios normativos necesarios	SI
Información que se debe difundir a la población y medio	Difusión de los circuitos
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Gerencias y Direcciones Médicas (fase 1). Consellería de Sanidad SSCC (fase 2)
Problemas previsibles para la implementación	NO
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

<b>Número</b>	<b>Título de la acción</b>
<b>3.7</b>	<b>ACTIVAR PRESCRIPCION HEPARINA Y OTROS FÁRMACOS A CONSULTA ANTICOAGULACION</b>
Descripción	En la actualidad cuando en la consulta de anticoagulación se precisa heparina, el médico de familia debe generar la prescripción de forma delegada.
Objetivos concretos a conseguir	Las determinaciones de INR que precisen heparina, deberá conllevar automáticamente la prescripción de la medicación en el SIP por parte de hematología para poder obtenerla de la farmacia comunitaria.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria y Atención hospitalaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	NO
Cambios normativos necesarios	NO
Información que se debe difundir a la población y medio	Informar que tiene toda la medicación necesaria disponible en la farmacia sin intervención del médico de familia
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Gerencias y Direcciones Médicas
Problemas previsibles para la implementación	NO
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

<b>Número</b>	<b>Título de la acción</b>
<b>3.8</b>	<b>PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERIA</b>
Descripción	Actualmente los médicos realizar prescripciones de material de curas, ostomías, sondajes, pañales, tiras de glucemia, etc. que son materiales de uso habitual de los profesionales de enfermería, que podrían prescribir de forma independiente. Ocurre lo mismo con algunos productos sanitarios por las matronas en el caso de embarazadas
Objetivos concretos a conseguir	Habilitar la prescripción de material de curas, ostomías, pañales, tiras de glucemia.. a profesionales de enfermería.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	Ministerio de Sanidad
Cambios normativos necesarios	SI
Información que se debe difundir a la población y medio	La enfermera de familia puede realizarle todas las prescripciones necesarias de productos sanitarios de curas y pañales.
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Consellería de Sanidad SSCC. DGFyPS
Problemas previsibles para la implementación	NO
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

Número	Título de la acción
<b>4.1</b>	<b>REDUCIR DISPENSACION DE LOS CENTROS SANITARIOS</b>
Descripción	<p>Actualmente se dispensa un gran número de materiales desde el centro de salud. Este hecho genera un aumento de las cargas de trabajo sobre médicos, enfermeras, personal administrativo y TCAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pañales hasta la talla 8. Luego farmacia comunitaria.</li> <li>- Material de ostomías</li> <li>- Material de sondaje anal</li> <li>- Material de irrigación</li> <li>- Material de PEG</li> <li>- Sensores</li> <li>- Sistemas de bomba de insulina</li> <li>- Apósitos transparentes para usuarios en diálisis</li> <li>- Material de nutrición enteral</li> </ul>
Objetivos concretos a conseguir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descentralizar la entrega de estos materiales a las farmacias comunitarias.</li> <li>- Posibilidad de envío directo del laboratorio al domicilio del paciente en algunos casos concretos.</li> </ul>
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	NO
Cambios normativos necesarios	Si
Información que se debe difundir a la población y medio	NO
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria de Sanidad SSCC. DGFyPS
Problemas previsibles implementación	
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

Número	Título de la acción
<b>5.1</b>	<b>TRANSFERIR A ATENCION ESPECIALIZADA EL PROCESO PREOPERATORIO COMPLETO</b>
Descripción	Transferir íntegramente a Atención Especializada el proceso preoperatorio completo, evitando la utilización de las consultas de primaria las citas para solicitar pruebas para estudios preoperatorios y desarrollando procedimientos de visita única preoperatoria
Objetivos concretos a conseguir	Que los especialistas que valoran a los pacientes e incluyen en lista de espera quirúrgica realicen las peticiones de las pruebas del preoperatorio para que el paciente no tenga que pasar por consulta de medicina de familia a solicitarlas a su médico de cabecera. Que se realicen en el hospital las extracciones analíticas, ECG... y valoración anestésica en un procedimiento de visita única preoperatoria.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria. Atención Especializada.
Organismos externos a la CSUSP implicados	
Cambios normativos necesarios	Ninguno
Información que se debe difundir a la población y medio	Cartelería en las consultas/salas de espera de especialidades quirúrgicas informando al paciente de que el médico especialista debe entregarle y explicarle las peticiones de las pruebas preoperatorias y dónde tramitarlas y que las extracciones y resto de pruebas serán realizadas de forma integrada en la visita anestésica.
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Gerencias y Direcciones Médicas. Especialidades quirúrgicas
Problemas previsibles para la implementación	Falta de colaboración por parte de Atención Especializada.
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

<b>Número</b>	<b>Título de la acción</b>
<b>5.2</b>	<b>EVITAR DUPLICIDADES PRUEBAS</b>
Descripción	Integrar todas las pruebas de todos los niveles asistenciales con un sistema de alerta en historia AP y hospital que evite duplicidades
Objetivos concretos a conseguir	Que no se repitan pruebas analíticas de forma inadvertida cuando el paciente las tiene realizadas recientemente.
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria. Atención Especializada.
Organismos externos a la CSUSP implicados	
Cambios normativos necesarios	Ninguno, solo desarrollo tecnológico
Información que se debe difundir a la población y medio	Información del tipo: si se le ha realizado una analítica reciente indíquelo al médico.
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Consellría de Sanidad SSCC
Problemas previsibles para la implementación	
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

Número	Título de la acción
6.1	<b>RACIONALIZAR PCCR (KARVIS) ELIMINANDO LA ACTIVIDAD BUROCRÁTICA</b>
Descripción	Eliminar la actividad burocrática que recae en los centros de Atención Primaria derivada del programa de cribado del cáncer colorectal (PCCR-Karvis) y racionalizar la actividad clínica.
Objetivos concretos a conseguir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferir a las Unidades de Promoción de la Salud todas la actividad burocrática derivada del programa de cribado de CCR (como se hace por ejemplo en el caso del cáncer de mama), liberando a la Atención Primaria de estas tareas.</li> <li>- Implantar un sistema homogéneo en atención especializada que incluya la solicitud y consentimiento junto a la colonoscopia, o bien realizar la actividad en AP fuera de la jornada ordinaria.</li> </ul>
Niveles asistenciales implicados	Centros de Salud Pública. Unidades de Promoción de la Salud. Atención Especializada. Servicios de Endoscopias. Atención Primaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	
Cambios normativos necesarios	
Información que se debe difundir a la población y medio	Cartas a los pacientes con resultado del test de SOH positivo, explicando significado de ese resultado y la necesidad de completar estudio con colonoscopia. Proporcionar en la misma carta fecha de cita presencial con medicina y enfermería de la Unidad de Promoción de la Salud para rellenar cuestionario y peticiones correspondientes y explicar y entregar preparación para la colonoscopia.
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Conselleria Sanidad SSCC. DGSP
Problemas previsibles para la implementación	Falta de colaboración por parte de los centros de Salud Pública. Falta de recursos materiales y humanos en los centros de Salud Pública.
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	El circuito de cribado de CCR debería funcionar de forma independiente a la Atención Primaria y que se realice íntegramente por las Unidades de Promoción de la Salud de Salud Pública, tal como ya se realiza con el programa de cribado del cáncer de mama, o bien que se realice fuera de la jornada ordinaria.

Número	Título de la acción
7.1	<b>OPTIMIZAR EL SISTEMA DE CITACION DE ACTIVIDADES GRUPALES</b>
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para el registro de las actividades grupales en AP actualmente se recogen los SIP y se introducen en el apartado de actividades grupales y posteriormente se envía. Se crea un texto predefinido escueto que se limita a la realización de la actividad sin más detalle.</li> <li>- No siempre tenemos grupos estancos ni los usuarios son los mismos, no tener una herramienta de registro aumenta la burocratización en este tema.</li> </ul>
Objetivos concretos a conseguir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un espacio en el SIA, para inscribir a los usuarios interesados en diferentes actividades grupales con acceso desde administración y los profesionales sanitarios, incluso desde web.</li> <li>- Los números SIP de este listado se podrían importar directamente al espacio destinado a actividades comunitarias.</li> <li>- Este listado no podría general demora, ya que las actividades pueden programarse con bastante tiempo de antelación.</li> <li>- La capacidad de editar el texto predefinido que se introduciría en la historia clínica de cada paciente.</li> </ul>
Niveles asistenciales implicados	Atención Primaria
Organismos externos a la CSUSP implicados	No
Cambios normativos necesarios	Ninguno, solo desarrollo informático
Información que se debe difundir a la población y medio	
Nivel directivo que se debe responsabilizar de su implantación	Consellería de sanidad SSCC
Problemas previsibles para implementación	Informáticos
Cronograma	
Indicadores para la evaluación de la implantación	
Notas	

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014 de 18 de Julio por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de duración. BOE 20/6/2015. Disposiciones Generales. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- 2.- Instrucción 11/2022/ GAD. Secretaria Autonómica de salud Pública del sistema sanitario Público. 27/7/2022. Elaboración del informe de aptitud médico-laboral del personal docente interino para el curso escolar 2022/2023. Conselleria de sanidad Universal y Salud Pública.
- 3.- Plan de Acción para la atención primaria y Comunitaria. Proyecto regional Integral (PRI). Comunitat valenciana 2022-2023 del 31 de marzo. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública.
- 4.- Criterios para la Organización Asistencial en la nueva normalidad en Atención Primaria y Comunitaria de 28/4/2021. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública.
- 5.- Gestión Incapacidad Temporal del 9/1/2023. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública.
- 6.- Medidas concretas para la desburocratización de las consultas en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina de familia y Comunitaria (semFYC) .2008.
- 7.- F. León Vázquez, F., Cubero González, P., Ballarín González, A. (2022). *Autogestión de Bajas breves y otras propuestas de mejora en incapacidad temporal*. AMF.
- 8.- The UK Government. Taking sick leave. Disponible en: <https://www.gov.uk/taking-sick-leave>
- 9.- Acas, the Advisory, Conciliation and Arbitration Service. Fit notes and proof of sickness. Disponible en: <https://www.acas.org.uk/fit-notes-and-proof-of-sickness>

## 6. ANEXOS

### 1.1. Declaración responsable empleado público docente Cantabria



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,  
CULTURA, Y DEPORTE  
DIRECCIÓN GENERAL DE  
PERSONAL DOCENTE Y  
ORDENACIÓN ACADÉMICA



**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE EMPLEADA O EMPLEADO PÚBLICO DOCENTE DE LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA SOBRE DÍA DE AUSENCIA POR CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE SIN DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

D./Dña.....  
Con D.N.I..... empleada o empleado público docente de la  
Consejería de Educación, Cultura y Deporte de la Comunidad Autónoma de  
Cantabria, perteneciente al Cuerpo:....., especialidad:..... Que  
presto servicios docentes en el centro educativo.....

Al amparo del "Acuerdo adoptado por la Mesa General de Negociación del art. 36.3 del EBEP de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en su reunión del día 29 de noviembre de 2017, por el que se establece el régimen de mejoras en la situación de incapacidad temporal por contingencias comunes y el número de días de ausencia por enfermedad" aprobado por Consejo de Gobierno, en su reunión de 21 de diciembre de 2017 (BOC nº 10, de 15 de enero de 2018) y considerando lo previsto en el art. 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, que me ausenté de mi puesto de trabajo el día..... por causa de enfermedad/ accidente sin declaración de incapacidad temporal.

En..... a..... de..... de.....

Fdo:

## 6.2. Declaración responsable Justicia Asturias

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D<sup>a</sup>.....con DNI  
nº.....funcionario del Cuerpo de  
.....destinado en el.....por medio  
de la presente DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD

Que en el día de hoy no he acudido a mi puesto de trabajo por causa de enfermedad común, la cual no ha dado lugar a situación de incapacidad temporal.

Lo que comunico a los efectos oportunos.

En Oviedo, a ..... de..... de 2013

Fdo.

**DIRECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
CALLE EDUARDO HERRERA HERRERITA s/n-2ª PLANTA-33006  
OVIEDO  
Fax: 985668513**

## 5. COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO

- **Aguayo Romero, M<sup>a</sup> José.** Médica de familia CS San Vicente 1
- **Alabor Girbes, Ángela.** Administrativa CS Alginet
- **Blázquez Soldevila, M<sup>a</sup> Cruz.** Médica de familia, Dirección Médica AP Departamento Vilajoiosa
- **Bonifacio Gas, Mari Delfina.** Administrativa CSI Benifaió
- **Colás Martínez, M<sup>a</sup> Belén.** Médica de familia CS Lo Morant
- **Izquierdo Núñez, Trinidad.** Médica de familia CS Paterna
- **Marín Nieto, M<sup>a</sup> Carmen.** Médica de familia CS Lo Morant
- **Marrades Botella, Fabiola.** Enfermera Dirección enfermería AP Departamento Alacant-Sant Joan
- **Martínez Parra, Salvador.** Médico de Familia CS Burriana
- **Montagud Barberá, M<sup>a</sup> José.** Administrativa CS Carcaixent
- **Parra García, Mónica.** Enfermera CS Mutxamel
- **Pastor Monerris, Antoni.** Enfermero CS Hospital Provincial-Pla
- **Sánchez Gras, Selene.** Enfermera CS Sant Joan
- **Santamaría Pellicer, Sara.** Médica de familia CS Sta. Faz y UCA
- **Sendra i Marco, Josep Carles.** Médico de familia CSI Oliva
- **Soler Torro, Jose Manuel.** Médico de familia, Dirección Médica AP Departamento de la Ribera
- **Tomás Almarcha, Rosa.** Médica de familia CS Villena 1
- **Zapata Coloma, Berta.** Médica de familia, Dirección enfermería AP