



## **INFORME DE PROPUESTAS PARA DESBUROCRATIZAR LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**OSATZEN/ SOCIEDAD VASCA DE MEDICINA DE FAMILIA Y  
COMUNITARIA**

**AVPAP/ ASOCIACIÓN VASCA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN  
PRIMARIA**

### **PROPUESTAS DE ELIMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BUROCRÁTICAS NO PROPIAS DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA CONSULTA DIARIA**

*Documento elaborado por la Junta Directiva de OSATZEN/Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria y aprobado por la Junta Directiva de la AVPAP/ Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria*

La falta de tiempo junto al crecimiento imparable de la demanda son los principales problemas que padecemos los médicos de familia y pediatras en la práctica diaria. Si analizamos el contenido de nuestras consultas podemos concluir, que el continuo crecimiento de la demanda no se debe únicamente al excesivo número de pacientes asignados, ya que con cupos "razonablemente dotados", el volumen de las consultas tiende a crecer sin límite aparente (en el caso de Suecia, con cupos de 2.500 pacientes apenas se supera los 15 pacientes diarios). Creemos que la incesante derivación de tareas no propias de médicos de atención primaria a nuestras consultas, *-tendencia que, en contra de disminuir sigue aumentando-*, junto a la hiperfrecuentación, son los principales motivos del crecimiento imparable de la demanda, con consecuencias obviamente negativas para la actividad propia del médico de atención primaria suponiendo hasta el 30% de nuestro tiempo en consulta (en algunos casos, más aún). Tiempo que deberíamos dedicar a tareas propias del médico de atención primaria y pediatra como actividades preventivas, control más estrecho de pacientes crónicos, visitas a domicilio, cirugía menor, control de sintrom, reducir las derivaciones a especializada, realizar actividades docentes e investigadoras, y que en la actualidad o no se realizan o se hacen con gran esfuerzo de los médicos de familia y pediatras.

La carga burocrática que actualmente soportan nuestras consultas de atención primaria (AP) es, en general, excesiva. El malestar que ello origina es materia de discusión frecuente entre los médicos de atención primaria a la vez que sirve de excusa a un reducido número de estos profesionales a la hora de no asumir todas sus responsabilidades. Un abordaje serio de las actividades administrativas requiere diferenciar la burocracia útil (la que es imprescindible) de la inútil (la que es prescindible). Dentro de la útil, distinguiremos entre la que debe ser realizada por el médico y la que debe ser realizada por otro personal. Dentro de la que realiza el médico tenemos la que se puede efectuar al margen de la consulta y aquella que debe realizarse necesariamente en la consulta. Desburocratizar la consulta implica la realización exclusiva de este último tipo de actividad.

En diversos estudios en los que se ha realizado un análisis cualitativo de la demanda, las visitas administrativas previsibles representan el mayor volumen de visitas. Éstas

incluyen las recetas "crónicas", partes de confirmación IT, volantes repetidos de interconsultas sucesivas. Con Osabide, el manejo de estas tareas administrativas ha mejorado pero de forma insuficiente, orientándose más a resolver las necesidades futuras de tecnificación electrónica, sin solucionar las necesidades actuales, planteándose como un "librar a alguien de determinada tarea" y no como un proceso de mejora de la productividad. El proceso de desburocratización ha de basarse en el concepto de "hacer algo donde es mejor y más sencillo para el paciente y el conjunto del sistema" y pasa por la necesaria modificación del modelo de receta, de incapacidad transitoria, partes de ambulancias y unificación del modelo de informes clínicos.

OSATZEN, tal como se recoge en su plan estratégico tiene como misión, entre otras, mejorar la calidad, representar y defender los intereses del médico de familia, así como fomentar el desarrollo y potenciación de la Atención Primaria.

A continuación, la Junta Directiva de OSATZEN/Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria y la de la AVPAP/Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria mostrarán y desarrollarán la serie de actividades que de forma habitual se realizan en las consultas de Atención Primaria y que por su contenido es burocracia "inútil", de la que podemos prescindir, o siendo "útil" debe ser realizada por otro profesional. Para elaborar este informe hemos clasificado los procesos asistenciales en los siguientes apartados:

- I. **Recetas**, definido como el hecho de plasmar en un documento llamado receta (pero que en realidad es un albarán para las oficinas de farmacia), el tratamiento indicado en la prescripción.
- II. **Justificantes**, de asistencia y/o ausencia laboral-escolar por motivos de salud.
- III. **Circuitos dentro del sistema**: interconsultas/derivación a otros niveles asistenciales; petitorios de pruebas complementarias.
- IV. **Circuitos fuera del sistema**: pruebas complementarias concertadas, ambulancias y taxis.
- V. **Informes** registros de actividad morbilidad y otros.

## I. RECETA

1. **Recetas indicadas por tratamiento hospitalario privado-concertado** (según plan de choque (cataratas, etc.). El tratamiento pre y postoperatorio del mismo debería entrar (si no entra ya) en el concierto. De hecho nos vemos "obligados" ante el paciente a cumplimentarle recetas no prescritas por nosotros de una indicación privada. **Se propone**: OSATZEN y AVPAP transmitirá de modo público y fehaciente a Osakidetza que a partir de una determinada fecha, con tiempo suficiente para arbitrar soluciones, recomendarán a sus miembros que se abstengan de extender estas recetas y cualesquiera otra, cuya responsabilidad plena no estén dispuestos a asumir, remitiendo al SAPU (Servicio de Atención al Paciente / Usuario) a los pacientes que se presenten en sus consultas con estas demandas. A la vez que les recuerda que la prescripción por propio criterio es una función propia e irrenunciable de todos los médicos y garantiza su apoyo en la defensa razonada de esta postura por parte de cualquier médico de primaria.
2. **Recetas de fármacos de diagnóstico hospitalario que luego debe visar el inspector**. Si no podemos prescribir un fármaco NO tiene sentido que hagamos unas recetas que no tienen valor hasta que las visa un inspector. En este protocolo sobramos nosotros. ¿Cómo se justifica desde el punto de vista técnico que un médico de familia no pueda prescribir finasterida? ¿Tiene que ver con una mayor seguridad del paciente o con la presunción de que el médico de familia es intrínsecamente proclive a usar inadecuadamente este producto para el tratamiento de la alopecia? La cosa adquiere tintes surrealistas cuando son los médicos de familia quienes se encargan de la prescripción de este producto, una vez "autorizado" por escrito por otro especialista y "visado" por el inspector. **Se propone**: OSATZEN y AVPAP comunicarán de modo público y fehaciente a Osakidetza que, a partir de una determinada fecha recomendarán a sus miembros que abstengan de extender recetas de aquellos medicamentos que por normativa

no están autorizados a prescribir. Deberá ser la Atención Especializada quien haga todas y cada una de las recetas (dispone de las mismas herramientas que nosotros para cumplimentarlas) y el inspector quien las vise. Cuando este precise un informe para continuar visando o la renovación de la prescripción, que lo solicite directamente a atención especializada remitiendo al SAPU (Servicio de Atención al Paciente / Usuario) a los pacientes que se presenten en sus consultas con estas demandas. Otra solución, quizá más razonable, sería retirar la exigencia del visado.

3. **Recetas de prescripciones realizadas por la Atención Especializada hasta próxima revisión.** Como indica la Dirección General de Asistencia Sanitaria, al igual que el médico de familia y el pediatra, el especialista tiene la posibilidad de emitir todas las recetas necesarias hasta nueva revisión. **Se propone:** que las cumplimente él mismo o bien, puede remitir un informe donde consten los datos de filiación del paciente (nombre, apellidos, número de seguridad social) y los del médico (nombre, apellidos y número de colegiado); el diagnóstico; el razonamiento que justifica el uso del principio/s activo/s que indica junto con la pauta posológica y la duración del tratamiento. Sabiendo que si el médicos de familia o pediatra no estuviera de acuerdo con este tratamiento, remitirá al paciente al SAPU (Servicio de Atención al Paciente/ Usuario) para que realice los trámites necesarios para que el especialista prescriptor asuma dichas recetas.
4. **Continuación de tratamientos prescritos por la Atención Especializada que no se consideran adecuados por el médico de Atención Primaria.** Periódicamente nos enfrentamos a prescripciones de fármacos con bajo valor intrínseco, novedades sin aportación relevante, moléculas que tienen alternativa más conocida o más segura. El paciente nos solicita que extendamos las recetas en lo sucesivo dado que las ha indicado "el especialista", para que le sea reembolsada por Osakidetza. En virtud de la libertad de prescripción no tenemos la obligación de cumplimentar una receta con un tratamiento con el que nos estamos de acuerdo **Se propone:** OSATZEN y AVPAP exigirán a Osakidetza que arbitre un mecanismo fácil, ágil y sin desplazamientos para el paciente que le permita obtener las recetas de prescripciones pautadas por otros profesionales del SNS con las que el médico de familia o pediatra no esté de acuerdo y que en virtud a la libertad de prescripción no está obligado a recetar. Al igual que el médico de familia y el pediatra, el especialista tiene la posibilidad de emitir todas las recetas necesarias hasta nueva revisión. OSATZEN y AVPAP aconseja remitir al SAPU (Servicio de Atención al Paciente/ Usuario) a los pacientes que se presenten en sus consultas con estas demandas.
5. **Emisión de recetas prescritas en el ámbito privado.** Con excesiva frecuencia encontramos pacientes que solicitan la receta de medicación que le han vendido en la farmacia, prescrita por médicos privados u odontólogos, o comprados por voluntad propia. No existe legislación al respecto. El RD 1030/2006 de prestaciones del SNS no lo aclara. Pero la legislación sí especifica que el médico prescriptor es el responsable de lo que prescribe. Si añadimos eso a la normativa de la Consejería, en la que se especifica que la prescripción de los médicos de Osakidetza debe basarse en criterios de eficiencia entre otros, tenemos en teoría un amparo legal para no realizar esa prescripción diferida. Bien es cierto que esta práctica tiene décadas de existencia y es difícil cambiar los 'malos hábitos' adquiridos por parte de los pacientes, farmacias, personal sanitario.... **Se propone:** que Osakidetza, o en su defecto cada centro de salud, edite una nota informativa a los usuarios acerca de la libertad de prescripción del médico y la diferencia y separación entre sanidad pública y privada durante todo el proceso terapéutico (entrevista, pruebas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento), quedando bajo el criterio de cada facultativo la indicación o no de los tratamientos o pruebas recomendadas en el ámbito privado.
6. **Receta adicional de estupefacientes.** La cumplimentación de la receta adicional para la dispensación de estupefacientes (cada vez más utilizados en tratamientos crónicos, como es el caso del fentanilo en parches de liberación retardada), impide la dispensación en CLT de dichos tratamientos crónicos, con las consiguientes molestias para el paciente y sobrecarga burocrática para el médico de familia. **Se propone:** al estar mecanizada la receta, que se habilite la firma electrónica para todos los médicos prescriptores. Así, la probabilidad de falsificación de estas es

nulo, por lo que dicha receta adicional no tiene justificación alguna en la actualidad, siendo suficiente para su dispensación la receta expedida por Osabide. No obstante la normativa estatal vigente exige dicha receta, por lo que Osabide en este tipo de fármacos debería, mientras persista dicha normativa, generar adicionalmente la receta de estupefacientes con firma electrónica. Sin embargo, y dado que la contribución de la receta de estupefacientes a dificultar el tráfico de drogas en nuestro país es irrisorio, OSATZEN se reserva la posibilidad de invitar a todos sus socios en una fecha a medio plazo a hacer un plante y derogar el uso de estas recetas por la vía de no hacer.

7. **Recetas de organismos privados concertados.** Los organismos privados y concertados no disponen de talonarios ni de sistema informático compatible para prescribir recayendo la tarea burocrática en el médico de familia. **Se propone:** autorizar la prescripción a estos organismos con las mismas características que el resto de los especialistas. OSATZEN y AVPAP aconsejan remitir al SAPU (Servicio de Atención al Paciente / Usuario) a los pacientes que se presenten en las consultas de AP con esta demanda.

## II. JUSTIFICANTES

8. **Justificante de ASISTENCIA a consulta.** Depende de la organización del propio centro, pero el personal administrativo suele argumentar que ellos no pueden comprobar si ha estado en consulta. La informatización puede permitir que cualquier administrativo imprima un justificante. Cuando ingresa un paciente el justificante no lo hace de su puño y letra el cirujano sino el administrativo de admisión. El justificante es un documento administrativo que en ningún caso debe incluir información sanitaria. De ser así deliberadamente, por escrito y con nuestra firma vulneraríamos la privacidad del paciente. Es por lo tanto perfectamente factible que se facilite por puro criterio de eficiencia, y que al igual que en los hospitales, se lo realice la admisión del centro de salud. **Se propone:** dar instrucciones al personal de admisión para que expidan certificados de asistencia según los datos que figuren en Osabide. No se debe dar cita a consulta médica por este motivo y en caso de que el paciente lo pida en consulta, remitir al servicio de admisión del centro para obtener el justificante.
9. **Justificante de ASISTENCIA a consulta a petición de los colegios.** Los centros escolares tienen por costumbre solicitar a los médicos el justificante de asistencia a consulta para probar una falta o que no pueden hacer deporte por enfermedad durante un tiempo determinado. Es responsabilidad de los padres, como tutores legales, la asistencia o no de menores al centro. **Se propone:** no cumplimentar en ningún nivel justificantes para colegios a menores de edad. Remitir hoja informativa a los centros docentes indicándoles que no se realizarán dichos justificantes a menores correspondiendo la cumplimentación de los mismos a los padres como responsables legales.
10. **Justificantes de enfermedad a posteriori.** Existe la costumbre de solicitar al médico de familia justificantes sobre enfermedad a posteriori con la finalidad de evitar sanciones (trabajo, INEM, institutos,...); dichos justificantes, aunque son legales, sostienen una práctica que induce la solicitud al médico de familia de justificantes para todo. El hecho de hacer un informe que ponga "*el paciente refiere que estuvo enfermo*", no debería servir a ninguna administración ni empresa como justificante aunque lleve la firma del médico, ya que este no tiene funciones notariales que puedan dar validez a la afirmación del paciente. **Se propone:** OSATZEN debería recomendar a sus miembros no realizar de forma sistemática justificantes de supuestas enfermedades a posteriori. Editar cartelería informativa para los usuarios en los centros advirtiendo de la no realización de dichos justificantes.

### III. CIRCUITOS DENTRO DEL SISTEMA

#### Pruebas complementarias

11. **Cumplimentación de cualquier solicitud de prueba complementaria solicitada por otro profesional** (generalmente especializada). EL RD 1030/2006 especifica la no inclusión de la realización de estas pruebas por interés de terceros (sanidad privada, el propio paciente,...). **Se propone:** elaborar hojas informativas para los pacientes, informando que dichas pruebas no se expendirán en las consultas de medicina de atención primaria. Elaborar una hoja informativa para los especialistas con una fecha límite y orden de dirección a todos los médicos de familia y pediatras para que, a partir de esa fecha, todas las solicitudes de pruebas que lleguen de la Atención Especializada las remitan al SAPU (Servicio de Atención al Paciente/ Usuario). OSATZEN y AVPAP informarán a Osakidetza de la negativa de los médicos de familia y pediatras a solicitar pruebas no indicadas por ellos y que los pacientes que acudan con esta demanda a nuestras consultas serán remitidos remitiendo al SAPU (Servicio de Atención al Paciente/ Usuario) para que solucionen estos trámites burocráticos con la Especializada que los generó.

#### Derivaciones

12. **Documento de solicitud de cita de consultas sucesivas a especializada.** En numerosas ocasiones el paciente sale de la consulta de especializada sin ningún documento, ni siquiera una propuesta de revisión o informe de la actuación clínica. No son pocas las veces que hemos tenido que elaborar un escrito a admisión del centro de especialidades sugiriendo que se le dé cita de revisión al paciente, con el testimonio de éste como única prueba. Simplemente plasmamos en papel lo que nos dice el paciente e, incongruentemente, eso tiene más valor que el que se lo diga el paciente al administrativo del centro de especialidades. **Se propone:** avanzar en la historia clínica compartida para evitar la comunicación a través de los pacientes y mientras diseñar una hoja informativa dirigida al paciente indicando que puede solicitar la cita para las visitas sucesivas con el volante, ticket, P-10 o lo que sea que le haya rellenado el especialista, además de poder exigir a todos los médicos informe escrito de sus actuaciones y propuestas incluida la cita de revisión. Si el paciente acude a la consulta de atención primaria solicitando cita de consulta sucesiva para la especializada será remitido al SAPU (Servicio de Atención al Paciente/ Usuario) o a la especializada, sin ningún tipo de volante.
13. **Derivación de un especialista al médico de Atención Primaria para que lo mande a otro especialista propuesto por el primero.** **Se propone:** a) que el especialista conteste a la interconsulta del médico de familia o pediatras y este decida si lo manda a otro profesional; b) si el primer especialista ve claro que es una patología de otro especialista, que lo derive él directamente. Todas las consultas deben ser respondidas por escrito al paciente o en su historia clínica electrónica.
14. **Derivación al médico de Atención Primaria desde Servicio de Urgencias para que este lo mande a un especialista en concreto.** En nuestra comunidad, se admite el informe de urgencias como solicitud de cita para la consulta de especializada cuando así se especifica en él. **Se propone:** informar de esto a los profesionales de los servicios de urgencias hospitalarias y ambulatorias, para evitar al paciente el trastorno de acudir a la consulta del médico de Atención Primaria, y evitar así sobrecargar al centro de salud con consultas para un volante de derivación que no precisan.

### IV. CIRCUITOS FUERA DEL SISTEMA

15. **Peticiones de transporte sanitario (PTS).** Muchos pacientes requieren transporte en ambulancia para la realización de pruebas o revisiones solicitadas en el ámbito hospitalario o ambulatorio de la especializada, y pocas veces ese PTS es rellenado por dicho ámbito asistencial aduciendo falta de fechas concretas para las citas, cuando muchas veces rellenamos PTS sin fecha y no supone ningún problema. Los volantes para transporte sanitario en ambulancia de los

pacientes discapacitados de manera temporal o definitiva suponen un ejercicio administrativo que la norma vigente sitúa de forma arbitraria en la consulta del médico, obligando a los familiares de estos usuarios a asumir una carga burocrática innecesaria. **Se propone:** elaborar una petición formal de asunción de la burocracia de cada ámbito, por cada ámbito. Remitir a estos pacientes al SAPU (Servicio de Atención al Paciente/ Usuario) donde se facilitarán los mecanismos para que el paciente obtenga el PTS coincidiendo con las citas dadas. OSATZEN y AVPAP propone, para prevenir futuros trastornos para el usuario, que en el acto de la citación (tanto hospitalaria como ambulatoria) se asegure el volante de transporte sanitario cuando el paciente lo precise. Además de facilitar los citados volantes desde las áreas administrativas para cuando no se hayan provisto al dar la cita.

## V. INFORMES, REGISTROS DE ACTIVIDAD Y OTROS

16. **Certificados para acceso a oposiciones o pruebas selectivas, permisos de armas, para el manejo de embarcaciones, certificados para adopciones internacionales, colonias infantiles, asistencia a guardería, etc.** No estamos obligados a su cumplimentación según el RD 1030/2006. Sólo está incluida en la sanidad pública la expedición de informes sobre el estado de salud actual del paciente, no certificados de aptitud o ausencia de determinadas enfermedades, que supondrían diferentes pruebas complementarias. Por otro lado, todo organismo que para la selección de su personal precise que el mismo tenga que cumplir unas determinadas condiciones físicas o de salud, debe asumir la organización de los controles/evaluaciones necesarias, no derivando la responsabilidad hacia otras instituciones. **Se propone:** elaborar hoja informativa para los pacientes, informando que dichos certificados no se expenderán en las consultas de Atención Primaria. OSATZEN y AVPAP exigirán a OSAKIDETZA que comunique a los Ayuntamientos, Diputaciones y Consejerías que dichos certificados no serán cumplimentados en los centros de salud.
17. **Hoja semanal de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).** Osabide dispone de todos los diagnósticos activados durante esa semana. **Se propone:** que Salud Pública obtenga dicho listado directamente de Osabide, tan sólo precisan de una conexión al sistema y autorización para obtener la hoja EDO de cada facultativo
18. **Partes de confirmación semanales en IT de media-larga duración.** MUFACE y otras mutuas de trabajo a las que se les permite extender IT tienen un sistema de parte de baja en el que el médico puede determinar la duración del parte de confirmación en función a la patología. Por otro lado, con demasiada frecuencia nos encontramos con que la inspección médica nos solicita el informe de un paciente de IT debida a otro especialista, en cuyo proceso ni intervenimos ni, con relativa frecuencia, sabemos en que fase está, ni si está pendiente de algo (cuando en el informe tenemos que aportar toda esta información además de tiempo esperado de IT). Una vez más transcribimos lo que nos dice el paciente. **Se propone:** seguir el mismo sistema de IT que estas compañías, esto es, evitar los partes semanales. Si la baja se prevé mas larga de un mes, que la inspección solicite partes mensuales. Y que la inspección médica solicite el informe sobre el proceso del paciente y previsión de duración de la IT al/los profesional/profesionales que son los responsables del proceso en ese momento. Puede solicitarla por escrito, por teléfono o consiguiendo cita para el paciente en esa consulta, pero no enviando el informe dirigido al médico al domicilio del paciente para que él lo traiga a la consulta de su MF.
19. **Informes para los balnearios, ayuntamientos, etc.** La oferta de actividades de los servicios sociales son un complemento oportuno para los pacientes de edad avanzada, sin embargo, la concesión tiene poco que ver con el estado de salud del paciente y la indicación no es a criterio del médico sino por solicitud del usuario. **Se propone:** pedir a los organismos responsables de servicios sociales que diseñen estas actividades, que modifiquen los criterios de selección, asumiendo con sus recursos las evaluaciones que indiquen. Los médicos de

familia dejarán de realizar estos informes por su nulo valor clínico. Entre tanto OSATZEN enviara una carta a los organismos responsables y a la prensa avisando de la recomendación a sus socios para que anulen los espacios dedicados a informes clínicos.

20. **Actividades lúdicas y de actividad física.** Los certificados deportivos están cubiertos por las propias federaciones, y aquellas actividades que no gocen de este "status" de federadas (como actividades en polideportivos, marchas, etc.), no precisan de ningún tipo de justificante más que la propia declaración del usuario. **Se propone:** informar a los Ayuntamientos y otras entidades de lo inapropiado de estas solicitudes y que en caso de considerarlo obligatorio han de ser asumidos y expedidos por sus propios servicios médicos. Los profesionales de Atención Primaria dejarán de realizar estos certificados.
  
21. **Informes para la obtención de minusvalías, grado de dependencia.** Se pretende que el de Atención Primaria transcriba en un documento antediluviano, con escasas posibilidades y nulo interés de mecanización, lo que el paciente nos cuenta y otros especialistas, en el mejor de los casos, escriben. **Se propone:** habilitar a las unidades de valoración el acceso a la historia del paciente en modalidad "sólo lectura" y/o exigir la generación del informe por Osabide. En todo caso recomendar a los médicos de familia y a los pediatras que se abstengan de efectuar transcripciones, para que sean las propias unidades de valoración quienes consideren la información que otros médicos aporten. Que las Unidades de valoración una vez hecha la misma, si necesitan algún dato más del paciente, soliciten cita o consulta telefónica con el médicos de familia o pediatras para así mejorar la calidad asistencial.
  
22. **Informes para ayuda domiciliaria o ingreso en residencias geriátricas.** Firmar un documento significa aceptación, acuerdo, compromiso o anuencia. **Se propone:** este documento debe ser firmado, por igual o mayor conocimiento de causa, por el profesional que habitualmente valora si el paciente se baña/come/viste/levanta sólo o con ayuda, como es el profesional de Enfermería o, en algunos casos, el Trabajador social.
  
23. **Exámenes de salud escolar para matriculación de adultos en enseñanza no universitaria.** **Se propone:** entregarles un escrito en el que se especifique que no procede. De hecho en su idea original se trata de exámenes de salud en la edad de desarrollo. Exigir de la Consejería de Sanidad que revoque inmediatamente su necesidad para la matriculación.

**EN RESUMEN:** En relación a los distintos certificados e informes que se solicitan a los médicos de Atención Primaria, y en base al RD 1030/2006, OSATZEN y AVPAP aconseja a los médicos de Atención Primaria que redacten estos utilizando únicamente el formato de derivación – informes de Osabide (o similar si se redacta a mano), y que hagan constar sólo los datos que estén registrados en la historia clínica del paciente. No haciendo juicios de valor "considero al paciente apto/no apto...", así como evitando referenciar lo que dice el paciente, y negándose a suscribir textos redactados por terceros.

*Esta propuesta ha sido elaborada en base a los documentos con el mismo título de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFIC), la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC) y las Sociedades Científicas de la Comunidad de Madrid (SEMG, AMPap, Semergen y SoMaMFyC). Agradecemos a todas ellas que nos hayan facilitado dichos documentos.*

*Y agradecemos al Grupo de Gestión de SVMFIC, la iniciativa para la elaboración del primer documento así como habernos facilitado la base legal que lo sustenta.*