

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

INFORME DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SVMFiC

Presentado a Conselleria de Sanitat en Octubre de 2007

Documento elaborado por el Grupo de Gestión de la SVMFiC

La falta de tiempo junto al crecimiento imparable de la demanda son los principales problemas que padecemos los médicos de familia 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 un médico de familia 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 familia suponiendo hasta un 30 % de nuestro tiempo en consulta (en algunos casos, más aún). Tiempo que deberíamos dedicar a tareas propias del médico de familia como actividades preventivas, control más estrecho de pacientes crónicos, visitas a domicilio, cirugía menor, control del sintrom<sup>®</sup>, 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 del médico.

La carga burocrática que actualmente soportan nuestras consultas de atención primaria es, en general, excesiva. El malestar que esto origina es materia de discusión frecuente entre los médicos de familia a la vez que sirve de excusa a un reducido número de estos 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 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 de IT y volantes repetidos de ambulancias. En la actualidad con el Sistema de Información Ambulatoria (SIA-Abucasis), 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 del 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 Centro de Salud”, y pasa por la necesaria modificación del modelo de receta, de incapacidad transitoria, partes de ambulancias y unificación del modelo de informes clínicos.

La SVMFiC tal como se recoge en el artículo 6 de sus estatutos 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, el grupo de gestión ha recopilado una serie de actividades que de forma habitual se realizan en las consultas de Medicina de Familia 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:

1. **Recetas**, definido como el hecho de plasmar en un documento, llamado receta, el tratamiento indicado en la prescripción.
2. **Justificantes** de asistencia y/o ausencia laboral-escolar por motivos de salud.
3. **Circuitos dentro del sistema:** interconsultas/derivación a otros niveles asistenciales; petitorios de pruebas complementarias.
4. **Circuitos fuera del sistema:** pruebas complementarias concertadas, ambulancias y taxis.
5. **Informes** registros de actividad morbilidad y otros.

## RECETA

1. **Recetas indicadas por tratamiento hospitalario privado-concertado, según plan de choque** (cataratas, etc). El tratamiento preoperatorio 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:** que la SVMFiC transmita de modo público y fehaciente a la Agencia Valenciana de Salud que a partir de una determinada fecha, con tiempo suficiente para arbitrar soluciones, la SVMFiC recomendará a sus miembros que se abstengan de extender estas recetas y cualesquiera otra, cuya responsabilidad plena no estén dispuestos a asumir. 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 familia.
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 un inspector. **Se propone:** SVMFiC comunicará de modo público y fehaciente a la AVS que a partir de una determinada fecha recomendará a sus miembros que se abstengan de extender recetas de aquellos medicamentos que por normativa no están autorizados a prescribir. Deberá ser 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.
3. **Recetas de prescripciones realizadas por Especializada hasta próxima revisión**, como indica la Dirección General de Asistencia Sanitaria, (excepto las pautadas por Servicios de

Urgencias). **Se propone:** al igual que el médico de familia, tal y como facilita Abucasis, el especialista tiene la posibilidad de emitir todas las recetas necesarias hasta nueva revisión por lo tanto que las cumplimente él mismo.

4. **Continuación de tratamientos prescritos por Especializada que no se consideran adecuados por el médico de familia:** 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*”. En virtud de la libertad de prescripción no tenemos ninguna obligación de repetirlas, pero el paciente tiene derecho a que esa prescripción con la que no estamos de acuerdo le sea reembolsada por el Sistema Nacional de Salud (SNS). **Se propone:** La SVMFiC exigirá a la Consellería 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 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, tal y como facilita Abucasis, el especialista tiene la posibilidad de emitir todas las recetas necesarias hasta nueva revisión.
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 Conselleria en la que se especifica que la prescripción de los médicos de la Agencia Valenciana de Salud (AVS) deben basarse en criterios de eficiencia entre otros, tenemos en teoría un amparo legal para no realizar esa prescripción diferida. Bien es cierto que esa práctica tiene décadas de existencia y es difícil cambiar los malos hábitos adquiridos por parte de los pacientes, farmacias, personal sanitario... **Se propone:** que la AVS, 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 de la morfina 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 y disponer de firma electrónica 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 Abucasis. No obstante la normativa estatal vigente exige dicha receta, por lo que Abucasis en este tipo de fármacos debería, mientras persista dicha normativa, generar adicionalmente la receta de estupefacientes con firma electrónica.
7. **Recetas de organismos privados concertados.** Estos organismos privados concertados (IVO, FOM, etc.) 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.

## 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 le facilite por puro criterio de eficiencia, que al igual que en los hospitales, se lo facilite 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 Abucasis. 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 tienen por costumbre solicitar a los médicos justificante de asistencia a consulta para, valga la redundancia, justificar una falta. 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, la cumplimentación de los mismos corresponde a los padres (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 como justificante aunque lleve la firma de un médico, ya que este no tiene funciones notariales que puedan dar validez a la afirmación del paciente **Se propone:** SVMFiC 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 advirtiéndoles de la no realización de dichos justificantes.

## 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 hoja informativa para los pacientes, informando que dichas pruebas no se expondrán en las consultas de medicina de familia. Elaborar una hoja informativa para los especialistas con una fecha límite y orden de dirección a todos los médicos de familia que a partir de esa fecha todas las solicitudes de pruebas que lleguen de especializada las

remitan al SAIP. La SVMFiC informará a la AVS de la negativa de los médicos de familia a solicitar pruebas no indicadas por ellos.

## 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 de 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. En aplicación del acuerdo de mejora de la Atención Primaria se debe fomentar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada. **Se propone:** diseñar una hoja informativa dirigida al paciente indicando que puede solicitar 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 de cita de revisión y por supuesto remitirlo a especializada sin ningún tipo de volante.
13. **Derivación de un especialista a medicina de familia 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 y este decida si lo manda a otro profesional, b) si el primer especialista ve claro que es una patología de otro especialista 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 familia desde Servicio de Urgencias para que este lo mande a un especialista en concreto.** Muchos servicios (Traumatología para revisar meniscopatías o fracturas, Oftalmología para revisar queratitis...) tienen protocolizado de forma interna el aceptar la hoja de urgencias como hoja de revisión. **Se propone:** poder obtener cita con el especialista sugerido por el Servicio de urgencias hospitalarias simplemente con la hoja de alta.

## CIRCUITOS FUERA DEL SISTEMA

15. **Extensión de volante para ser atendido en el IVO.** Si la Consellería deja vía libre, que no solicite un documento extendido por un médico. **Se propone:** que den talones o papeletas para acudir, o las entregue el SAIP, pero la mayoría de las visitas a este centro son revisiones de problemas captados por el mismo IVO y no derivación del médico de familia.
16. **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, 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. **Se propone:** elaborar una petición formal de asunción de la burocracia de cada ámbito, por cada ámbito. Remitir al SAIP como medida de presión y para objetivar la existencia del problema.

## INFORMES, REGISTROS DE ACTIVIDAD Y OTROS

17. **Certificados para acceso a oposiciones o pruebas selectivas, permisos de armas, 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. **Se propone:** elaborar hoja informativa para los pacientes, informando que dicho certificado no se expenderá en las consultas de medicina de familia. La SVMFiC exigirá a la AVS que comunique a los Ayuntamientos, Diputaciones, y Consellerías que dichos certificados no serán cumplimentados en los centros de salud.
18. **Hoja semanal de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).** Abucasis dispone de todos los diagnósticos activados durante esa semana. **Se propone:** que Salud Pública obtenga dicho listado directamente de Abucasis, tan solo precisan de una conexión al sistema y autorización para obtener la hoja EDO de cada facultativo del departamento.
19. **Partes de confirmación semanales en IT de media-larga duración.** MUFACE y otras mutualidades 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. **Se propone:** seguir el mismo sistema de IT que estas compañías.
20. **Informe para balnearios, gimnasios, ayuntamientos, etc.** **Se propone:** dejar de cumplimentar estos informes por su nulo valor clínico. Remitir a los pacientes al SAIP para que lo solucione o a lo sumo elaborar un informe estandarizado con datos de la historia clínica de Abucasis para cualquier solicitud de este tipo.
21. **Informe para la obtención de minusvalías.** Se pretende que el médico de familia 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 "solo lectura" y/o exigir la generación del informe por Abucasis. En todo caso recomendar a los médicos de familia que se abstengan de efectuar transcripciones, para que sean las propias unidades de valoración quienes consideren la información que otros médicos aporten.
22. **Informes para ayuda a domiciliaria o ingreso en residencias geriátricas** ¿Realmente sabemos si el paciente se baña/come/viste/levanta sólo o con ayuda, o simplemente marcamos con un aspa la opción que el cuidador nos indica, cuando no es él mismo quien lo ha hecho en casa? ¿Qué estamos firmando? Firmar un documento significa aceptación, acuerdo, compromiso o anuencia. **Se propone:** este documento podría ser firmado con igual o mayor conocimiento de causa por el profesional de Enfermería: a quien se le supone un mayor conocimiento de estos aspectos del paciente a través de sus visitas domiciliarias, o por el Trabajador social: por adecuarse más a su perfil profesional.
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 del desarrollo. Exigir de la Consellería de Sanitat/Cultura que revoque inmediatamente su necesidad para la matriculación.

*Para la elaboración de este informe se ha contado con la participación de los miembros del Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la SVMFiC como grupo impulsor, y la colaboración de 51 miembros de esta sociedad que han realizado sus comentarios al informe inicial propuesto por el grupo.*