



Regulación de la burocracia derivada de otros niveles asistenciales

Foro de Médicos de Atención Primaria



En los últimos años, pese al ajuste en los tamaños de los cupos de los profesionales, se viene constatando un continuado aumento de la demanda de consulta en Atención Primaria. Varias son las causas a las que se pueden atribuir este dato: el elevado número de pacientes asignados a cada profesional, la hiperfrecuentación o la no sustitución durante períodos de formación, vacaciones o incapacidad son algunas de ellas.

No obstante, hay que añadir otra que, por sí misma, es capaz de generar una importante sobrecarga al médico de Atención Primaria: las actividades burocráticas, que consumen casi un tercio de tiempo dedicado a la consulta y que, año tras año van en aumento. Algunas son casi exclusivas del primer nivel asistencial y se han puesto de manifiesto de forma reiterada. A modo de ejemplo, el Consejo Médico Extremeño de AP, compuesto por la 3 sociedades, junto a Pediatría, el Colegio de Médicos y el Sindicato Médico, elaboraron, en Septiembre de 2008, un documento de 14 medidas concretas para desburocratizar las consultas médicas en los centros de salud.

En este sentido, hay que tener en consideración que determinadas actividades de tipo administrativo están necesariamente ligadas a la actividad propiamente asistencial del médico, y deben por tanto ser realizadas conjuntamente con ella. Sin embargo, bajo este paraguas se han incluido también otras muchas actividades que no precisan de una actuación facultativa expresa (repetición de recetas-tickets de financiación para la farmacia o de partes de confirmación de baja en procesos de larga duración previamente conocida, emisión de justificantes de asistencia al centro sanitario) y que, por comodidad de las instituciones públicas y por realizarse sobre el mismo soporte legal, precisan de la intervención del médico, en un claro derroche de su capacidad asistencial.

Por otro lado, la necesaria optimización del tiempo hace que, en algunos casos, profesionales de un nivel asistencial deriven parte de la actividad burocrática que ellos mismos debieran realizar a otros profesionales, de la misma

cualificación pero de otro nivel asistencial, ignorando que también ellos precisan de esa misma optimización.

En un tiempo en el que se habla de sostenibilidad del sistema sanitario, el Foro de Médicos de Atención Primaria considera que no se puede mantener en el tiempo esta situación de derroche de recursos asistenciales, y que, independientemente de todo ello, cada nivel asistencial debe asumir la burocracia necesaria que le es propia.

Se proponen, al efecto, las siguientes medidas:

1 – DERIVACIÓN DE PACIENTES AL NIVEL HOSPITALARIO

El médico de AP derivará al paciente cuando lo necesite, indicando en la derivación un breve resumen de la historia clínica y el motivo de la interconsulta, haciéndose cada vez más necesario el desarrollo completo de los sistemas de historia electrónica que, a la menor brevedad de tiempo, deberían permitir la consulta directa de la historia clínica por ambas partes.

Las sucesivas visitas de seguimiento que se lleven a cabo en AH deber ser programadas y citadas desde este nivel sin necesidad de nueva derivación desde AP, hasta la finalización del seguimiento. Las pruebas complementarias que se realicen deber ser solicitadas y gestionadas, en cada caso, desde el nivel correspondiente.

Durante este proceso, y dada la demora que se puede producir en algunos casos, debe habilitarse un servicio de información al paciente, que evite reiteradas visitas al centro de salud en busca de información, habitualmente no disponible en este nivel.

Cuando un especialista considere necesario que el paciente sea valorado por otro profesional, debe gestionarse la cita directamente desde la administración de AH, sin necesidad de acudir al médico de AP; en todo, caso, la comunicación a éste de la citada derivación puede realizarse por vía telemática. Este último supuesto debe mantenerse también para derivaciones hacia AH

desde el servicio de urgencias hospitalario. Tras alta en urgencias, el paciente debe ser citado directamente desde el hospital y no desde AP.

El transporte sanitario que necesite un paciente para la atención hospitalaria debe ser tramitado por el médico de AP en la primera consulta, y por el nivel de AH en las consultas sucesivas o para la realización de pruebas complementarias.

2 – RECETAS

Es necesario un proceso de clarificación sobre la receta médica, que diferencie claramente la prescripción facultativa de la emisión de tickets de control/descuento que permitan la financiación de los medicamentos. Ello reduciría enormemente la carga burocrática, totalmente innecesaria en este caso, de los facultativos de cualquier nivel asistencial. En cualquier caso, todo médico del Sistema Nacional de Salud puede y debe prescribir la medicación que considere más adecuada para sus pacientes. Debe ser revisada la legislación sobre prescripción de estupefacientes con el fin de evitar la necesidad de emitir dos recetas en cada prescripción.

En cada consulta de AH o Urgencias Hospitalarias, el médico debe emitir la primera receta junto con un informe del paciente que indique, entre otros aspectos, el diagnóstico y el tratamiento (dosis, intervalo, duración, etc.). A menos que la intervención del médico de AH sea como consultor puntual, la continuidad del tratamiento se realizará sin intervención del médico de AP, mediante receta electrónica hasta la próxima revisión en AH.

Los fármacos de uso hospitalario y los que necesitan visado de Inspección, dado que no pueden ser pautados por el médico de Atención Primaria, deben ser dispensados o emitidos por el nivel correspondiente.

3- INCAPACIDAD TEMPORAL

En otro documento del Foro de Atención Primaria se analiza la necesidad de reducir la carga burocrática de los procesos de incapacidad temporal; la

emisión de partes de confirmación debería ser adaptada ajustándola a la duración de los procesos medios de duración de la incapacidad.. En todo caso, todos aquella documentación derivada de ingreso hospitalario deben ser tramitados desde AH, hasta alta domiciliaria, en que el seguimiento de la contingencia pase al médico de AP.

4- OTROS

Tanto en AP como en AH debe regularse la burocracia derivada de la emisión de informes médicos y justificantes de todo tipo, siendo un objetivo a corto plazo el desarrollar un INFORME DE SALUD único para todas las administraciones, y la exención, para el médico de AP, de emitir justificantes de asistencia al centro de salud (especialmente para menores de 18 años, dado que, según la legislación vigente, hasta esta edad la “patria potestad” corresponde a los padres).