



DOCUMENTOS SEMFYC

Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización

Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN 1996

Miembros del grupo de trabajo: J. Casajuana Brunet (coordinador), F.A. Alonso López, J. Aracil Villar, L. Barrios Blasco, T. Carmenado Martín, J. Gervas Camacho, I. González Jiménez, E. Grifell Martín, P. Herrero Sales y S. Romero Aguit

Atención primaria; Documentación biomédica; Informatización; Médicos de familia

Introducción

Las tareas burocráticas o administrativas son un denominador común que podemos encontrar en la gran mayoría de actividades humanas, y lógicamente la práctica médica no podía resultar ajena a esta situación. Sin embargo, por diferentes circunstancias cuyo análisis no es objeto de este documento, el entorno sanitario de nuestro país se ha dotado de un arsenal «papeler», en algunos casos desafortunadamente espectacular, que históricamente ha asentado sus cimientos en el primer nivel de la atención.

No es preciso remontarse muchos años atrás para encontrarnos como elemento «insignia» de la atención primaria de nuestro país el ambulatorio, con una dotación humana compuesta por médicos y enfermeras, sin apenas soporte administrativo, cuya principal misión era cumplimentar papeles (por ejemplo: recetas ideadas como vehículo de facturación de las oficinas de farmacia, o partes de confirmación de incapacidad laboral diseñados pensando en las empresas) que no tenían ninguna utilidad clínica ni para el usuario, ni para el profesional.

Junto a esto, encontrábamos la más absoluta precariedad en la informa-

ción clínica: ausencia de historias clínicas, volantes de derivación (el famoso P-10) ideados por y para taquígrafos, etc. A ello se añadía que los médicos no estaban autorizados para solicitar prácticamente ninguna prueba complementaria, y se convertían en la mayoría de los casos en meros distribuidores de pacientes hacia el nivel especializado extrahospitalario. Así, en lugar de ser la puerta de entrada del sistema sanitario (el llamado *gatekeeper*), el médico de atención primaria se convertía en el genuino conserje del sistema.

A pesar de estos imponderables, deben reconocerse y destacarse los méritos de unos pocos profesionales que en una situación laboral tan dantesca han querido y han podido realizar una práctica de calidad dedicando más tiempo del estrictamente contratado, utilizando historias clínicas, y asumiendo el verdadero papel que les correspondía: el de médico de cabecera. La reforma de la atención primaria ha significado el desarrollo de importantes cambios estructurales y organizativos. Ha aumentado, afortunadamente, la «burocracia necesaria» (historia clínica, hojas de interconsulta...), pero la «burocracia inútil» también ha ido en aumento. El único cambio potencialmente importante que se ha producido, el nuevo modelo de receta, ha sido pobre y restrictivo, no tenién-

dose en ninguna consideración las necesidades de los profesionales.

El objetivo de este trabajo es definir y conceptualizar las actividades que pueden ser de utilidad a los equipos de atención primaria (EAP) y a la administración sanitaria para avanzar por la senda de la desburocratización de las consultas de atención primaria, con la «ambiciosa pretensión» de que los médicos hagan de médicos y las enfermeras de enfermeras...

Hemos hablado anteriormente de burocracia necesaria y burocracia inútil. Entendemos, pues, que hay una parte de la actividad administrativa o burocrática que es necesaria, y por lo tanto la desburocratización pretende eliminar la parte innecesaria y facilitar la necesaria.

Cualquier planteamiento racionalizador de la actividad administrativa, pasa por «dar al César lo que es del César», es decir, hacer que el personal administrativo sea el responsable de realizar todas las tareas administrativas (con excepción de las inherentes al propio acto clínico). Para ello, es preciso que el área administrativa de los EAP esté dotada de una plantilla cuantitativa y cualitativamente adecuada a las exigencias de su trabajo. Desde el señor de gris que repartía números, hasta las necesidades administrativas de un centro de salud «fétén», media un abismo.

(*Aten Primaria* 1998; 21: 489-498)

Vale la pena señalar algunos conceptos que impregnan este documento y condicionan en buena medida su contenido:

– *La orientación al cliente*: entendiendo con ello que cualquier planteamiento, estrategia o cambio que se plantee debe tener, en primer lugar, como eje al cliente de los servicios sanitarios. En modo alguno los intereses de profesionales, Administración o cualquier otro deben prevalecer por encima de los intereses de los usuarios.

– *El médico como agente de salud del paciente*: el médico de cabecera es el elemento vertebrador de la atención sanitaria de sus pacientes. Actúa como agente de salud procurando en cada momento lo mejor para su cliente. Este tipo de planteamiento implica que sea el médico de atención primaria quien dirige y coordina la relación con el resto de componentes del sistema sanitario.

– *Auditoría posterior en lugar de intervención / inspección previa*: el profesional sanitario es el responsable de su actividad dentro del sistema. Debe exigírsele un adecuado ejercicio de esta responsabilidad, pero no fiscalizando previamente sus actos (poniendo cortapisas, es decir, dificultando, y en cierto modo poniendo en duda su actuación), sino auditando posteriormente su actividad y resultados. En esta línea, consideramos totalmente absurdo que se definan límites a la posibilidad de utilización de pruebas diagnósticas por parte del médico de familia.

El futuro, tan cercano como inevitable, es la informatización total: en la era de la informática parece que sólo la Justicia y la atención primaria consiguen permanecer «vírgenes» ante la invasión del «enemigo de silicio». Sin embargo, cualquier planteamiento

no mínimamente riguroso de funcionamiento a medio plazo (pocos años) pasa por la informatización de toda la actividad del centro de salud incluyendo, lógicamente, la historia clínica informatizada. Cualquier acción que se plantee debe tener presente que éste debe ser, antes o después, su norte. No entraremos a valorar las dificultades o problemas éticos y de confidencialidad que pueden derivarse de este sistema de información, si bien queremos resaltar la importancia de que estos aspectos queden claramente definidos y sobradamente garantizados.

La evitación del «cliente/mensajero»: la comunicación entre los distintos dispositivos sanitarios debe hacerse por escrito, evitando siempre la utilización del paciente como mensajero o correo del sistema.

El documento plantea diferentes niveles de recomendaciones debido a la gran variabilidad de situaciones que podemos encontrar en nuestro país. El nivel 1 son aquellas acciones desburocratizadoras que pueden llevarse a cabo «desde ya» en cualquier EAP, ya que dependen exclusivamente de su organización interna, o de buena voluntad por parte de «sus administraciones», sin que sean precisos cambios normativos o inversión de recursos. El nivel 2 hace referencia a aquellas acciones que son responsabilidad de la Administración porque requieren cambios normativos o legislativos para su implementación. El nivel 3 es el horizonte que se considera que tarde o temprano debe ser alcanzado por todo el sistema, si bien requiere una importante inversión de recursos.

Si las propuestas de este documento permiten a algún equipo liberarse de una parte de su pesada carga burocrática, podremos sentirnos satisfechos; si llega a ser de utilidad para orientar el desarrollo de las actividades de desburocratización del sistema sanitario, habremos superado con creces nuestro objetivo.

Concepto de burocracia

El término burocracia alude en su sentido más genérico a oficina o escritorio.

Las definiciones que sobre el término nos proporciona el diccionario no son adecuadas para el concepto que nosotros manejamos. Cuando hablamos de burocracia en atención primaria nos referimos al «conjunto de tareas o procedimientos derivados o relacionados con la actividad asistencial que implican la generación de documentos escritos».

Consideramos que la actividad/carga burocrática/administrativa no debe entenderse en sí como algo intrínsecamente negativo y por tanto no deben interpretarse estos términos como peyorativos.

Para analizar las distintas actividades burocráticas nos planteamos las siguientes preguntas: ¿es la actividad imprescindible?; si lo es, la siguiente pregunta será: ¿debe realizarla el médico?; si debe realizarlo el médico, ¿puede cumplimentarse fuera de la consulta?

Respondiendo a estas preguntas podremos hablar de burocracia útil (aquella que es imprescindible) e inútil (aquella de la que podemos prescindir). Dentro de la útil distinguimos entre la que debe ser realizada por el médico o la que debe ser llevada a cabo por otro personal. Y, por último, dentro de la que realiza el médico, distinguimos entre la que puede realizar al margen de la consulta y la que debe hacer necesariamente en consulta. Desburocratizar la consulta implica quedarse sólo con este último tipo de actividad. Todo registro, apunte o anotación ineficaz, no útil, innecesario, inadecuado en forma o fondo, ya sea en soporte papel o informático, que actúe sólo como «ruido de fondo» en el sistema sanitario debe considerarse como un obstáculo en nuestro quehacer diario.

La racionalización de la actividad administrativa pasa por la modificación

de los soportes operativos actuales (por ejemplo, recetas), optimización de la información (por ejemplo, eliminación de datos no informativos, uso de códigos de carácter universal), supresión de trámites innecesarios (por ejemplo, visados), eliminación radical de documentos barrocos (por ejemplo, partes de confirmación) y responsabilización de otros entornos operativos de su propia actividad (por ejemplo, recetas y baja en el hospital).

En el siguiente capítulo se analizan los distintos documentos y se desarrollan propuestas específicas.

Análisis de los documentos y propuestas de actuación

Introducción

Partimos del convencimiento de que a medio-largo plazo el horizonte previsible es la informatización global de las consultas y de la mayor parte de actividades que se realizan en atención primaria. Aunque por el momento eso sólo es, para la mayoría, un planteamiento de futuro.

Otra consideración que debe hacerse es la necesidad de normalizar la información básica (a definir) en todos los niveles y en todo el territorio del Sistema Nacional de Salud (SNS) para permitir la comparabilidad de los datos. Por otra parte, es obvia la necesidad de normalizar también el formato, especialmente el tamaño (DIN A-4), de los documentos.

No entraremos a valorar aspectos de diseño o formato de la historia clínica por entender que no hay inconveniente en una variabilidad amplia, siempre y cuando se garantice lo expresado en el párrafo anterior. De todos modos es preciso considerar que cada persona debe tener su historia clínica, y únicamente una historia clínica. Sólo la informatización puede resolver esto último.

Los documentos que se van a analizar por su incidencia en la burocratización

de la actividad diaria son los siguientes:

- Recetas.
- Incapacidad transitoria (IT).
- Circuitos dentro del sistema: interconsulta/derivación especialistas, peticiones de pruebas complementarias.
- Circuitos fuera del sistema: pruebas complementarias concertadas, ambulancias y taxis.
- Registros de actividad, morbilidad y otros.

En la actual situación de desarrollo de nuestros centros de atención primaria, hay unos mínimos que consideramos imprescindibles y que deberían estar al alcance de todos los profesionales.

Por su bajo coste y el enorme rendimiento que permitiría obtener en cuanto a mejora en las condiciones de trabajo-desburocratización de la actividad diaria, del médico general, consideramos como mínimo indispensable la dotación de un equipo informático elemental en todas las áreas administrativas de cada centro, que contenga la base de datos de todos los usuarios (fácilmente obtenibles a partir de tarjeta sanitaria, censo, sistemas de información específicos...), con el software adecuado que posibilite la realización de las siguientes tareas:

- Introducción de factores de riesgo y patologías crónicas consensuadas por cada equipo y su explotación, permitiendo desechar los sistemas manuales utilizados anteriormente. Esta misma base de datos serviría para recoger los datos de cobertura de cartera de servicios, programas...
- Realización de las recetas de largo tratamiento mediante cualquiera de las aplicaciones informáticas actualmente en funcionamiento en todo el país, a través de un circuito en el área administrativa (recogida de tarjetas de tratamientos de larga duración, confección de las recetas y entrega al usuario).

- Realización informatizada y entrega de partes de IT en circuito administrativo.

- Impresión de juegos de etiquetas de cada usuario a utilizar en toda la documentación escrita (para colocar dentro de cada historia clínica).

Parece evidente que, para que todo lo anterior sea posible, resulta imprescindible una dotación adecuada de recursos humanos, materiales y de formación en nuestras áreas administrativas, ya que cada vez más su papel en la organización del trabajo en nuestros centros es trascendental.

Recetas

Definimos cómo prescribir el hecho de indicar un tratamiento, farmacológico o no, tendente a resolver el problema sanitario presentado por un paciente; definimos cómo recetar el hecho de plasmar en un documento, llamado receta, el tratamiento indicado en la prescripción.

La utilidad del documento receta es establecer una relación formal entre el indicador o prescriptor de un tratamiento -el médico-, el dispensador del mismo -el farmacéutico-, el destinatario final de la medicación -el paciente- y, en el caso del sistema sanitario público, el financiador total o parcial e intermediario ocasional (sellado) de la prescripción; constituyéndose finalmente en un documento público con implicación legal, para quien lo firma y para quien lo dispensa.

La necesidad de aportar información a cada uno de los escalones mencionados, en un formato que soluciona problemas (control de gasto, protección contra el fraude, etc.) básicamente a una sola de las partes -el financiador-, tiende a provocar, y ocasionalmente provoca en el indicador -el médico-, la vivencia como actividad burocrática inútil de un hecho tan consustancial con su práctica clínica como debiera ser recetar un tratamiento farmacológico. Se establece,

pues, una dicotomía, que por el bien del destinatario final –el paciente– no debiera existir entre prescribir y recetar.

Es necesario, por tanto, recuperar en lo posible el sentir como acto importante el hecho de recetar, y para ello consideramos necesario modificar el fondo de las recetas, el producto prescrito, e imprescindible introducir modificaciones en el formato de las mismas.

Modificaciones en el producto prescrito

La presentación actual de la mayoría de los fármacos comerciales que, como se vera después, no genera grandes problemas en un sistema informatizado de cumplimentación de recetas repetidas (gasto de papel y una firma), provoca en tratamientos agudos la necesidad de expender varias recetas para concluir un único tratamiento. Este inconveniente podría ser salvado de varias formas:

- Introducción sistemática del genérico cuyo contenido sea definible por el prescriptor.
- Autorización de la prescripción indiscriminada de varios envases para cada uno de los tratamientos en un solo documento.

Modificaciones en el formato de prescripción

Los formatos de receta actual, a pesar del intento de introducción de mejoras de hace pocos años, mantienen una filosofía inoperante y caduca para el prescriptor. La identificación para el pago se realiza mediante un código de color; por culpa de la copia están realizadas en un papel no ecológico ni reciclable; no se adaptan a una medida normalizada, y no permiten la introducción de más de un fármaco en una sola receta. Las modificaciones a considerar incluyen:

- Identificación del régimen de pago por campo específico y no código de color.
- Supresión del calco para posibilitar el uso de papel ecológico.
- Adaptación a formatos de medida normalizados.
- Autorización de más de un fármaco por receta y varios envases por fármaco.
- Independencia de la prescripción respecto a la presentación comercial.

Las propuestas formuladas siguen planteando algún inconveniente como son una mayor dificultad para el reconocimiento del régimen (no en receta informatizada con código de barras), la necesidad de volver a escribir el nombre del fármaco en las instrucciones al paciente si se suprime el calco (no en receta informatizada) y la dificultad de generar espacios para el pegado de los códigos de barras para el cobro (puede utilizarse el reverso).

Modificaciones en la autorización y circuitos de prescripción

Es difícil hacer sentir la importancia de un acto a quien no se siente responsable del mismo, sino un mero transcriptor o intermediario. El médico de cabecera en nuestro país ha estado tradicionalmente atado a un sistema de interconsulta rígido y vertical, de forma que, si quiere solucionar problemas a sus pacientes y a la vez no hacer perder confianza de éstos en el sistema, expende muchas veces recetas con su firma y su responsabilidad pautadas por otros colegas, a pesar de que, en algún caso, unas veces son fármacos que él mismo había prescrito ya con otro nombre comercial (lo que le desautoriza ante sus propios pacientes en no pocas ocasiones), y en otros casos peores receta fármacos con los que no está totalmente de acuerdo.

Por otra parte, la imposición de un sellado obligatorio para diversos productos origina un innecesario acto burocrático más.

Finalmente, la costumbre de desplazar cargas burocráticas –u otras razones de desplazamiento de costes– provoca frecuentemente que pacientes egresados deban acudir con urgencia a consultas de atención primaria con el único fin de proveerse de medicación.

Desde el punto de vista de atención primaria se propone que cada palo aguante su vela de forma que:

- Las prescripciones de uso exclusivo hospitalario sean o bien pautadas exclusivamente en el hospital o bien sometidas a control de calidad *a posteriori* (al alcance de cualquier departamento de farmacia de área), sin necesidad de incluir trabas burocráticas ni al médico general ni al paciente. La definición clara de interconsulta (diferente a derivación que implica transferencia de responsabilidad) como un acto consultivo no vinculante entre un consultor y otro profesional, no vehiculado por el paciente como correo.
- La asunción del resultado de la derivación realizada a un especialista libremente elegido como una aceptación de algo propio, y la segunda opinión como algo consustancial a la propia incertidumbre.
- La supresión del visado previo. O lo que es lo mismo, si una receta necesita ser realizada por un especialista, que la haga él, y si necesita ser visada por un inspector que la realice él, pero no parece razonable poder firmar la receta (responsabilidad legal) y no estar autorizado a prescribir y recetar sin intermediarios el producto prescrito.
- Los egresos hospitalarios que precisen medicación a corto plazo (por ejemplo, 3 semanas) deben de ser dados de alta con el total de dicha medicación y, en cualquier caso, de cualquier medicación que precisen; deberían de ser dados de alta con no menos de un envase por producto, figurando en el informe de alta los productos con su nombre genérico y no imponiendo

un nombre comercial (que muchas veces no figura en el propio petitorio del hospital del que es dado de alta el paciente). El mismo planteamiento es extensible a urgencias y cualquier consulta especializada.

Propuestas

Nuestras propuestas finales, ordenadas por niveles posibilistas, podrían resumirse como sigue:

Nivel 1

La propuesta de este nivel puede ponerse en marcha de forma inmediata, ya que no implica ninguna modificación en la actual normativa. En este momento, cuando en muchos departamentos de la Administración se están desechando ordenadores porque sus procesadores han quedado obsoletos, no se justifica que la medicación crónica en los centros de salud no esté informatizada, máxime cuando sencillas aplicaciones capaces de correr en esos ordenadores obsoletos pueden suplir con creces este problema. El circuito mínimo que se propone es la existencia de un ordenador e impresora láser (el análisis de eficiencia en estos momentos aconseja este tipo de impresoras para trabajos de volumen elevado) al menos en los centros de salud de los núcleos cabecera, donde la medicación crónica pueda ser incorporada mediante sencillas hojas de vaciado que incluyan parámetros de control de calidad, y emitidas para su firma periódicamente.

El formato propuesto para receta crónica consiste simplemente en asumir la modificación del formato actual de recetas agudas a medidas DIN A-4 (original, línea de puntos, copia) sin calco, en papel ecológico y reciclable, lo que hoy ya es legalmente posible como ha demostrado Osakidetza-Servicio Vasco de Salud poniendo a disposición de sus centros este tipo de formatos. Dicho formato sería de utilidad también en recetas para agudos de con-

sultas con mayor grado de informatización.

Transitoriamente podría mantenerse el formato actual para receta de agudos de uso en domicilios, consultas no informatizadas, etc., aunque el papel actual, no reciclable, aconseja replantearse con prontitud el soporte.

En cualquiera de los casos, son de aplicación las consideraciones previas sobre el visado, los medicamentos de uso reservado y las pautas expresadas para las altas hospitalarias y el proceso de interconsulta/derivación.

Nivel 2

Dotación informática mínima idéntica al caso anterior, único requisito añadido el cambio legislativo sobre formatos.

Prescripción crónica. Formato para informatización en DIN A-4 en blanco con identificación exclusiva de logotipo del sistema sanitario (sistemas antifalsificación incorporados, tipo billete) y numeración correlativa en números ordinales y código de barras, útil para el diseño de cualquier tipo de documentos (no sólo recetas sino partes de bajas, informes, petitorios), que la propia impresora se encargaría de cumplimentar tanto en formato como en contenido. Si el formato está microperforado puede en caso de necesidad ser cortado manualmente para proporcionar copia.

Prescripción aguda. Talonario único monocolor con identificación de régimen mediante campo (no color). Posibilidad de varios fármacos por receta y varios envases por fármaco (cualquier tipo, no solamente insulina, antibióticos...). Espacios para códigos de barras en cara posterior de la receta (cabemmas de 30). Tamaño DIN A-5.

Nivel 3

La introducción de un ordenador e impresora en cada consulta médica es el requisito de mínimos para esta pro-

puesta. No es éste el lugar para exponer las ventajas que la informatización proporciona a este nivel; sin embargo, en relación a ventajas aportadas al prescriptor, cabría mencionar al menos la posibilidad de obtener automáticamente los costes por unidad de tratamiento, las interacciones medicamentosas *on line* y la introducción de prescripciones protocolizadas por procesos y factores asociados predefinidos que, ni que decir tiene, aportan un valor añadido inmenso a la acción de prescribir.

Las propuestas de modificación a introducir en este nivel serían:

Prescripción crónica. El mismo propuesto en el nivel anterior.

Prescripción aguda. Básicamente el mismo que la crónica, pues sería cumplimentado por la máquina. Además sería preciso un «talonario de bolsillo» que permita la solución de situaciones puntuales (domicilios, urgencias externas...) respetando las condiciones ya expresadas en el apartado anterior, analizando la posibilidad de incorporación del genérico real con definición de presentación por el prescriptor.

Alcanzar este nivel exige que los cambios introducidos sean no solamente estructurales, sino que abarquen aspectos filosóficos y legales de todo el proceso de prescribir.

Incapacidad transitoria

Consideraciones generales

La finalidad del documento de IT es justificar la ausencia del trabajo por motivos de salud; cualquier otra connotación añadida es ajena a la relación médico-paciente.

El responsable de justificar la IT es el médico que realiza la atención en ese momento, sea el de cabecera, el especialista o el médico hospitalario, ya que, en general, se trata de una atención episódica.

Documentos actuales

En la actualidad existen, básicamente, tres tipos de documentos:

– Parte de baja/alta: debe ser cumplimentado por el médico al inicio y al final del proceso de IT; implica en todo caso una decisión del profesional. Existe un documento específico para accidentes laborales.

– Partes de confirmación: documento renovable con periodicidad semanal sin ningún significado clínico. En general es ajeno a cualquier decisión médica.

– Informe propuesta de invalidez: es un informe clínico con formato específico, cumplimentado por el médico, para proponer la invalidez en casos de persistencia de enfermedad o secuelas.

Propuestas

Nivel 1. diferenciaremos:

– Los partes de baja/alta seguirán siendo realizados por el médico, puesto que implican una decisión suya.

– Los partes de confirmación se realizarán en el área administrativa, debiendo disponer de la posibilidad de su impresión mecanizada.

Nivel 2. Modificación de los documentos útiles:

– Existencia de un único documento de baja/alta de duración definible por el profesional de forma que, una vez transcurrido el tiempo señalado por el médico, se considerará finalizado el período de IT, salvo que el mismo médico, por cualquier contingencia o complicación, emita un nuevo documento.

Eliminación de documentos innecesarios:

– De acuerdo con lo expresado en el punto anterior, eliminación de los partes de confirmación y, sólo cuando el médico crea conveniente la próxima revisión, emitir nuevo documento con modificaciones de la situación.

Nivel 3. En este nivel:

– En caso de informatización global de la consulta, se podrá emitir el documento de baja/alta mecanizado en el momento de realizar la consulta.

Circuitos dentro del sistema: interconsulta/derivación a especialistas, petitorios de pruebas complementarias

El flujo de pacientes dentro del propio sistema origina diversos documentos administrativos que, a través de un paciente/mensajero, actúan a modo de licencia, pase o pasaporte.

Si hablamos en concreto de la hoja de interconsulta/derivación, debemos tener en cuenta que consiste, además, en un método de interconexión o comunicación entre los profesionales, que debería permitir diferenciar si solicitamos sólo una «interconsulta» u opinión diagnóstica/terapéutica, o bien si «derivamos» la responsabilidad del paciente en el problema que origina la solicitud de servicios especializados.

En relación a la solicitud de pruebas complementarias, y teniendo en cuenta la actual organización funcional del sistema, es lógico el requerimiento de un ejemplar o documento para cada departamento, servicio o unidad adonde remita al paciente, puesto que cada uno de ellos mantiene un registro diferenciado y un funcionamiento independiente. Esto conlleva el tener que escribir varias veces la misma identificación del paciente, tantas como documentos originemos. Por ejemplo, si a un paciente le solicitamos una radiografía de tórax, una analítica y un cultivo de esputo, deberemos escribir 3 veces la misma información. Si esta labor debe realizarse a mano, vienen los problemas de identificación del paciente en los servicios destinatarios, puesto que en el tercer documento es muy probable que ya no se entienda el nombre, ni el número de la Seguridad Social, ni, lo más im-

portante, el motivo de solicitud o sospecha diagnóstica.

Según la filosofía establecida al principio de este análisis, y teniendo en cuenta que se requiere, lógicamente, la presencia del paciente y una decisión médica, puesto que se realizan como parte de un proceso diagnóstico o de seguimiento, diríamos que este tipo de documentos originan una actividad administrativa necesaria o imprescindible por el momento. Y apuntamos esto puesto que la solución definitiva pasaría por tener un sistema de información integrado, tanto en los centros de atención primaria como en los centros hospitalarios, e integrados a su vez entre sí, es decir, en permanente conexión, utilizando las mismas fuentes de datos. Pero este sería el paso final; por lo tanto, nuestro esfuerzo inicial habría que dirigirlo a facilitar esta tarea evitando la reiteración de datos de filiación.

En resumen, las propuestas según las posibilidades de cada equipo o consultorio podrían ser las siguientes:

Nivel 1

– Informatización del área administrativa, con emisión de etiquetas identificativas.

– Documentos con formato específico, pero recogiendo todas las pruebas que se realicen en un mismo departamento. Todos en tamaño DIN A-4.

– Rediseño de los circuitos internos del sistema para evitar el paciente mensajero.

Nivel 2

– No se definen actuaciones de nivel 2 en este apartado porque la implementación de cambios no depende de ningún tipo de soporte legislativo o normativo.

Nivel 3

– Informatización de las consultas.

– Documentos genéricos sin datos, todos tamaño DIN A-4, con emisión informatizada del formato de cada docu-

mento. Recupera automáticamente los datos del paciente en todos ellos, evitando toda reiteración.

– En un nivel más avanzado se dispondría de conexión integral de todos los centros con su hospital de referencia a través de redes digitales, utilizando la misma historia clínica por parte de ambos niveles, con lo que se evitaría todo el soporte papel a la vez que facilitaría la interconsulta con sonido e imágenes con el especialista.

Circuitos fuera del sistema: pruebas complementarias concertadas, ambulancias y taxis

En este apartado no se realiza un análisis previo de la situación actual debido a que existe una gran variabilidad en estos aspectos en todo el SNS.

Pruebas complementarias concertadas

Las pruebas complementarias concertadas, bien analíticas o de exploración radiológica, deben ser gestionadas y/o autorizadas desde la unidad de gestión habilitada a tal efecto. Tras informe médico, con toda la información clínica necesaria, se encargará de conseguir la cita del paciente, así como de la comunicación de la misma, tanto al médico como al paciente.

El informe se llevará a cabo en el formato que exista en los centros actualmente.

Ambulancias y taxis

En algunas comunidades existe la modalidad de traslado de determinados pacientes a través de taxis, fundamentalmente en áreas rurales, pareciendo esta modalidad más una prestación social, por lo que pensamos debe tender a desaparecer del catálogo de prestaciones sanitarias.

Debe diferenciarse si el traslado es esporádico o mantenido en el tiempo. En cualquier caso el médico emite la or-

den de traslado en formato papel hacia la unidad administrativa o gestoría de usuarios, donde debe existir el impreso adecuado para efectuar y controlar los desplazamientos autorizados previamente. El control posterior del traslado debe quedar bajo la supervisión de unidades administrativas, conociendo las características del traslado anteriormente indicado por el médico.

Es imprescindible que cada nivel controle sus traslados; es decir cada centro emisor controlará sus propios traslados. No es admisible que todas las visitas programadas desde el hospital tengan que pasar por atención primaria para visar la ida.

En resumen, el médico sólo emite los órdenes de traslado que agrupadas en niveles quedaría de la siguiente forma:

Nivel 1. Diferenciaremos:

– Los partes de baja/alta seguirán siendo realizados por el médico, puesto que implican una decisión suya.

– Emisión en formato papel de la orden y posterior gestión por las unidades administrativas.

– En el caso de analíticas y otras pruebas concertadas, el circuito sería el mismo que para taxis y ambulancias.

Nivel 2. Aquí:

– No se definen actuaciones de nivel 2 en este apartado porque la implementación de cambios no depende de ningún tipo de soporte legislativo o normativo.

Nivel 3. En este nivel:

– Emisión a través de la terminal informática de la orden de traslado, que al llegar a la pantalla de la unidad administrativa gestionaría el resto del traslado hasta su finalización.

– Analíticas y pruebas concertadas sería de igual forma, si bien a la llegada de resultados debería ser avisado el médico emisor a través de un buzón de correspondencia en la aplicación infor-

mática, donde se procedería a la carga automática de los resultados de la exploración solicitada.

Registros de actividad, morbilidad y otros

Consideraciones generales

Aparte de los documentos hasta ahora analizados, en todo el SNS hay una gran variabilidad en la oferta de documentos que las distintas administraciones responsables ponen al alcance de sus profesionales. Esta variabilidad es por sí misma prueba evidente de la inutilidad de la gran mayoría de ellos.

Deberían tenerse siempre en cuenta los siguientes principios: 1. En general, casi todos los registros deben ser realizados por personal administrativo (es decir, fuera de la consulta), sin que exista un sistema paralelo por parte del personal sanitario.

2. Raramente los registros exhaustivos ofrecen ventaja sobre las muestras, generan mucho más trabajo de recogida, no crean más información y el volumen de información hace su explotación más difícil y compleja.

3. Cualquier información que se recoge debe tener una utilidad concreta (registrar para saber en el futuro, o por si acaso no tiene ningún sentido práctico).

Registros de actividad

El único registro de actividad que debe existir en consulta es la hoja de citaciones, en la cual la única variable a registrar es la confirmación de la visita. Si el sistema de citaciones está informatizado y permite la reinformación, éste será el único registro diario; si no está informatizado, es suficiente con hacerlo de forma muestral.

Muestralmente puede plantearse el registro de todo aquello que sea preciso para una decisión o actuación determinada, siempre teniendo en cuen-

ta lo señalado en el apartado de consideraciones generales y valorando en su justa medida el esfuerzo del registro frente a la utilidad práctica de la información obtenida.

La historia clínica informatizada permitirá tener información exhaustiva a bajo coste. Mientras no se dispone de ella, la información exhaustiva tiene un coste siempre superior al beneficio que de ella se obtiene.

Registros de morbilidad

Las diferentes modalidades de registros de morbilidad (fichas de edad y sexo, libros de morbilidad...) implican siempre una duplicidad de registro (historia clínica y registro específico), suelen presentar problemas serios de actualización y por ello acostumbran estar siempre desfasados.

Un sistema de registro del tipo propuesto en el punto 3.1. es de utilidad como registro de morbilidad siempre que se establezca el circuito específico, fuera de la consulta, que garantice su actualización.

La historia clínica informatizada resuelve por sí misma este problema.

Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)

Es conocida la absoluta falta de fiabilidad del actual sistema de EDO, tanto por el bajo nivel de cumplimentación como por la falta de veracidad de las declaraciones. Cumple perfectamente con todo los criterios de ineficiencia a los que hacíamos referencia cuando se mencionaban los registros exhaustivos.

Parece más razonable mantener las declaraciones individualizadas, y definir una red de médicos vigía para mantener la información del resto de enfermedades.

A partir del uno de enero de 1997, la entrada en vigor de una nueva normativa parece venir a resolver en buena parte la situación.

Como en los casos anteriores, la historia clínica informatizada solventa directamente este apartado.

Oxígeno

Se considera el oxígeno como un fármaco más, y por ello prescribible, sin visado previo, mediante receta. Cualquiera otro planteamiento es absolutamente ajeno al profesional.

Propuestas

Nivel 1. Dentro de este nivel:

– El único registro de actividad que se realizará en la consulta es la confirmación de la visita, hecha sobre el listado de pacientes citados, que se hará a diario si el sistema de citaciones está informatizado, y muestralmente si no lo está.

– Cualquier otro registro dentro de la consulta debe ser muestral, y limitado sólo a la información concreta y precisa que se recoge con una finalidad bien definida.

– Debe disponerse de un registro de morbilidad informatizado (según los mínimos establecidos en la introducción) adaptado a los intereses y necesidades de cada centro. Es fundamental definir un circuito específico de actualización diaria fuera de la consulta.

– Desaparición del sistema de EDO actual y cambio (si es preciso) por una red de médicos vigía, manteniendo las declaraciones individualizadas.

Nivel 2. Aquí:

– No se definen actuaciones de nivel 2 en este apartado porque la implementación de cambios no depende de ningún tipo de soporte legislativo o normativo.

Nivel 3. En este nivel:

– Informatización global de la actividad del centro (incluyendo historia clínica informatizada): resuelve todos los problemas planteados por este tipo de registro, ofreciendo información ex-

haustiva y fiable, eliminando duplicidad de esfuerzos en todos los registros.

Conclusiones

– La actividad sanitaria se justifica por la prestación de servicios clínicos, curativos y preventivos, de los que se derivan registros varios. Es, pues, la actividad clínica la que genera burocracia. Nunca debería tomar contacto un paciente con el sistema sanitario por una cuestión burocrática.

– El sistema sanitario español ha formado con los años un aparato burocrático, nunca evaluado críticamente, en el que sobran documentos y faltan ideas. Este aparato burocrático expresa, además, una filosofía de desconfianza en el médico de cabecera, al que hay que: *a)* tutelar, para estar seguros de que no comete errores, y *b)* poner barreras burocráticas que dificulten el uso de los recursos.

– Puesto que es la actividad clínica la que genera la burocracia, los profesionales sanitarios deberían hacerse cargo de los registros que se derivan de su trabajo. Es decir, el tocólogo, de la baja maternal; el médico de urgencias, de la prescripción que aconseja, etc. El médico de cabecera se hará cargo de la burocracia que genera su actividad, incluyendo la que acepte de otros, por creerla conveniente para el cuidado clínico de sus pacientes.

– Aunque muchos problemas burocráticos pueden resolverse con la mecanización de los datos, la informática no da respuesta a los problemas de diseño defectuoso, mala conceptualización y filosofía errónea que hay detrás del aparato burocrático sanitario español. La informática facilitará la labor del médico de cabecera, pero algunos problemas tienen que resolverse previamente, incluso con cambios en la legislación.

– Los médicos de cabecera deberían tener acceso directo a todas las pruebas diagnósticas y a la prescripción de todas las terapéuticas incluidas en el

catálogo de prestaciones públicas sanitarias. Si son necesarios ciertos controles, éstos se necesitan para todos los médicos (independientemente del lugar de trabajo) y *a posteriori*.

– En ningún caso debería utilizarse al paciente como «mensajero», es decir, como portador de registros entre el emisor y el receptor. La coordinación entre profesionales y niveles debería lograrse sin implicar a los pacientes en el transporte de los informes, solicitudes y resultados.

– Los documentos generados por la actividad clínica deberían estar normalizados, al menos en su tamaño. Siempre se debería acordar el registro de una información básica que facilitara la normalización de su contenido.

– La mecanización de la información sanitaria debería basarse en la de la población y sus características básicas (edad, sexo y dirección). Sobre este fichero informatizado se puede construir un complejo sistema de información cuyo objetivo es mejorar la activi-

dad clínica, curativa y preventiva. Las aplicaciones informáticas nunca deberían generar actividades del médico, sino al revés.

– Las muestras deberían sustituir a los registros censales, reservándose éstos para las historias clínicas (un paciente, una historia clínica, y sólo una).

– La prescripción farmacéutica debería hacerse en un modelo de receta que permitiera la prescripción múltiple y repetida, tanto de principios activos como de genéricos y nombres de «fantasía» (comerciales). Dicho modelo debe permitir la dispensación de genéricos con contenido definible por el prescriptor para ajustar lo dispensado a lo prescrito.

– La relación entre médicos de cabecera y especialistas debe basarse en la definición clara de si se ha solicitado sólo una valoración (interconsulta) o valoración y tratamiento (derivación). En cualquier caso, el especialista hará las recomendaciones terapéuticas far-

macológicas empleando los nombres de los principios activos.

– Las ausencias del trabajo por motivos de salud se deberían justificar con un documento único (baja-duración definida), salvo imponderables o complicaciones.

– Es necesario potenciar el área de atención al cliente/administración para adecuarla a las funciones que le corresponden desde el punto de vista de racionalización y optimización de recursos.

– Periódicamente se debería proceder a reevaluar todos los documentos para valorar su idoneidad o conveniencia de modificación. La relación entre médicos de cabecera y especialistas debe basarse en la definición clara de si se ha solicitado sólo una valoración (interconsulta) o valoración y tratamiento (derivación). En cualquier caso, el especialista hará las recomendaciones terapéuticas farmacológicas empleando los nombres de los principios activos.