



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària



PROPOSTES D'ELIMINACIÓ D'ACTIVITATS BUROCRÀTIQUES NO PRÒPIES DEL METGE DE FAMÍLIA EN LA CONSULTA DIÀRIA

INFORME DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAMFIC

La falta de temps i creixement imparable de la demanda són els principals problemes que patim els metges de família en la pràctica diària. Si analitzem el contingut de les nostres consultes podem concloure que el continu creixement de la demanda no es deu únicament a l'excessiu nombre de pacients assignats, ja que amb contingents "raonablement dotats", el volum de les consultes tendeix a créixer sense límit aparent (en el cas de Suècia, amb contingents de 2.500 pacients tot just se supera els 15 pacients diaris). Creiem que la incessant derivació de tasques no pròpies d'un metge de família a les nostres consultes (tendència que, en contra de disminuir continua augmentant), al costat de la hiperfreqüentació són els principals motius del creixement constant de la demanda amb conseqüències òbviament negatives per a l'activitat pròpia del metge de família. Aquestes tasques "no pròpies" o "burocràtiques" ocupen fins a un 30% del nostre temps en consulta (en alguns casos, més encara). Temps que hauríem de dedicar a tasques pròpies del metge de família com activitats preventives, control més estret de pacients crònics, visites a domicili, cirurgia menor, control del sintrom®, reduir les derivacions a especialitzada, realitzar activitats docents i investigadores i que, en l'actualitat, o no es realitzen o es fan amb gran esforç del metge.

La càrrega burocràtica que actualment suporten les nostres consultes d'atenció primària és, en general, excessiva. El malestar que això origina és matèria de discussió freqüent entre els metges de família alhora que serveix d'excusa a un reduït nombre d'aquests a l'hora de no assumir totes les seves responsabilitats. Un abordatge seriós de les activitats administratives requereix diferenciar la burocràcia útil (que és imprescindible) de la inútil (que és prescindible). Dins de l'útil, distingirem entre la que ha de ser realitzada pel metge i la que ha de ser realitzada per un altre personal. Dins de la que realitza el metge tenim la que es pot efectuar al marge de la consulta i aquella que ha de realitzar-se necessàriament en la consulta. Desburocratitzar la consulta implica la realització exclusiva d'aquest tipus d'activitat.

En diversos estudis en els quals s'ha realitzat una anàlisi qualitativa de la demanda, les visites administratives previsible representen el major volum de visites. Aquestes inclouen, entre altres, la renovació de receptes "cròniques", papers de confirmació d'IT i volants repetits d'interconsultes successives. En l'actualitat amb l'ECAP i els altres programes informàtics de gestió de la consulta a l'APS el maneig d'aquestes tasques administratives ha millorat, però de forma insuficient, orientant-se més a resoldre les necessitats futures de tecnificació electrònica, sense solucionar les necessitats més actuals, plantejant-se com "un lliurar a algú de determinada tasca" i no com un procés de millora de la productivitat. El procés de

desburocratització ha de basar-se en el concepte de “fer alguna cosa on és millor i més senzill per al pacient i el conjunt del Centre de Salut”, i passa per la necessària modificació del model de recepta, d'incapacitat transitòria, volants d'ambulàncies i unificació del model d'informes clínics.

La CAMFiC, tal com es recull en els seus estatuts, té com a missió, entre d'altres, millorar la qualitat de l'assistència, representar i defensar els interessos del metge de família així com fomentar el desenvolupament i potenciació de l'Atenció Primària.

A continuació, La Junta de la CAMFiC ha recopilat una sèrie d'activitats que de forma habitual es realitzen en les consultes de Medicina de Família i que pel seu contingut és burocràcia “inútil”, de la qual podem prescindir, o sent “útil” ha de ser realitzada per un altre professional. Per elaborar aquest informe hem classificat els processos assistencials en els següents apartats:

1. Receptes, definides com el fet de plasmar en un document, anomenat recepta però en realitat un albarà per l'oficina de farmàcia, el tractament indicat en la prescripció.
2. Justificants d'assistència i/o absència laboral-escolar per motius de salut.
3. Circuits dintre del sistema: interconsultes/derivació a altres nivells assistencials; petitoris de proves complementàries.
4. Informes registres d'activitat morbiditat i altres.

RECEPTA

1. **Receptes indicades per a tractament hospitalari privat-concertat.** El tractament hauria d'entrar (si no entra ja) en el concert. De fet ens veiem "obligats" davant el pacient a emplenar-li receptes no prescrites per nosaltres d'una indicació privada. **Es proposa:** que la CAMFiC transmeti de manera pública i fefaent al Servei Català de la Salut (SCS) que a partir d'una determinada data, amb temps suficient per arbitrar solucions, la CAMFiC recomanarà als seus membres que s'abstinguin d'estendre aquestes receptes i qualsevol altra, la responsabilitat plena de la qual no estiguin disposats a assumir. Alhora que els recorda que la prescripció per propi criteri és una funció pròpia i irrenunciable de tots els metges i garanteix el seu recolzament en la defensa raonada d'aquesta postura per part de qualsevol metge de família.
2. **Receptes de fàrmacs de diagnòstic hospitalari que després han de ser visades.** Si no podem prescriure un fàrmac NO té sentit que fem unes receptes que no tenen valor fins que les visa el director del CAP. En aquest protocol sobre nosaltres. Com es justifica des del punt de vista tècnic que un metge de família no pugui prescriure finasterida? Té a veure amb una major seguretat del pacient o amb la presumpció que el metge de família és intrínsecament procliu a utilitzar inadequadament aquest producte per al tractament de l'alopecí? La cosa adquireix tints surrealistes quan són els metges de família qui s'encarreguen de la prescripció d'aquest producte, una vegada “autoritzat” per escrit per un altre especialista i “visat” per un inspector o persona autoritzada. **Es proposa:** CAMFiC comunicarà de manera pública i fefaent al Servei Català de la Salut que a partir d'una determinada data recomanarà als seus membres que s'abstinguin d'estendre receptes d'aquells medicaments que per normativa no estan autoritzats a prescriure. Haurà de ser l'atenció especialitzada qui faci totes i cadascuna de les receptes (disposa de les mateixes eines que nosaltres per emplenar-les) i un inspector qui les visi. Quan aquest precisi un informe per continuar visant la renovació de la prescripció que ho sol·liciti directament a atenció especialitzada. Una altra solució, segurament més raonable, seria retirar l'exigència del visat.
3. **Receptes de prescripcions realitzades per l'especialitzada fins a pròxima revisió. Es proposa:** igual que el metge de família, tal com ho faciliten els programes informàtics de gestió de la consulta, l'especialista té la possibilitat d'emetre totes les receptes necessàries fins a nova revisió, per tant que les empeni ell mateix.

4. **Continuació de tractaments prescrits per l'especialitzada que no es consideren adequats pel metge de família:** Periòdicament ens enfrontem a prescripcions de fàrmacs amb baix valor intrínsec, novetats sense aportació rellevant, molècules que tenen alternativa més coneguda o més segura. El pacient ens sol·licita que estenguem les receptes a partir d'ara atès que les ha indicat "l'especialista". En virtut de la llibertat de prescripció no tenim cap obligació de repetir-les, però el pacient té dret que aquesta prescripció amb la qual no estem d'acord li sigui reemborsada pel Sistema Nacional de Salut (SNS). **Es proposa:** La CAMFiC exigirà a la Conselleria que arbitri un mecanisme fàcil, àgil i sense desplaçaments per al pacient que li permeti obtenir les receptes de prescripcions pautades per altres professionals del SCS amb les quals el metge de família no estigui d'acord i que en virtut a la llibertat de prescripció no està obligat a receptar. Igual que el metge de família, tal com ho faciliten els programes informàtics de gestió de la consulta, l'especialista té la possibilitat d'emetre totes les receptes necessàries fins a nova revisió.
5. **Emissió de receptes prescrites en l'àmbit privat.** Amb excessiva freqüència trobem pacients que sol·liciten la recepta de medicació que li han venut a la farmàcia, prescrita per metges privats o odontòlegs, o comprats per voluntat pròpia. No existeix legislació referent a això. El RD 1030/2006 de prestacions del SNS no ho aclareix. Però la legislació sí especifica que el metge prescriptor és el responsable del que prescriu. Si afegim això a la normativa de la Conselleria en la qual s'especifica que la prescripció dels metges del Servei Català de la Salut (SCS) han de basar-se en criteris d'eficiència, entre uns altres, tenim en teoria una empara legal per no realitzar aquesta prescripció diferida. Bé és cert que aquesta pràctica té dècades d'existència i és difícil canviar els mal hàbits adquirits per part dels pacients, farmàcies, personal sanitari... **Es proposa:** que l'SCS, o en defecte d'això cada centre de salut, editi una nota informativa als usuaris sobre la llibertat de prescripció del metge i la diferència i separació entre sanitat pública i privada durant tot el procés terapèutic (entrevista, proves, diagnòstic, tractament i seguiment), quedant sota el criteri de cada facultatiu la indicació o no dels tractaments o proves recomanades en l'àmbit privat.
6. **Recepta addicional d'estupefaents.** La formalització de la recepta addicional per a la dispensació d'estupefaents (cada vegada més utilitzats en tractaments crònics, com és el cas de la morfina en pegats d'alliberament alentit), provoca les conseqüents molèsties per al pacient i sobrecàrrega burocràtica per al metge de família. **Es proposa:** en estar mecanitzada la recepta i disposar aviat (segons se'ns ha promès) de signatura electrònica la probabilitat de falsificació d'aquestes és nul, pel que aquesta recepta addicional no té justificació en l'actualitat, sent suficient per a la seva dispensació la recepta expedida pels programes informàtics de gestió de la consulta. No obstant això, la normativa estatal vigent exigeix aquesta recepta, per tant els programes informàtics, per aquest tipus de fàrmacs i mentre persisteixi aquesta normativa, haurien de generar addicionalment la recepta d'estupefaents amb signatura electrònica.
7. Receptes d'organismes privats concertats. Alguns organismes privats concertats no disposen de talonaris ni de sistema informàtic compatible per prescriure, recaient la tasca burocràtica en el metge de família. **Es proposa:** autoritzar la prescripció a aquests organismes amb les mateixes característiques que la resta dels especialistes.

JUSTIFICANTS

8. **Justificant d'ASSISTÈNCIA a consulta.** Depèn de l'organització del propi centre, però el personal administratiu acostuma a argumentar que ells no poden comprovar si ha estat en consulta. La informatització pot permetre que qualsevol administratiu imprimeixi un justificant. Quan ingressa un pacient el justificant no el fa el cirurgià sinó l'administratiu d'admissió. El justificant és un document administratiu que en cap cas ha d'incloure informació sanitària. De ser així deliberadament, per escrit i amb la nostra signatura vulneràriem la privacitat del pacient. És, per tant, perfectament factible per pur criteri d'eficiència i de la mateixa manera que als hospitals, l'hi faciliti l'admissió del centre de salut. **Es proposa:** donar instruccions al personal d'admissió perquè expedixen certificats

d'assistència segons les dades que figurin al sistema informàtic. No s'ha de donar cita a consulta mèdica per aquest motiu i en cas que el pacient ho demani a la consulta, cal remetre al servei d'admissió del centre per obtenir el justificant.

9. **Justificant d'ASSISTÈNCIA a consulta a petició dels col·legis.** Els centres educatius tenen per costum sol·licitar als metges justificants d'assistència a consulta per, valgui la redundància, justificar una falta o que no poden fer esport per malaltia durant un temps determinat. És responsabilitat dels pares, com a tutors legals, l'assistència o no de menors al centre. **Es proposa:** no formalitzar en cap nivell justificants per a col·legis a menors d'edat. Remetre full informatiu als centres docents indicant-los que no es realitzaran els esmentats justificants a menors, la formalització d'aquests corresponen als pares (responsables legals).
10. **Justificants de malaltia a posteriori.** Existeix el costum de sol·licitar al metge de família justificants sobre malaltia a posteriori amb la finalitat d'evitar sancions (treball, INEM, instituts,...), aquests justificants encara que són legals sostenen una pràctica que indueix la sol·licitud al metge de família de justificants per a tot. El fet de fer un informe que posi: "*el pacient refereix que va estar malalt*", no hauria de servir a cap administració ni empresa com a justificant encara que porti la signatura d'un metge, ja que aquest no té funcions notariales que puguin donar validesa a l'afirmació del pacient. **Es proposa:** CAMFiC hauria de recomanar als seus membres no realitzar de forma sistemàtica justificants de suposades malalties a posteriori. Editar rètols informatius per als usuaris en els centre advertint de la no realització dels esmentats justificants.

CIRCUITS DINS DEL SISTEMA

Proves complementàries

11. **Formalització de qualsevol sol·licitud de prova complementària sol·licitada per un altre professional** (generalment especialitzada). El RD 1030/2006 especifica la no inclusió de la realització d'aquestes proves per interès de tercers (sanitat privada, el propi pacient...). **Es proposa:** elaborar full informatiu per als pacients, informant que aquestes proves no s'expediran en les consultes de medicina de família. Elaborar un full informatiu per als especialistes amb una data límit i ordre de direcció a tots els metges de família que a partir d'aquella data totes les sol·licituds de proves que arribin de l'especialitzada les remetin a la Unitat d'Atenció a l'Usuari o a la direcció de la SAP. La CAMFiC informarà a l'SCS de la negativa dels metges de família a sol·licitar proves no indicades per ells.

Derivacions

12. **Document de sol·licitud de cita de consultes successives a especialitzada.** En nombroses ocasions el pacient surt de la consulta d'especialitzada sense cap document, ni tan sols una proposta de revisió o informe de l'actuació clínica. No són poques les vegades que hem hagut d'elaborar un escrit o un nou volant de derivació a admissió del centre d'especialitats suggerint que se li doni cita de revisió al pacient, amb el testimoni d'aquest com a única prova. Simplement plasmem en paper el que ens diu el pacient, i incongruentment això té més valor que el que li digui el pacient a l'administratiu del centre d'especialitats. **Es proposa:** Avançar en la història clínica compartida per evitar la comunicació a través de papers i mentrestant dissenyar un full informatiu adreçat al pacient indicant que pot sol·licitar cita per a les visites successives amb el volant, tiquet, P-10 o el que sigui que hagi emplenat l'especialista, a més de poder exigir a tots els metges informe escrit de les seves actuacions i propostes de cita de revisió.

13. **Derivació d'un especialista a medicina de família perquè el derivi a un altre especialista proposat pel primer. *Es proposa:*** a) que l'especialista respongui a la interconsulta del metge de Família i aquest decideixi si el deriva a un altre professional, b) si el primer especialista veu clar que és una patologia d'un altre especialista el derivi ell directament. Totes les consultes han de ser respostes per escrit al pacient o en la seva història clínica electrònica.
14. **Derivació al metge de família des del Servei d'Urgències perquè aquest el derivi a un especialista en concret.** Molts serveis (Traumatologia per revisar meniscopaties o fractures, Oftalmologia per revisar queratitis...) tenen protocol·litzat de forma interna l'acceptar el full d'urgències com a full de revisió. ***Es proposa:*** poder obtenir cita amb l'especialista suggerit pel Servei d'urgències hospitalàries simplement amb el full d'alta.

La CAMFiC reclama a l'SCS i a la Conselleria de Salut un avanç decidit cap a la Història Clínica Compartida, que seria la solució definitiva d'aquests problemes de circuits dins el sistema, facilitaria la comunicació entre nivells, i estalviaria repetició innecessària de proves complementàries i burocràcia inútil.

INFORMES, REGISTRES D'ACTIVITAT I ALTRES

15. **Certificats per a accés a oposicions o proves selectives, aptitud esportiva, etc.** No estem obligats a emplenar-los segons el RD 1030/2006. *Només està inclosa en la sanitat pública l'expedició d'informes sobre l'estat de salut actual del pacient*, no certificats d'aptitud esportiva o absència de determinades malalties, que suposarien diferents proves complementàries. ***Es proposa:*** elaborar full informatiu per als pacients, informant que l'esmentat certificat no s'expedirà en les consultes de medicina de família. La CAMFiC exigirà a l'SCS que comuniqui als Ajuntaments, Diputacions, i Conselleries que els esmentats certificats no seran emplenats en els centres de salut.
16. **Full setmanal de Malalties de Declaració Obligatòria (MDO).** Supressió del full setmanal de Malalties de Declaració Obligatòria. ***Es proposa:*** que Salut Pública obtingui l'esmentat llistat directament dels sistemes informàtics.
17. **Comunicats de confirmació setmanals en IT de mitjana-llarga durada.** MUFACE i altres mutualitats a les quals es permet estendre IT tenen un sistema de comunicat de baixa en el qual el metge pot determinar la durada del comunicat en funció a la patologia. ***Es proposa:*** seguir el mateix sistema d'IT que aquestes companyies.
18. **Informe per a balnearis, gimnasos, ajuntaments, etc.** ***Es proposa:*** deixar d'emplenar aquests informes pel seu nul valor clínic. Remetre als pacients a la Unitat Central d'Atenció a l'Usuari perquè ho solucioni o com a màxim elaborar un informe estandarditzat amb dades de la història clínica per a qualsevol sol·licitud d'aquests tipus.
19. **Informe per a l'obtenció de discapacitat i invalidesa.** Es pretén que el metge de família transcrigui en un document antediluvià amb escasses possibilitats i nul interès de mecanització, el que el pacient ens explica i altres especialistes, en el millor dels casos, escriuen. ***Es proposa:*** habilitar a les unitats de valoració l'accés a la història del pacient en modalitat "solo lectura" i/o exigir la generació de l'informe pels programes informàtics de gestió de la consulta. En tot cas recomanar als metges de família que s'abstinguin d'efectuar transcripcions, perquè siguin les pròpies unitats de valoració les qui considerin la informació que altres metges aportin.
20. **Informes per a ajuda domiciliària o ingrés en residències geriàtriques.** Realment sabem si el pacient es banya/menja/vesteix/aixeca sol o amb ajuda, o simplement marquem amb un aspa l'opció que el cuidador ens indica, quan no és ell mateix qui ho ha fet a casa? Què estem signant? Signar un document significa acceptació, acord, compromís o anuència.

Es proposa: aquest document podria ser signat amb igual o major coneixement de causa pel professional d'Infermeria: a qui se li suposa un major coneixement d'aquests aspectes del pacient a través de les seves visites domiciliàries, o pel treballador social per adequar-se més al seu perfil professional.

Aquesta proposta ha estat elaborada per la Junta de la CAMFiC sobre la base del document amb el mateix títol de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Agraïm a la SVMFiC que ens hagi facilitat aquest document.