

## Lo que no hay que hacer para desburocratizar la atención primaria

*La burocracia en los países latinos parece que se ha establecido para vejar al público.*

Pío BAROJA

Es innecesario justificar la necesidad de hablar de burocracia en atención primaria (AP), sobre todo porque, tras más de 20 años de experiencia en su reforma y en la era de la informatización, no sólo no es un asunto resuelto, sino que puede evolucionar hacia su perpetuación y crecimiento. Siendo «burocracia», en sentido coloquial y de uso común, un término peyorativo que equivale a ineficiencia, rutina, pereza, desperdicio y papeleo, su acepción técnica tampoco dice mucho en su favor: «Es la forma de organización basada en la división de competencias y responsabilidades, según una línea jerárquica de mando y autoridad, y regida por normas impersonales, lo que hace posible el poder de un sector de los que en ella sirven».

Cada vez es mayor la necesidad de buscar formas de acelerar el proceso de toma de decisiones, evitar los atascos de información, estimular la iniciativa profesional y sacar el máximo rendimiento de la atención clínica. Con la desburocratización no sólo se persigue abolir tareas innecesarias, sino también aquellas que se hacen de manera ineficiente y/o por delegación inapropiada desde otros niveles asistenciales. Desburocratizar implicaría simplificar, agilizar, reestructurar y potenciar las estructuras organizacionales, de forma que esta actividad se realice «donde sea mejor y más sencillo para el paciente y el conjunto del sistema», y por el nivel asistencial que la precise.

La desburocratización es mucho más que modificar o alterar simplemente la estructura organizacional, siendo menester producir profundos cambios en lo relativo a:

– *Liderazgo*. Una verdadera acción de liderazgo efectivo por parte de la Administración que asuma su responsabilidad en cuanto al diseño de los documentos con visión asistencial –tanto la receta como la incapacidad laboral y los informes clínicos–, garantizando la «no delegación de tareas burocráticas entre niveles asistenciales», y erradicando la burocracia innecesaria de forma retrospectiva y prospectiva.

– *Rendimiento de los circuitos para las visitas administrativas*. Dentro de los equipos de atención primaria (EAP), debemos evitar caer en el error de pensar que «no es nuestro problema» e intentar racionalizar los circuitos por visitas administrativas previsibles e imprevisibles con la implicación de

todo el equipo: «La persona adecuada en el lugar adecuado, donde sea más productivo y sencillo para el conjunto del centro».

– *Sistemas informatizados de automatización de los procesos administrativos*. Sin entrar en su diseño, éstos han de orientarse y resolver las necesidades de los profesionales que los precisan, considerando todos los niveles asistenciales, así como áreas de inspección y unidades de apoyo. Evitando actitudes de interferencia, ante el afán de controlarlo todo, deben garantizar la flexibilidad y capacidad de adecuación a los circuitos indicados a los que nos hemos referido.

Desde el Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la SVMFiC, nos hemos planteado aportar nuestro grano de arena al objetivo de desburocratizar la AP. En ese sentido hemos analizado cada una de las tareas administrativas que se realizan en las consultas del médico de familia, relacionándolas con los objetivos de este nivel asistencial, buscando mayores niveles de productividad y menos pérdida de tiempo. Después de un período de análisis en el que han colaborado varios de nuestros socios, se ha concluido que existen por lo menos «23 tareas que no son propias del médico de familia y que se realizan de forma habitual en la consulta diaria». Asimismo, la SVMFiC ha recomendando a sus socios, y a todos aquellos médicos de AP que se muestran de acuerdo con el escrito, que dejen de realizarlas de forma sistemática. Este documento se puede resumir en dos líneas generales y cuatro puntos concretos:

– *El acto clínico y el burocrático son indisolubles*. No se puede separar el acto clínico de las consecuencias burocráticas que conlleve. En primer lugar, por respeto al paciente; no es de recibo que se obligue a un paciente a solicitar otra consulta a otro médico –pensemos especialmente en gente impedida con enfermedades graves o simplemente en familiares que han de perder otro día de trabajo– cuando el profesional que atiende su problema clínico puede, y está obligado por normativa legal, a resolver también el burocrático –recetas, partes de ambulancias, bajas laborales, etc.–. Y por respeto a un compañero –el médico de familia–, cuya función no es la de actuar de secretaria administrativa.

— Los informes y justificantes se expiden en función de una cartera de servicios, a unas responsabilidades establecidas y en modelos propios de la organización que los emite y no en el de la organización que los recibe. El médico de familia no puede ser responsable de certificar la capacidad física para actividades que precisan evaluaciones muy técnicas o sofisticadas para ser válidas, y las instituciones que las requieren deben disponer de servicios médicos específicos y técnicamente dotados para realizar dichas evaluaciones. Los responsables legales de los niños son los padres, y por tanto no es necesario realizar justificantes de falta de asistencia a clase por problemas de salud que no requieran instrucciones médicas para el centro. El modelo de informe de salud debe ser único, sin menoscabo del derecho del paciente a recibir información de su estado de salud, pero sin necesidad legal de cumplimentar aspectos que otras instituciones crean convenientes.

Veamos ahora los puntos concretos:

1. *Cumplimentación de recetas indicadas por otros profesionales* (plan de choque, fármacos de uso hospitalario que requieren visado, prescripciones indicadas por atención especializada, consultas privadas, servicios concertados, etc.). La legislación deja muy claro que el médico prescriptor es el responsable de la receta, por lo que asume con su firma la responsabilidad de un tratamiento en el momento de cumplimentarla. Es obvio que cada facultativo debe prescribir cualquier tratamiento que indique al paciente, sin derivar esta responsabilidad a otro profesional.
2. *Justificantes de asistencia a la consulta* a petición de colegios, empresas, etc. No existe duda alguna del contenido puramente administrativo de dicha tarea, por lo que su ubicación nunca debe estar en la consulta del facultativo.
3. *Cumplimentación de cualquier solicitud de prueba complementaria*, derivación a otro especialista o documento burocrático solicitados por otro profesional (generalmente de atención especializada). Si se considera que las actividades burocráticas en atención especializada no corresponden al facultativo, es absolutamente coherente pensar que no deben ser derivadas a otro facultativo de distinto nivel asistencial.
4. *Certificados para acceso a oposiciones, balnearios, obtención de minusvalías, ayuda domiciliaria o ingreso en resi-*

dencias geriátricas, etc. Evidentemente, los organismos que precisen de estos informes deberán disponer de unidades de valoración adecuadas a los informes que soliciten.

En esta carrera hacia la optimización de los recursos, consideramos que es prioritario no ser el último y empezar desde donde es más rentable la eficiencia, dejando de hacer desde ya todo lo que no es útil para la misión de la AP, todo «lo que no hay que hacer».

### Grupo de Trabajo de Gestión Clínica\* Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

\*Víctor Pedrera Carbonell, Álvaro Bonet Plá, Germán Scharwz Chávarri, José Manuel Soler Torró, José Luis Ortúñoz López, Isabel Prieto Erades, José Vicente Solanas Prats, José Javier Blanquer Grégori, Francisco Beneyto Castelló, Juan Quintana Cerezal, Inés Montiel Higueró y Vicente Sanmartín Ruiz.

### Bibliografía

1. Gérvás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. Aten Primaria. 2001;28:472-7.
2. Grupo de Trabajo Gestión Clínica. Informe propuestas de desburocratización [monografía en internet] [acceso 30 de marzo de 2008]. Valencia: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria; 2007. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Noticias/doc/Noticia89.pdf>
3. Lefcovich M. Desburocratizar – Tercerización – Teletrabajo El DTT como reingeniería para la productividad [monografía en internet] [acceso 30 de marzo de 2008]. Monografías.com, S.A. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/desburocratizar/desburocratizar.shtml>
4. Olías de Lima Gete B. Burocracia [monografía en Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1997 [acceso 30 de marzo de 2008]. Disponible en: [www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/B/burocracia.pdf](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/B/burocracia.pdf)
5. OMS. Health Care Systems in Transition, Spain. Ginebra: European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europa. 2000; AMS 5012667(SPA) tagert 19.2000.
6. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García MI. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria. 2005;35:82-8.
7. Wikipedia [Web]. Enciclopedia libre [actualizado 19 de marzo de 2008; acceso 30 de marzo de 2008]. Burocracia. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Burocracia>