



EDITORIAL

Desburocratización de las consultas, ¿hasta dónde?

De-bureaucratization of clinics. To where?

Juan Ángel Bellón Saameño

Centro de Salud El Palo, Málaga, España
Disponible en Internet el 18 de junio de 2009

Alrededor del 40% de las consultas de atención primaria tienen un contenido exclusivamente administrativo y además puede predecirse cuándo ocurrirán¹. La mayoría de las consultas se produce para la renovación de las recetas de largo tratamiento y con menor frecuencia para renovar partes de confirmación de una situación de incapacidad temporal más o menos larga y clínicamente estable. En estas visitas no se toma ninguna decisión clínica, únicamente se rellenan papeles y se consumen recursos sanitarios, pero prácticamente no se contribuye a mejorar la salud de los pacientes, por tanto, serían consultas de baja efectividad y eficiencia². Hay otros tipos de burocracias, como justificantes de asistencia a la consulta, partes de ambulancias, peticiones de visados, petición de «volante de revisión del especialista», etc.³, que sin dejar de serlo, muchos de éstos derivan de una actuación clínica inevitable. Por ejemplo, el acto de rellenar una solicitud de ambulancia implica valorar clínicamente al paciente y creer necesario su traslado en este medio. Sería diferente si los partes de ambulancia se requiriesen de forma repetida y previsible, sin la necesidad de valorar de nuevo al paciente. Esto último entraría dentro de la categoría definida al principio (visitas administrativas previsibles). Debido a que esta situación es mucho menos frecuente que las recetas y partes repetidos, su optimización administrativa tendría menos impacto en la reducción burocrática de las consultas de atención primaria.

La primera consecuencia de la burocracia en la consulta es que la eficiencia en atención primaria se resiente: invertir un sueldo de médico para realizar una tarea de administrativo es un derroche que el sistema no puede ni debe permitir. La segunda es la mala gestión del tiempo. El

tiempo dedicado a «rellenar papeles» reduce el de las tareas primordiales del clínico: escuchar a los pacientes, hacer una buena anamnesis y exploración física, informarles adecuadamente, etc.⁴.

Hay un efecto secundario de las visitas administrativas previsibles, el «poyaquismo», «*po ya que*» vengo por las recetas o por el parte de confirmación, ¿porqué no me mira la garganta o me hace unos análisis? Este tipo de demandas añadidas probablemente no se hubieran producido si el paciente no tuviese que acudir por un motivo burocrático. Es lo que se conoce técnicamente como disminución del umbral de entrada al sistema y se produce de igual modo en la mayoría de los sistemas de salud occidentales⁵. Por parte del usuario se daría con más frecuencia en los pacientes con rasgos aprensivos; por parte del profesional y la organización se desencadenaría al aumentar el número e intensidad de los contactos con el sistema sanitario; por tanto, la medida más efectiva para evitar el «poyaquismo» es la prevención, es decir reducir las visitas administrativas.

La solución más eficiente para disminuir la burocratización de las consultas es el cambio del formato y la gestión de la receta, y afortunadamente ya es una realidad, al menos en Andalucía. La receta XXI permite en un solo documento incluir todos los tratamientos que necesite un paciente de forma continuada hasta un máximo de un año, y el paciente obtiene directamente de la farmacia los medicamentos sin tener que pasar por el centro de salud. La receta XXI es electrónica y las farmacias están conectadas con este módulo de prescripción. Es cierto que también tiene inconvenientes: problemas de conexión, hay que invertir tiempo para activar las prescripciones, tiene un perfil de paciente en el que no es útil, sólo sirve para una comunidad autónoma, etc., pero sus ventajas son mayores. En el centro de salud de Espiel (Córdoba) después de la implantación de

Correo electrónico: jabellon@terra.es

la receta XXI en el año 2007 se redujo el número total de visitas en un 25%⁶, mientras que en los centros de características similares pero sin receta XXI aumentaron las visitas.

Lo que todavía es una «carta a los reyes magos» es el cambio en la gestión de los partes de confirmación⁷, ¿hasta cuándo se tendrá que seguir dando partes de confirmación semanales en un paciente con fractura de tibia y peroné?

Aunque las medidas implantadas desde la organización pueden llegar a ser muy efectivas, no son suficientes. El profesional también puede aportar soluciones que contribuyan a la desburocratización y a la disminución de la frecuentación de las consultas⁸. Una de las que ha demostrado buenos resultados es el «*max-packing*»⁹, que sería algo así como un «paquete de máximos». Si se permite una traducción libre y contextualizada a España, se llamaría «*poyaquismo inverso*»¹⁰. Por ejemplo, un paciente acude a la consulta por un resfriado y el médico se da cuenta de que en 2 semanas se le acabarán las recetas para su hipertensión y en un mes deberá solicitarle las pruebas para su revisión. El profesional piensa y actúa, «*po ya que*» ha venido por el resfriado va a llevarse las recetas de la hipertensión y los impresos de las pruebas, quizás se ahorre algunas visitas por motivo administrativo. El «*poyaquismo inverso*» como estrategia ampliada a todo tipo de visitas (no sólo a las administrativas) se basa en 3 preguntas¹⁰⁻¹²: a) ¿puedo predecir cuándo este paciente tendrá que venir a la consulta?; b) ¿se podría alargar ese intervalo de tiempo sin que se quiebre la salud del paciente, y c) ¿cuál es el profesional más adecuado para realizar esa próxima visita?

No hay que engañarse, nada de esto es fácil aunque parezca pertinente. Muchos profesionales usan poco la receta XXI, aún con su disposición. Cuando hay que ver 40 pacientes en un día, ¿quién no agradece que algunos de ellos vengan nada más por unas recetas o un parte de confirmación? No es esperable que se cambie una conducta que produce agrado. Es más, se puede llegar a pensar que sin los pacientes de recetas y partes, se verían igualmente 40 pacientes, ahora todos por motivos clínicos más o menos

complicados. Esto es falso, aunque durante la consulta, que es en realidad cuando se toman las decisiones, se piensa lo contrario.

Bibliografía

1. Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Rivera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria*. 2004;33:69-77.
2. Bellón JA. La demanda inducida por el profesional: de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2006;38:293-8.
3. Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de atención primaria. Barcelona: SemFYC Ediciones; 2008.
4. Bellón JA, Molina F, Panadero A. El tiempo de comunicación y registro en la consulta de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1995;15:439-44.
5. White J, Levinson W, Roter D. Oh, by the way: The closing moments of the medical visits. *J Gen Intern Med*. 1994;9:24-8.
6. Montes C. Uso de la receta electrónica (RXXI) en un área sanitaria. II Jornada sobre el uso racional del medicamento; Sevilla, 2007.
7. Borrell F, Caldas R, Guerra G, Moya A, Pérez FJ, Quijano F, et al. Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: SemFYC Ediciones; 1999.
8. Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, Luna JD, Torres F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: Randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2008;58:324-30.
9. Murray M, Berwick DM. Advanced Access. Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289:1035-40.
10. Bellón JA. La gestión del tiempo en la consulta. En: Casajuana J, editor. *Gestión del día a día en el equipo de Atención Primaria*. Barcelona: SemFYC Ediciones; 2007. p. 139-52.
11. Casajuana J, Bellón JA. La gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF, editors. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 5 ed. Madrid: Elsevier España; 2003. p. 84-109.
12. Schectman G, Barnas G, Laud P, Cantwell L, Horton M, Zarling EJ. Prolonging the return visit interval in primary care. *Am J Med*. 2005;118:393-9.