

COL·LEGIS

CONSELL DE

DE METGES



DESBUROCRATIZAR EL PROCESO ASISTENCIAL

Una propuesta para mejorar el tiempo dedicado a la asistencia de los pacientes

CATALUNYA

Resumen

El tiempo que los profesionales dedican a los pacientes es un recurso muy preciado, pero en la práctica, se ve mermado de forma muy importante por los procedimientos burocráticos. La pandemia de la COVID-19 ha hecho muy evidente esta realidad. Uno de los exponentes más claros ha sido la saturación vivida en la atención primaria debido al alud de trámites, especialmente, los relacionados con la gestión de las incapacidades laborales (IL). Todo ello, ante la perplejidad de los profesionales al ver que las administraciones no articulaban soluciones de emergencia hasta que la situación les superó.

Pero, más allá de los efectos de la pandemia, existen otros factores que también han sido y son determinantes para considerar prioritaria la necesidad de desburocratizar nuestro sistema sanitario. Algunos de los más relevantes son la carencia de profesionales sanitarios, las dificultades para garantizar un relevo generacional, la falta de consenso para la incorporación de nuevos perfiles y definición de funciones y el retroceso en la autonomía de los profesionales y equipos.

El Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) recuerda a los profesionales que deben priorizar la actividad asistencial directa por delante de un trámite administrativo demorable. En esta línea, el CCMC insta al Gobierno de la de la Generalitat y la consejería de Salud a crear un grupo de trabajo conjunto con la máxima inmediatez para la modificación de las actividades burocráticas que son de su competencia y a instar a los cambios de aquellas que lo son de otras administraciones, con el objetivo de aplicar las imprescindibles mejoras.

El tiempo que los profesionales dedican a los pacientes es muypreciado, pero este tiempo, en la práctica, se ve mermado de forma muy importante por los procedimientos burocráticos. El Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) recuerda a los profesionales que deben priorizar la actividad asistencial directa por delante de un trámite administrativo demorable. Los valores del profesionalismo y los principios de beneficencia y justicia orientan hacia cuál debe ser la primera prioridad del médico.

Los actos clínicos asistenciales requieren procedimientos administrativos, necesarios para un registro adecuado a los sistemas de historia clínica, para facilitar la relación entre profesionales, para dar cumplimiento a las necesidades y a los derechos de los pacientes y también para el control y rendimiento de cuentas en el uso de los recursos públicos destinados a la sanidad. Son, en definitiva, actividades necesarias para el correcto y racional funcionamiento del sistema sanitario, deben realizarse con la máxima diligencia y con los recursos necesarios y son responsabilidad de los profesionales que asisten al paciente.

Los avances de todo tipo en conocimiento, investigación, digitalización y nuevas tecnologías han representado mejoras considerables, pero también un incremento de las actividades burocráticas, especialmente de las no relacionadas con el proceso asistencial. Éste es un hecho que desmotiva a los profesionales, ya que consume tiempo y recursos que se podrían dedicar a otras actividades y, en muchos casos, tampoco queda claro cuál es el valor que aportan.

La actual situación de pandemia por la COVID-19 ha hecho muy evidente esta realidad. El exponente más claro ha sido la saturación vivida en la atención primaria debido al alud de trámites, especialmente, los relacionados con la gestión de las incapacidades laborales (IL) de los miles de personas infectadas que han requerido esta documentación para garantizar su derecho a seguir disfrutando del salario en situación de baja. Previamente, ya se habían producido importantes saturaciones de los servicios de atención primaria debido al elevado número de peticiones realizadas para la obtención del certificado de vacunación COVID-19. Todo ello, ante la perplejidad de los profesionales al ver que las administraciones no articulaban soluciones de emergencia hasta que la situación les superó.

Sindicatos de médicos, sociedades científicas y colegios profesionales hace tiempo que denuncian esta situación y también han aportado propuestas inspiradas en soluciones consolidadas en países de nuestro entorno. En este sentido, el CCMC considera urgente que profesionales y administraciones locales, autonómicas y estatales, hagan un análisis riguroso y proactivo de la situación y de las soluciones requeridas.

Con este documento, el CCMC insta al Gobierno de la Generalitat a realizar los cambios normativos necesarios para desburocratizar el proceso asistencial y mejorar así la calidad del tiempo que los médicos dedican a los pacientes.



Antecedentes:

La necessitat de revisar els procediments burocràtics ja va quedar palesa en la publicació de la instrucció 05/2020 del CatSalut *Marc d'actuacions de desburocratització en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària*. En la seva disposició final s'estableix:

Las entidades proveedoras de servicios sanitarios, profesionales sanitarios y ciudadanos pueden hacer llegar propuestas al CatSalut en el ámbito de la desburocratización. A efectos de facilitar un marco proactivo y participativo, sin perjuicio de los medios ordinarios de envío, las propuestas de desburocratización se pueden enviar a la dirección electrónica desburocratitzacio@catsalut.cat.

El CatSalut debe valorar las correspondientes propuestas teniendo en cuenta, en especial, su calidad en términos de adecuación, innovación, equidad de acceso, eficiencia y ahorro en el consumo de papel. En caso de su aprobación, debe llevar a cabo las actuaciones de implantación.

En la actual situación de carencia de profesionales, que, previsiblemente, empeorará en el futuro, con los estragos todavía vigentes de la pandemia de la COVID-19 y ante la gestión ineficiente de las incapacidades temporales que colapsó los dispositivos atención primaria durante semanas a lo largo de la sexta ola (diciembre, enero y febrero de 2021/22), se ha hecho aún más evidente y urgente la necesidad de afrontar con rigor y contundencia un proceso de desburocratización de la asistencia.

Más allá de los efectos de la pandemia, hay otros factores que también han sido y son determinantes para considerar prioritaria la necesidad de desburocratizar nuestro sistema sanitario. Algunos de los más relevantes son:

- La falta de profesionales, básicamente de médicos y enfermeras.
- El reducido número de profesionales sanitarios en formación para garantizar un relevo generacional, atendiendo a la situación socio-demográfica de las profesiones sanitarias y tal como el CCMC ha puesto de manifiesto en los últimos 10 años.
- La falta de consenso claro para la incorporación de nuevos perfiles profesionales y definición de sus funciones.
- La escasa autonomía de los profesionales y de los equipos para autogestionar la organización de sus tareas.



Consideraciones básicas:

1

El tiempo dedicado a actividades que no aportan valor compromete el tiempo de dedicación a la actividad asistencial para la mejora de la salud de las personas y de la comunidad, supone un derroche de recursos públicos y genera un clima que afecta a la autoestima de los profesionales.

2

Las actividades redundantes, reiterativas y que no aportan ninguna mejora o valor ni al paciente ni al sistema deberían ser suprimidas.

3

Las actividades burocráticas que se pueden hacer con recursos informáticos, sistemas de registro o con la participación de otros profesionales se deberían resolver fuera de los circuitos asistenciales.

4

Las modificaciones que se planteen deben ser compatibles con:

- Los derechos de los pacientes a la información y a la documentación sanitaria y asistencial, en cumplimiento de la actual cartera de servicios.
- La necesidad de modernizar los procedimientos administrativos suprimiendo los que no aportan valor y simplificando al máximo el resto, aprovechando la digitalización y la utilización de los actuales registros y sistemas de información.
- La incorporación de nuevos perfiles profesionales y nuevas profesiones.
- La recomendación deontológica de priorizar la actividad clínica asistencial que no puede ser demorada sobre otras actuaciones de carácter administrativo.

Propuestas de mejora:

En referència a actividades que generan especial carga de trabajo burocrático:



Incapacidad Laboral (IL)

Las incapacidades laborales (IL) merecen una reflexión específica. La IL es una herramienta terapéutica indicada por un médico como consecuencia de un diagnóstico. La indicación de una IL, por tanto, debe considerarse a todos los efectos un acto médico, que debe ser realizado por el médico responsable del proceso asistencial. Reservarlo exclusivamente a los médicos y las médicas de atención primaria vulnera la actual normativa y genera un agravio entre compañeros y una molestia innecesaria para el paciente o su entorno.

Al mismo tiempo, la IL es también un procedimiento administrativo que permite garantizar los derechos laborales de los trabajadores que se encuentran en situación de incapacidad para la realización de su trabajo habitual.

La situación vivida a lo largo de la sexta ola de la pandemia de COVID-19 orienta hacia cuál debería ser la solución más eficiente si el objetivo es desburocratizar procesos. Durante la sexta ola, el diagnóstico de COVID-19 se realizó en los CAP y también a través de tests realizados en la farmacia o en el domicilio del paciente, sin la intervención del médico, el cual se limitaba a transcribir la declaración del propio paciente, confinado en su domicilio. Este modo de proceder es exactamente el equivalente a una declaración responsable del paciente/trabajador. Esta solución, que ya se aplica en buena parte de los países de nuestro entorno, u otros mecanismos similares, han sido largamente solicitados por los profesionales.

De hecho, casi la mitad de las IL se indican para períodos de tiempo cortos o muy cortos y funcionan, de facto, como justificaciones de ausencia laboral, sin que el paciente reclame ni requiera la intervención del médico. En el caso de IL por causa de enfermedad o de accidente grave, también es posible reducir el volumen de trámites burocráticos, básicamente, en cuanto al número de comunicados obligatorios, dado que, al fin y al cabo, lo que debe prevalecer siempre es el criterio del facultativo a la hora de valorar la continuidad o el alta.

Es urgente que los agentes implicados lleguen a un consenso para realizar cambios normativos en este ámbito. También hay que prevenir y aplicar soluciones transitorias hasta que estos cambios no lleguen, utilizando, por ejemplo, el mismo formato para todas las incapacidades. No hacerlo contribuye a derrochar recursos sanitarios y desvirtúa la firma de los médicos.



Prescripción de fármacos y recetas médicas

El médico, en tanto que médico asistencial, realizará la prescripción médica de los fármacos que considere necesarios para el período de vigencia que determine, en función de la necesidad clínica. La prescripción es responsabilidad suya durante todo el tiempo de duración recomendado. Para que todo este procedimiento sea ordenado, los softwares de prescripción electrónica deben ajustarse a estas necesidades clínicas y deben mantener la responsabilidad del médico prescriptor a lo largo de todo el período de vigencia, facilitando las renovaciones de los tratamientos.

En algunos casos, (por ejemplo, con prescripciones emitidas en servicios de urgencias o en consultas externas de hospitales, etc.), la prescripción tiene una vigencia limitada (3 meses en la mayoría de los centros) y obliga al paciente a pedir su renovación. Es habitual que los pacientes dirijan estas peticiones a los médicos de familia, aunque no son prescriptores iniciales ni responsables. De hecho, es habitual que el propio sistema considere esta renovación una tarea de los médicos de familia, pero cabe recordar que se trata de una práctica deontológicamente reprobable.

Por otra parte, tampoco tienen ningún sentido las validaciones y visados de recetas que todavía se requieren para la prescripción de ciertos productos y medicamentos (por ejemplo, pañales). Se trata de un concepto de seguridad caduco que debe suprimirse y que, inexplicablemente, se ha mantenido sin ninguna evidencia que demuestre su utilidad. El médico prescriptor es el responsable de la prescripción y, por tanto, no es necesario realizar ninguna otra validación previa en forma de visado.

El médico prescriptor, y especialmente el médico de familia, debe velar por una correcta conciliación de la prescripción del paciente. Esto implica que, para garantizar la adecuación farmacológica, puede retirar o cambiar fármacos, atendiendo a la evolución clínica o por motivos de seguridad.



Informes

Aunque se ha avanzado en la definición de qué informes forman parte de la cartera pública de servicios y de cuál es su alcance, muchos ciudadanos todavía acuden a los médicos de la atención primaria o de los hospitales con la demanda de informes médicos que no están incluidos en este catálogo. Es evidente, por tanto, que hay que definir con más rigor y con más detalle qué informes forman parte de la cartera de servicios del sistema sanitario público y cuáles no y, por tanto, deben solicitarse en otros dispositivos. Y, sobre todo, hay que difundir y hacer pública esta información entre la ciudadanía de forma adecuada y eficaz.

Otros trámites administrativos podrían resolverse con el apoyo y la participación de oficinas municipales o de otra administración e, incluso, de oficinas de farmacia, etc. Recientemente, hemos visto, por ejemplo, cómo para la obtención del código QR que certifica la vacunación de la COVID-19, se colapsaban de nuevo los centros de atención primaria, cuando habría sido técnicamente posible obtener estos certificados en espacios alternativos de la administración, por ejemplo, oficinas e instalaciones municipales.



Circuitos dentro del sistema sanitario (interconsultas, exploraciones complementarias, etc.)

Las exploraciones complementarias (en especial, las analíticas) deben ser solicitadas por el médico que las indica, sin que se requiera la intervención de otros médicos ni de un procedimiento de validación. El profesional solicitante es el responsable de la interpretación de la prueba indicada, así como de articular la comunicación con el paciente.

Si un médico remite al paciente a otro médico, sea del propio centro o de un centro externo, debe responsabilizarse del trámite de programación, sin necesidad de transferir esta petición al médico de familia.

Los controles de revisiones o seguimientos (aunque haya pasado el plazo de un año) deben ser programados por parte de los dispositivos correspondientes. No tiene ningún sentido remitir al paciente a su médico de familia únicamente para generar una nueva derivación.

En todos los niveles asistenciales se llevan a cabo tareas muy repetitivas y sujetas a protocolos bien definidos y conocidos que generan mucha presión asistencial y que podrían ser delegadas a otros profesionales bajo supervisión y responsabilidad del médico. Son ejemplos de ello la información sobre el proceso de preoperatorios, la programación de visitas de control, de analíticas y de exploraciones complementarias, la renovación de pautas terapéuticas, los permisos para acceder a los hospitales, etc. Son una larga lista de acciones que, hoy en día, están siendo realizadas por médicos, tanto en los hospitales como en la atención primaria.

La indicación del transporte sanitario y la gestión de las prestaciones ortopédicas obedecen a criterios de funcionalidad. La participación del médico no es imprescindible, ya que otros perfiles profesionales pueden realizar esta tarea, acompañados de un circuito administrativo que lo haga posible.



Registros y actividades de control

Los procedimientos de gestión y de control de las actuaciones sanitarias y los sistemas de registro y de recogida de información son imprescindibles para una adecuada toma de decisiones y para la necesaria transparencia, pero hay que hacer una amplia revisión para evitar duplicidades y revisar sistemas anticuados de recogida de información que a menudo redundan en los datos solicitados.

Las estaciones clínicas de trabajo y los softwares de historias clínicas deben mejorar. Es necesario simplificar los procesos, hacer una apuesta por la ergonomía y aplicar de forma intensiva soluciones tecnológicas que optimicen al máximo los recursos.

Muchos otros procedimientos pueden ser objeto de revisión y optimización, tanto en el ámbito público como en el privado. Algunos ejemplos son las declaraciones de enfermedades obligatorias, los formularios de todo tipo que se utilizan para la actividad asistencial, para las prestaciones y para los procedimientos (médicos o quirúrgicos); para las vacunaciones escolares y para las interrelaciones cada vez más necesarias entre profesionales e instituciones, con oficinas de farmacias o con responsables de salud pública; entre otros.

Sin olvidar la necesaria participación de los pacientes en todos los procesos que les afectan, que también debe ser optimizada.

Conclusiones:

Es urgente encontrar soluciones que permitan **liberar tiempo de los profesionales clínicos** para dedicarlo de manera más eficiente a tareas asistenciales. Hay que **“dejar de hacer para poder hacer”**.

Los **nuevos perfiles profesionales, especialmente los administrativos sanitarios y los asistentes clínicos**, deben formar parte de estas soluciones. No se trata de que ellos hagan todas estas tareas que los médicos dejarían de hacer, ya que las que no sean estrictamente necesarias deberían suprimirse. Del resto, habría que **analizar su utilidad o la posibilidad de simplificar su procedimiento, ya sea con mejoras tecnológicas o mediante la colaboración de otros perfiles profesionales**. Todo esto debe permitir **reservar para los profesionales médicos y de enfermería aquellas tareas que verdaderamente requieren su intervención y no pueden ser delegadas**.

En todos los ámbitos de atención del sistema sanitario catalán existe un gran número de trabajadores que desempeñan un rol muy útil y destacado en la atención a las personas. Este rol, que se han ganado por mérito propio, les ha llevado a asumir muchas funciones que dan respuesta a demandas de los usuarios del sistema de salud y que años atrás llevaban a cabo médicos o enfermeras. **El ejemplo más reciente de progresión y desarrollo de su rol lo tenemos en los gestores COVID-19 o en los RECO**, quienes han demostrado suficientemente el éxito de su incorporación al sistema.

En un contexto de falta de médicos y de enfermeras, es necesario implementar **nuevos modelos de atención, desarrollando al máximo los roles profesionales e incorporando nuevas profesiones**. Para conseguir este objetivo, resulta evidente la necesidad de ofrecer una **formación transversal y específica** para este conjunto de profesionales, todos ellos con titulaciones diversas.

El Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), juntamente con instituciones sanitarias, ya ofrece en la actualidad este programa formativo para que estos profesionales se conviertan en gestores salud, administrativos sanitarios o asistentes clínicos y para que puedan iniciar una trayectoria profesional que les ayude a adquirir nuevas habilidades y conocimientos, asumir tareas más complejas y generar nuevas oportunidades de desarrollo profesional. Este colectivo es clave en la transformación del sistema de salud y tiene un gran potencial para aportar mejoras significativas a las organizaciones y al propio sistema.

Finalmente, la categorización y el listado de actividades burocráticas afecta a todo el sistema sanitario y, por tanto, **son diversas las administraciones interpelladas en este documento**. Por este motivo, el CCMC insta al Gobierno de la Generalitat y la consejería de Salud a **crear un grupo de trabajo conjunto con la máxima inmediatez para la modificación de las actividades burocráticas** que son de su competencia y a instar a los cambios de aquellas otras que lo son de otras administraciones, con el objetivo de aplicar las imprescindibles mejoras.

COL·LEGIS
DE METGES
CONSELL DE
CATALUNYA