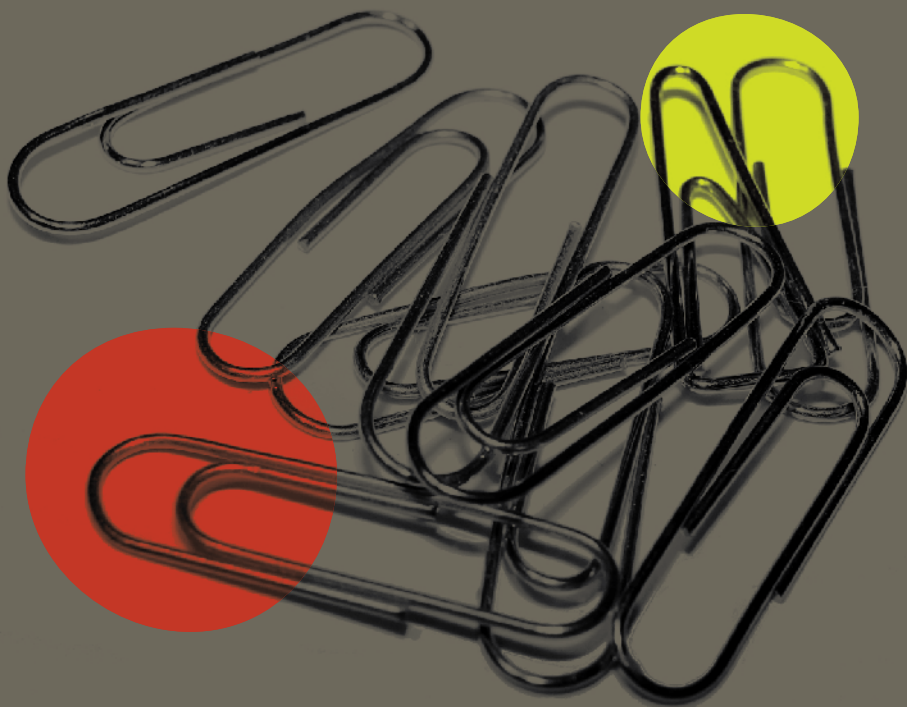




Medidas concretas para la **DESBUROCRATIZACIÓN** de las consultas de Atención Primaria

Medidas concretas para la DESBUROCRATIZACIÓN de las consultas de Atención Primaria

© 2008 Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria
Portaferrixa, 8, pral.
08002 Barcelona
www.semfyc.es

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2a pl., of. 14
08002 Barcelona
ediciones@semfyc.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

Medidas concretas para la DESBUROCRATIZACIÓN de las consultas de Atención Primaria

Grupo de Gestión de la Societat Valenciana
de Medicina Familiar i Comunitària

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

Índice

Propuestas de eliminación de 23 actividades burocráticas no propias del médico de familia en la consulta diaria	7
Recetas	10
Justificantes	13
Circuitos dentro del sistema	14
Circuitos fuera del sistema	15
Informes, registros de actividad y otros	16
Bibliografía	18

Propuestas de eliminación de 23 actividades burocráticas no propias del médico de familia en la consulta diaria

La falta de tiempo y el aumento imparable de la demanda son los principales problemas que padecemos los médicos de familia en la práctica diaria. Si analizamos nuestras consultas, podemos concluir que el continuo crecimiento de la demanda no se debe únicamente al excesivo número de pacientes asignados, ya que con cupos «razonablemente dotados» el volumen de las consultas tiende a crecer sin límite aparente (en el caso de Suecia, con cupos de 2.500 pacientes, apenas se superan presiones asistenciales de 15 pacientes diarios). Sin embargo, en España, el médico de Atención Primaria visita más pacientes por semana que sus colegas europeos (supera en un 40 % a la media europea) y también es en nuestro país donde se dedica menos tiempo por visita a los pacientes. A pesar de todo, en España, la Atención Primaria presenta buenos resultados en cuanto a accesibilidad, resolución y continuidad en los cuidados¹.

Los condicionantes de la demanda asistencial son múltiples y no únicamente se derivan de problemas de salud de la población. La sociedad demanda nuevas prestaciones en función del aumento de las expectativas creadas en salud y calidad de vida, inducida por agentes externos a lo sanitario (políticos, de consumo, sociosanitarios, etc.). A esto se une el envejecimiento de la población, el diagnóstico más precoz de la patología crónica, la aparición de nuevas tecnologías, la inmigración, la cantidad y la variedad de problemas sociales que llegan a Atención Primaria, y el consecuente riesgo de medicalización creciente de dichos problemas. Pero también influyen el aumento de la burocracia, la implantación de sistemas informáticos con objetivos puramente administrativos, las limitaciones en la petición de pruebas diagnósticas o la descoordinación con el nivel especializado².

El acuerdo es unánime en que los países que disponen de una Atención Primaria capaz y de calidad consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios y menores costes del conjunto de los servicios sanitarios³.

Creemos que la incesante derivación de tareas no propias de un médico de familia a nuestras consultas (tendencia que, en vez de disminuir, sigue aumentando), junto con la hiperfrecuentación, son los principales motivos del aumento imparable de la demanda sobre los que podemos actuar desde nuestros puestos asistenciales. Esto, como es obvio, tiene consecuencias negativas para la actividad propia del médico de familia y ocupa hasta un 30 % de nuestro tiempo en consulta (en algunos casos, aún más). Este tiempo deberíamos dedicarlo a tareas propias del médico de familia, como las actividades preventivas, el control más estrecho de los pacientes crónicos, las visitas a domicilio, la cirugía menor, el control de anticoagulación oral, la reducción de las derivaciones a la atención especializada, la realización de actividades docentes e investigadoras, etc., actividades todas ellas que, en la actualidad, o no se realizan o se hacen con un gran esfuerzo adicional por parte del médico de familia.

La carga burocrática que actualmente soportan las consultas de Atención Primaria es, en general, excesiva³⁴. El malestar que esto origina es objeto de discusión frecuente entre los médicos de familia a la vez que sirve de excusa a un reducido número de éstos para no asumir todas sus responsabilidades.

Un abordaje serio de las actividades administrativas requiere diferenciar la burocracia útil (la imprescindible) de la inútil (la prescindible). En cuanto a la burocracia útil, cabe distinguir entre la que debe ser realizada por el médico y la que debería realizar el personal de formación no médica. Entre la que realiza el médico cabe diferenciar entre la que se puede efectuar al margen de la consulta y la que debe realizarse necesariamente en la consulta. Desburocratizar la consulta implica la realización exclusiva de este último tipo de actividad.

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 organizativas.

En diversos estudios que han realizado un análisis cualitativo de la demanda en Atención Primaria, las visitas administrativas previsibles representan el mayor volumen en la consulta⁵. Éstas incluyen las recetas «crónicas», partes de confirmación de incapacidad laboral transitoria y volantes repetidos de ambulancias. En la actualidad, con los distintos sistemas de información ambulatoria implantados en España, el manejo de estas tareas administrativas ha mejorado, pero de forma insuficiente (en unos sistemas más que en otros). Esta mejora se ha orientado más a resolver las necesidades futuras de tecnificación electrónica que a solucionar las necesidades actuales, planteándose como un «librar a alguien de determinada tarea» y no como un proceso de mejora de la productividad. El proceso de desburocratización debe basarse en el concepto de «hacer algo que

sea mejor y más sencillo para el paciente y el conjunto del equipo de Atención Primaria», y pasa por la necesaria modificación del modelo de receta, de los partes de incapacidad laboral transitoria, de los partes de ambulancias y por la unificación del modelo de informes clínicos.

La semFYC tiene como misión, entre otras, impulsar mejoras en la calidad asistencial, representar y defender los intereses del médico de familia, así como fomentar el desarrollo y la potenciación de la Atención Primaria. Diversos grupos de médicos de familia en distintas comunidades autónomas, tanto de nuestra Sociedad como de otras, se han preocupado por este problema, creándose una corriente de opinión que va cristalizando en recomendaciones de algunas Sociedades federadas, y que ha tenido como resultado que las consejerías de salud de las respectivas comunidades autónomas se hayan visto obligadas a emitir instrucciones que, aunque parcialmente, comienzan a incidir de forma más o menos notoria en este problema.

El presente documento tiene como objetivo enumerar un conjunto de actividades que se realizan de forma habitual en las consultas de medicina de familia y que por su contenido consideramos burocracia «inútil», de la que podemos prescindir, o en el caso de ser «útil», debe ser realizada por otros profesionales, y que por el volumen que suponen en la carga asistencial influyen de forma notoria en el quehacer diario del médico de familia. Asimismo, acompañan algunas propuestas razonadas y respaldadas por las normativas vigentes para evitar su realización, y para que sirvan de apoyo a la toma de algunas decisiones que, a priori, pueden parecernos difíciles, o que suscitan dudas sobre la responsabilidad que se nos pueda atribuir al negarnos a realizarlas. No pretende ser un documento teórico más sobre el tan manido tema de la burocracia en la consulta del médico de familia, sino una herramienta práctica y una declaración de intenciones que sea útil para ayudar a los médicos de familia a identificar los motivos de consulta improcedentes y unificar nuestras actuaciones sobre éstos, respaldándonos en nuestro quehacer diario.

Se han seleccionado, según la información recogida por el Grupo de Gestión de la SVMFiC, 23 tareas que se suelen presentar con mayor o menor frecuencia en las consultas de los médicos de familia de la Comunidad Valenciana y que, por su contenido, no deberían realizarse en ellas. Dependiendo de la comunidad autónoma en la que nos encontremos, la variabilidad de la incidencia de cada una de estas tareas será mayor o menor, pero por desgracia quizá sólo estemos refiriéndonos al porcentaje correspondiente a la demanda diaria, no a la cantidad de tareas que se ve obligado a realizar el médico de familia, por lo que pensamos que este documento puede ser útil en mayor o menor grado a los médicos de familia que desempeñan su actividad en los diversos servicios de salud de España.

Para presentarlas de una forma más o menos didáctica en este documento, las hemos agrupado en los siguientes apartados:

1. **Recetas;** definido como el hecho de plasmar en un documento, llamado receta, el tratamiento indicado en la prescripción.
2. **Justificantes** de asistencia y/o ausencia laboral-escolar por motivos de salud.
3. **Circuitos dentro del sistema;** interconsultas/derivación a otros niveles asistenciales; petitorios de pruebas complementarias.
4. **Circuitos fuera del sistema;** pruebas complementarias concertadas, ambulancias y taxis.
5. **Informes;** registros de actividad, morbilidad y otros.

En cada punto hemos descrito brevemente la actividad burocrática no procedente y la propuesta que hacemos para su erradicación o minimización, propuesta que en algunos casos trasladamos al propio médico de familia y en otros hacemos extensiva a nuestra Sociedad⁶.

Recetas

1. **Recetas indicadas por tratamiento hospitalario privado-concertado, planes de choque o similares** (intervenciones quirúrgicas, exploraciones, etc.). El tratamiento preoperatorio y postoperatorio del mismo debería estar contemplado (si no lo está ya) en los respectivos conciertos que firman las administraciones sanitarias con entidades privadas. De hecho, hoy el médico de familia se ve «obligado» ante el paciente a cumplimentar recetas de una indicación privada no prescritas por éste. **Se propone:** transmitir por parte de nuestra Sociedad y de los responsables de los distintos Equipos de Atención Primaria, a las administraciones sanitarias que a partir de una determinada fecha, con tiempo suficiente para arbitrar soluciones, se recomendará a los médicos de familia que se abstengan de extender estas recetas y cualesquiera otra, cuya responsabilidad plena no estén dispuestos a asumir. A la vez que se les recuerda que la prescripción por propio criterio es una función propia e irrenunciable de todos los médicos y garantiza su apoyo en la defensa razonada de esta postura por parte de cualquier médico de familia.
2. **Recetas de fármacos de diagnóstico hospitalario que luego debe visar el servicio de inspección.** Si el médico de familia no puede prescribir un fármaco NO

tiene sentido que haga unas recetas que no tienen valor hasta que las visa un inspector. En este protocolo, evidentemente, sobramos nosotros. ¿Cómo se justifica desde el punto de vista técnico que un médico de familia no pueda prescribir un fármaco? ¿Tiene que ver con una mayor seguridad del paciente o con la presunción de que el médico de familia es intrínsecamente proclive a usar inadecuadamente este producto? La cosa adquiere tintes surrealistas cuando son los médicos de familia quienes se encargan de la prescripción de este producto, una vez «autorizado» por escrito por otro especialista y «visado» por un inspector. **Se propone:** que la semFYC, como dice el punto anterior, comunique de modo público y fehaciente a las distintas administraciones sanitarias que a partir de una determinada fecha se recomendará a los médicos de familia que se abstengan de extender recetas de aquellos medicamentos que por normativa no están autorizados a prescribir. Deberán ser los médicos que están autorizados quienes hagan todas y cada una de las recetas (para ello disponen o deberían disponer de las mismas herramientas que el médico de familia para cumplimentarlas). Cuando el servicio de inspección precise un informe para continuar visando la renovación de la prescripción, bien el paciente o bien el inspector deben acudir directamente al facultativo responsable de dicha prescripción.

3. **Recetas de prescripciones realizadas por atención especializada hasta próxima revisión** (incluidas las pautadas por los servicios de urgencias). **Se propone:** igual que el médico de familia, tal y como facilitan los sistemas informatizados de prescripción o de historia clínica, el especialista tiene la posibilidad de emitir todas las recetas necesarias hasta nueva revisión; por lo tanto, debe cumplimentarlas él mismo. En el caso de los servicios de urgencias, deberán prescribir completamente aquellos tratamientos que pauten, o bien derivar al médico de familia, si consideran que el tratamiento requiere seguimiento, para que, bajo su responsabilidad, paute el tratamiento que considere correcto.
4. **Continuación de tratamientos prescritos por atención especializada que no se consideran adecuados por el médico de familia.** Periódicamente nos enfrentamos a prescripciones de fármacos con escaso valor intrínseco, novedades sin aportación relevante, moléculas que tienen alternativa más conocida o más segura. El paciente nos solicita que extendamos las recetas en lo sucesivo dado que las ha indicado «el especialista». En virtud de la libertad de prescripción, no tenemos ninguna obligación de repetirlas, pero el paciente tiene derecho a que esa prescripción con la que no estamos de acuerdo le sea reembolsada por el Sistema Nacional de Salud (SNS). **Se propone:** la semFYC exigirá a las administraciones sanitarias que arbitren un mecanismo fácil,

ágil y sin desplazamientos para el paciente que le permita obtener las recetas de prescripciones pautadas por otros profesionales del SNS con las que el médico de familia no esté de acuerdo y que en virtud de la libertad de prescripción no está obligado a recetar. Igual que el médico de familia, tal y como facilitan los sistemas informatizados de prescripción, el especialista tiene la posibilidad de emitir todas las recetas necesarias hasta nueva revisión.

5. **Emisión de recetas prescritas en el ámbito privado.** Con excesiva frecuencia encontramos pacientes que solicitan la receta de la medicación que le han vendido en la farmacia, prescrita por médicos privados u odontólogos, o comprada por voluntad propia. No existe legislación al respecto. El RD 1030/2006 de prestaciones del SNS no lo aclara⁷. Pero la legislación sí especifica que el médico prescriptor es el responsable de lo que prescribe. Si añadimos esto a que la prescripción de los médicos del sistema público de salud debe basarse en criterios de eficiencia, entre otros, tenemos un amparo legal, en principio, para no realizar una prescripción concreta diferida. Bien es cierto que esa práctica se realiza desde hace décadas y es difícil cambiar los malos hábitos adquiridos por los pacientes, las farmacias, el personal sanitario, etc. **Se propone:** que las administraciones sanitarias, o en su defecto cada centro de salud, editen una nota informativa a los usuarios acerca de la libertad de prescripción del médico y la diferencia y separación entre sanidad pública y privada durante todo el proceso terapéutico (entrevista, pruebas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento), quedando bajo el criterio de cada facultativo la indicación o no de los tratamientos o pruebas recomendadas en el ámbito privado.
6. **Receta adicional de estupefacientes.** La cumplimentación de la receta adicional para la dispensación de estupefacientes (cada vez más utilizados en tratamientos crónicos, como es el caso de la morfina en parches de liberación retardada), impide la dispensación de forma mecanizada de dichos tratamientos crónicos en muchos formatos de prescripción informatizada, con las consiguientes molestias para el paciente y la sobrecarga burocrática para el médico de familia. **Se propone:** al estar mecanizada la receta en la mayoría de los sistemas de información para Atención Primaria y disponer de firma electrónica, la probabilidad de falsificación de aquella es nula, por lo que la receta adicional no tiene justificación alguna en la actualidad, siendo suficiente para su dispensación la receta expedida por los sistemas informatizados de prescripción. No obstante, la normativa estatal vigente exige dicha receta adicional, por lo que, mientras persista dicha normativa, se debería generar adicionalmente la receta de estupefacientes con firma electrónica. Esta cuestión debe ser solicitada por la semFYC para que se resuelva en un plazo de

tiempo conveniente.

7. **Recetas de organismos privados concertados.** Los organismos privados concertados (p. ej., institutos de oncología, residencias geriátricas) no disponen de talonarios ni de sistema informático compatible para prescribir los tratamientos, por lo que la tarea burocrática de la repetición de estas recetas recae en el médico de familia. **Se propone:** solicitar a las administraciones la autorización de prescripción a estos organismos con las mismas características que para el resto de los facultativos del sistema público de salud.

Justificantes

8. **Justificante de asistencia a la consulta.** Depende de la organización del propio centro, pero el personal administrativo suele argumentar que no es posible comprobar si el paciente ha estado en la consulta. La informatización permite que cualquier administrativo imprima un justificante. Cuando ingresa un paciente, el justificante no lo hace de su puño y letra el cirujano, sino el administrativo de admisión. El justificante es un documento administrativo que en ningún caso debe incluir información sanitaria. De ser así deliberadamente, por escrito y con nuestra firma, vulneraríamos la privacidad del paciente. Por lo tanto, es perfectamente factible que por puro criterio de eficiencia, y al igual que en los hospitales, se lo facilite la admisión del centro de salud. **Se propone:** dar instrucciones al personal de admisión para que expida certificados de asistencia según los datos que figuren en el registro de admisión del centro de salud. No se debe dar cita para consulta médica por este motivo y en caso de que el paciente lo pida en consulta, hay que remitirlo al servicio de admisión del centro para obtener el justificante.
9. **Justificante de asistencia a la consulta a petición de los colegios.** Los centros educativos tienen por costumbre solicitar a los médicos un justificante de enfermedad o de asistencia a la consulta para, valga la redundancia, justificar una falta de asistencia escolar. Es responsabilidad de los padres, como tutores legales, la asistencia o no de los menores al centro escolar. **Se propone:** no cumplimentar en ningún nivel justificantes para colegios a menores de edad. Remitir una hoja informativa a los centros docentes indicándoles que no se entregarán dichos justificantes a menores puesto que la cumplimentación de los mismos corresponde a los padres (responsables legales).
10. **Justificantes de enfermedad a posteriori.** Existe la costumbre de solicitar al médico de familia justificantes de enfermedad a posteriori con la finalidad de evitar sanciones (trabajo, INEM, institutos, etc.). Dichos justificantes,

aunque son legales, sostienen una práctica que induce la solicitud al médico de familia de justificantes para todo. El hecho de hacer un informe en el que diga: «el paciente refiere que estuvo enfermo», no debería servir a ninguna administración como justificante, aunque lleve la firma de un médico, ya que éste no tiene funciones notariales que puedan dar validez a la afirmación del paciente. **Se propone:** la semFYC debería recomendar a sus miembros que no realicen de forma sistemática justificantes de supuestas enfermedades a posteriori. Editar cartelería informativa para los usuarios en los centros advirtiéndoles de la no realización de dichos justificantes.

Circuitos dentro del sistema

Pruebas complementarias

11. **Cumplimentación de cualquier solicitud de prueba complementaria solicitada por otro profesional** (generalmente atención especializada). El RD 1030/2006 especifica la no inclusión de la realización de estas pruebas por interés de terceros (sanidad privada, el propio paciente, etc.). **Se propone:** elaborar una hoja informativa para los pacientes, informando que dichas pruebas no se expenderán en las consultas de medicina de familia. Elaborar una hoja informativa para los especialistas con una fecha límite y una orden de dirección a todos los médicos de familia para que a partir de esa fecha todas las solicitudes de pruebas que lleguen de atención especializada las remitan a los servicios de atención al paciente. La semFYC informará a la opinión pública y a las administraciones sanitarias de la negativa de los médicos de familia a solicitar pruebas no indicadas por ellos.

Derivaciones

12. **Documento de solicitud de cita de consultas sucesivas a atención especializada.** En numerosas ocasiones el paciente sale de la consulta de atención especializada sin ningún documento, ni siquiera una propuesta de revisión o informe de la actuación clínica. Son muchas las veces que hemos tenido que elaborar un escrito dirigido a la admisión del centro de especialidades sugiriendo que se le dé cita de revisión al paciente, con el testimonio de éste como única prueba. Simplemente plasmamos en papel lo que nos dice el paciente, e incongruentemente eso tiene más valor que el que se lo diga el paciente al administrativo del centro de especialidades. Las administraciones sanitarias deben fomentar la comunicación entre Atención Primaria y atención especializada.

Se propone: diseñar una hoja informativa dirigida al paciente indicando que puede solicitar cita para las visitas sucesivas con el volante, tique, P-10 o cualquier otro documento que haya rellenado el especialista, y que también puede exigir a todos los médicos un informe escrito de sus actuaciones y propuestas de cita de revisión y, por supuesto, remitirlo a atención especializada sin ningún tipo de volante.

13. **Derivación de un especialista a medicina de familia para que lo remita a otro especialista propuesto por el primero. Se propone:** a) que el especialista conteste a la interconsulta del médico de familia y éste decida si lo remite a otro profesional, y b) si el primer especialista ve claro que es una patología de otro especialista, que lo derive él directamente. Todas las consultas deben ser respondidas por escrito al paciente o figurar en su historia clínica electrónica.
14. **Derivación desde el servicio de urgencias al médico de familia para que éste lo remita a un especialista en concreto.** Muchos servicios (traumatología para revisar traumatismos o fracturas, oftalmología para revisar queratitis, etc.) siguen el protocolo interno de aceptar la hoja de urgencias como hoja de revisión. **Se propone:** poder obtener cita con el especialista sugerido por el servicio de urgencias hospitalarias simplemente con la hoja de alta de urgencias.

Circuitos fuera del sistema

15. **Extensión de un volante para ser atendido en institutos privados concertados.** Si la administración sanitaria deja vía libre, que no solicite un documento extendido por un médico. **Se propone:** que los servicios de atención al paciente gestionen directamente estos traslados, ya que la mayoría de las visitas a estos centros son debidas a problemas captados por los servicios especializados y no por derivación del médico de familia.
16. **Peticiones de transporte sanitario (PTS).** Muchos pacientes requieren transporte en ambulancia para la realización de pruebas o revisiones solicitadas en el ámbito hospitalario o ambulatorio, y pocas veces esa PTS la rellena dicho ámbito asistencial aduciendo falta de fechas concretas para las citas; sin embargo, muchas veces los médicos de familia rellenamos las PTS sin fecha y esto no supone ningún problema. **Se propone:** elaborar una petición formal para que cada ámbito asuma su propia burocracia. Remitir al paciente a los servicios de atención al paciente como medida de presión y para objetivar la existencia del problema.

Informes, registros de actividad y otros

17. **Certificados para el acceso a oposiciones o pruebas selectivas, permisos de armas, etc.** No estamos obligados a su cumplimentación, según el RD 1030/2006. Sólo está incluida en la sanidad pública la expedición de informes sobre el estado de salud actual del paciente, no certificados de aptitud o ausencia de determinadas enfermedades, que supondrían la realización de varias pruebas complementarias. **Se propone:** elaborar una hoja informativa para los pacientes, informando que dicho certificado no se realizará en las consultas de medicina de familia. La semFYC exigirá a las administraciones sanitarias que comunique a los ayuntamientos, diputaciones y consejerías que dichos certificados no serán cumplimentados en los centros de salud.
18. **Hoja semanal de enfermedades de declaración obligatoria (EDO).** En algunas comunidades autónomas, el médico de familia sigue estando obligado a realizar estadillos mensuales o semanales de los pacientes diagnosticados de alguna EDO para remitirlos a los servicios de salud pública. Actualmente, con los sistemas informatizados de historia clínica se dispone de todos los diagnósticos activados en la historia clínica informatizada. **Se propone:** que los servicios de salud pública obtengan dicho listado directamente, tan sólo precisan de una conexión al sistema y autorización para obtener la hoja EDO de cada facultativo de su respectivo departamento.
19. **Partes de confirmación semanales en incapacidad laboral (IT) de media-larga duración.** MUFACE y otras mutualidades a las que se les permite extender IT tienen un sistema de parte de baja en el que el médico puede determinar la duración del parte de confirmación (revisión del proceso de incapacidad) en función de la patología. **Se propone:** proponer desde la semFYC a las administraciones competentes la adecuación de la normativa actual de IT siguiendo los criterios de racionalidad que impulsa este documento.
20. **Informe para balnearios, gimnasios, ayuntamientos, etc.** **Se propone:** dejar de cumplimentar estos informes por su nulo valor clínico. Remitir a los pacientes a los servicios de atención al paciente para que lo solucionen, o a lo sumo elaborar un informe estandarizado con datos de la historia clínica electrónica para cualquier solicitud de este tipo y que sean gestionados por personal administrativo.
21. **Informe para la obtención de minusvalías.** Se pretende que el médico de familia transcriba en un documento antediluviano con escasas posibilidades y nulo interés de mecanización, lo que el paciente nos cuenta y lo que otros especialistas, en el mejor de los casos, escriben. **Se propone:** habilitar a las

unidades de valoración para el acceso a la historia del paciente en modalidad «sólo lectura» y/o exigir la generación del informe estandarizado con datos de la historia clínica electrónica. En todo caso, recomendar a los médicos de familia que se abstengan de efectuar transcripciones, para que sean las propias unidades de valoración las que consideren la información que aportan otros médicos.

22. **Informes para ayuda a asistencia domiciliaria o ingreso en residencias geriátricas.** ¿Realmente sabemos si el paciente se baña/come/viste/levanta solo o con ayuda, o simplemente marcamos con un aspa la opción que el cuidador nos indica, cuando no es él mismo quien lo ha hecho en casa? ¿Qué estamos firmando? Firmar un documento significa aceptación, acuerdo, compromiso o anuencia. **Se propone:** este documento podría ser firmado con igual o mayor conocimiento de causa por el profesional de enfermería, a quien se le supone un mayor conocimiento de estos aspectos del paciente mediante sus visitas domiciliarias, o por el trabajador social, por adecuarse más a su perfil profesional.
23. **Exámenes de salud escolar para matriculación en centros de enseñanza pública.** En algunas comunidades autónomas se exige este tipo de certificados para matricular a los niños en las escuelas. **Se propone:** que la semFYC informe a las administraciones de la no procedencia de dicho documento, dado que la educación es un derecho constitucional que no se puede denegar por razones de salud. De hecho, estos exámenes de salud en la edad del desarrollo ya los realizan los pediatras de Atención Primaria en el programa del niño sano. Exigir a las administraciones sanitarias que revoken dicho requisito para la matriculación.

Bibliografía

1. Informe de la OMS: Health Care Systems in Transition. Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europe. 2000. AMS. 5012667(SPA) Target 19 2000.
2. Gervas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en Atención Primaria. Aten Primaria. 2001;28(7):472-7.
3. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344:1129-33.
4. Ruiz Téllez A. La organización de un equipo en atención primaria. Centro de Salud. 1999;7:592-606.
5. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García MI. Característica de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria. 2005;35(2):82-8.
6. Grupo de Trabajo Gestión Clínica. Informe propuestas de desburocratización [monografía en Internet]. Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria 2007. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Noticias/doc/Noticia89.pdf>
7. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. B.O.E. n.º 222, de 16 de septiembre de 2006.

Para la elaboración de este informe se ha contado con la participación de los miembros del Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la SVMFiC como grupo impulsor, y la colaboración de 51 miembros de esta Sociedad que han aportado sus comentarios al informe inicial propuesto por el grupo.