



El administrativo con el médico de familia

Juana Mora Martínez
Administrativo de familia.

Lorenzo Arribas Mir
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS La Chana. Granada.

Hoy hay médicos de familia (MF) abrumados en sus consultas por las tareas burocráticas. Tareas básicas, ya sea en papel o formato electrónico, la «antepenúltima» trampa, ineludibles, con sus elementos positivos, van en detrimento del trabajo clínico si recaen solo en el MF¹. Los ordenadores no han eliminado la burocracia, y han creado una nueva variedad. La «penúltima» trampa es un perverso concepto de acto único que algunos gestores, y también MF, entienden como que en un solo despacho, en una sola consulta, por supuesto la del MF, se haga todo (recibir, historiar, explorar, diagnosticar, informar, recetar, derivar, pedir pruebas complementarias y citar para ellas y para una visita de resultados, imprimir informes, entregar todo tipo de instrucciones y «etcétera»). Otra cosa diferente es solucionarle al paciente en el día, en una sola visita al centro, todo lo posible, pero entre todos. La «última» trampa es una carrera desbocada por el control de calidad y la evaluación del trabajo del MF, el profesional más «monitorizado» de todo el sistema sanitario, con carreras profesionales complejísimas en algunas comunidades autónomas, que le hacen invertir mucho de su tiempo en farragosos sistemas de registro impuestos por la organización. Hoy, a pesar de los avances tecnológicos, y de sus aportaciones positivas, la consulta del MF, si no se toman medidas, está condenada a soportar una burocracia excesiva. Eso sí, «más moderna».

El pasado 17 de mayo se publicó un artículo especial, en la revista *New England Journal of Medicine*, sobre la evolución del médico de Atención Primaria en EE.UU². Susan Okie, profesora de medicina de familia en la Facultad de Medicina de la Universidad Georgetown, de Washington, analiza un futuro crítico, con muchos de los elementos que acabamos de comentar. Pero parece que hay reacciones, y se habla de «reinventar la medicina de familia»³. Un tiempo excesivo dedicado a la burocracia por los MF es un gran error, un auténtico despilfarro que hay que cortar.

En el año 2004 realizamos una reestructuración general de nuestro centro, mediante un funcionamiento pleno de unidades de atención familiar, médico-enfermera-administrativo, como referentes de atención personalizada para la población. Los pacientes tienen unos espacios específicos donde se ubican su MF, su enfermera de familia (EF) y su administrativo de familia (AF). No es un espacio virtual ni general, se tra-

ta de un auténtico espacio personalizado de trabajo en el que los tres tipos de profesionales interaccionan, y se ubican muy próximos (figura 1), en despachos contiguos. Sus horarios son los mismos, los tres tipos de profesionales coinciden plenamente en la misma jornada laboral. El acto único, bien entendido, es un objetivo primordial, la desburocratización de la consulta médica se desarrolla plenamente (el MF podría trabajar sin papeles ni impresora), y todos los profesionales quedan más cercanos a los pacientes.

Los AF abandonan los mostradores y se ubican junto a la consulta del MF en un despacho que permite la privacidad en sus contactos con los pacientes. El AF tiene su cupo de pacientes, equivalente a dos cupos de MF, y estos son su población de referencia. Realiza una labor de secretaría personalizada. Su puesto de trabajo dispone de ordenadores conectados a la red del centro y del hospital de referencia y teléfonos con acceso directo para sus pacientes.

Las funciones del AF pueden ser múltiples. Ejemplos de tareas que pueden desarrollarse desde este puesto se recogen en la tabla 1.

El AF se ha convertido en una pieza clave, que hay que potenciar y formar⁴. Su trato personalizado, ser referente para los pacientes, ha sido el cambio más radical. Sus relaciones con los pacientes son mucho más ricas, y así son notablemente más valiosos como profesionales. Pero muchas de estas tareas, gran parte de su eficacia, no podría desarrollarse sin ser un paso obligado tras muchas de las consultas del MF. Con este modelo, los MF se dedican solo a escribir en la historia clínica. En un apartado de la historia electrónica, «Plan de actuación», accesible a los AF, los MF dejan escrito de forma detallada el tratamiento, las pruebas complementarias que

FIGURA 1

Disposición de las consultas de médico (M), enfermera (E) y administrativo (A) de familia

M	E	A	E	M
Sala de espera			Sala de espera	

TABLA 1

Tareas del administrativo de familia

Renovación de tratamientos
Actualización de recetas electrónicas
Partes de incapacidad temporal
Tramitar informes varios
Citas
Control de la sala de espera
Informar de retrasos de consulta
Limar tensiones
Atender llamadas telefónicas
Subsanar errores
Detectar excepciones
Mantenimiento de la consulta
Apoyo a enfermería
Apoyo médico
Gestión de analíticas
Mantener la base de datos de usuarios
Mantener las historias clínicas
Escanear pruebas complementarias externas para incorporar a la historia clínica informatizada
Visados
Recibir urgencias
Localización de pacientes
Gestionar las agendas de MF y EF
Gestión de pruebas complementarias
Informar a los pacientes
Tramitar las citas con otros especialistas
Localizar a MF y MF
Tareas preventivas, especialmente captación de pacientes
Gestión del correo
Y mucho más...

EF: enfermera de familia; MF: médico de familia.

desean realizar, si hay que derivar el paciente a otro especialista, si hay que entregar una hoja informativa con consejos específicos, y cuándo quieren volver a ver al paciente. Los MF no necesitan confeccionar la receta, ni pedir los análisis, ni las radiografías, ni hacer los documentos de derivación, ni explicar a dónde ir, ni buscar la hoja de consejos, ni dar la cita para revisión. Todo esto, a lo largo de la jornada, consume un tiempo importante, se haga en formato papel o electrónico, y los AF pueden realizarlo con más agilidad. Los MF ganan así un tiempo precioso. Más tiempo para la anamnesis, para explorar, diagnosticar, informar, abordar tareas preventivas, y escribir en la historia. Son MF trabajando sobre todo de MF, sin consultas administrativas, sin citas en agenda para dichas tareas, sin tiempos reservados en la jornada diaria para labores administrativas. Los pacientes resolverán muchas consultas con el AF sin ver al MF o la EF. Otras veces le pedirán opinión antes de pedir cita al MF o la EF. Y acabarán en el despacho del AF, tras concluir la visita del MF. En la consulta del MF «no deben realizarse» tareas administrativas.

La confidencialidad se ha esgrimido como un elemento en contra de la implicación de los AF en las tareas administrati-

vas derivadas de consulta. Pero sin entrar en las historias clínicas, los AF no pueden dar apoyo en el trabajo diario de los centros sanitarios. Secretaria viene de secreto. Habrá casos en los que el MF bloquee actuaciones que nadie más podrá ver. Cómo se diseñen las historias clínicas electrónicas es importante. Pero siempre, y mientras tanto, debe haber acceso para el AF, ya que si no, no podría realizar su labor. Y no pasa nada porque el paciente se dirija al final de la consulta a otro despacho, donde se complete la faceta administrativa de la consulta médica. ¡Ya está bien de MF consumiendo tiempo en llenar formularios de papel o electrónicos, informando sobre dónde dirigirse, imprimiendo documentos y hojas informativas, etc.! Si hacen esto, les queda menos tiempo para sus anamnesis, para explorar e informar, para añadir actividades preventivas al margen del motivo de consulta, para estar concentrados en la complejidad del trabajo clínico del generalista y de la entrevista clínica. Si los AF no manejan la historia clínica, y no complementan en su despacho privado la consulta, esto va en detrimento del trabajo clínico del MF, y sobre todo, en detrimento de la salud de los pacientes.

En nuestro centro, solo queda en un mostrador a la entrada, un solo recepcionista, tras el desarrollo de la secretaría personalizada. Es un servicio de información general para ayudar a los usuarios a moverse por el centro⁵. Recibe las urgencias, da apoyo administrativo a los cupos pediátricos cuando los padres no tienen MF en el centro, y resuelve algunas eventualidades.

Este modelo ha permitido que en un centro de salud 50 profesionales trabajemos en mejores condiciones. Han desaparecido las colas y aglomeraciones, y la mayoría de los pacientes parecen satisfechos con la atención más personalizada. Los MF siguen ocupados, sobre todo con tareas clínicas. Nos parece increíble cómo estuvimos trabajando en el período 1985-2004, 19 años con burocracia en las consultas, cuando lo comparamos con cómo lo estamos haciendo desde 2004, ya 8 años con este nuevo modelo.

Existe la consulta del MF sin tareas administrativas.

Los lectores que quieran disponer de más información pueden visualizar los siguientes vídeos:

- <http://vimeo.com/24003123>
- <http://vimeo.com/24002545>
- <http://vimeo.com/24073092>
- <http://iv.congresocronicos.org/multimedia/videos/>

Bibliografía

1. Newton J, Hunt J, Stirling J. Human resource management in general practice: survey of current practices. *Br J Gen Pract.* 1996;46: 81-5.
2. Okie S. The Evolving Primary Care Physician. *N Engl J Med.* 2012;366:1849-53.
3. Dentzer S. Reinventing Primary Care: A Task That Is Far "Too Important To Fail". *Health Aff.* 2010;29(5):757. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0410
4. Carrol J. Working with... the receptionist. *Practitioner.* 1988;232 (1459):1276-8.
5. Arber S, Sawyer L. The role of receptionist in general practice: a "dragon behind the desk"? *Soc Sci Med.* 1985;20(9):911-21.