

## Limitar horarios y burocracia evita errores en Urgencias

La atención en Urgencias tiene sus características propias y por eso cuenta con atenuantes que nunca eximen de la responsabilidad al médico. La Somamfyc recomienda, entre otras cosas, limitar los horarios y la burocracia en estos servicios como instrumentos para reducir los errores.

ALVARO SÁNCHEZ LEÓN. M<sup>a</sup> CARMEN RODRÍGUEZ  
19/11/2008

El médico que trabaja en los servicios de Urgencias se mueve en un ambiente límite. En sus manos se ponen pacientes de riesgo y de su propia actuación se generan más riesgos. Además, el contexto exige decisiones rápidas, soportar la presión de la familia, anteponer unos problemas sobre otros... Estas circunstancias de la atención urgente son un atenuante, pero nunca eximen de su responsabilidad al profesional.

Para mejorar la práctica médica y evitar los altos niveles de estrés que afectan a estos profesionales, el XXVIII Congreso de Semfyc que se celebra desde ayer en Madrid contó con una mesa sobre Las implicaciones médico-legales de la actuación en Urgencias, en la que se abordaron una serie de consejos elaborados por el grupo de trabajo Lex Artis de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (Somamfyc). Como destaca Ana Cristina García, miembro del equipo, los facultativos de Urgencias "deben informar adecuadamente a pacientes y familiares, recoger debidamente los antecedentes alérgicos, utilizar documentos de consentimiento informado para determinadas actuaciones, elaborar y utilizar protocolos establecidos, y valorar la existencia del documento de instrucciones previas mediante consulta en el registro". Además añade que se "debe informar directamente a los allegados, cumplimentar el informe clínico y conservar una copia, realizar traslados en condiciones seguras (ambulancias medicalizadas), supervisar la actividad del personal en formación y establecer una adecuada comunicación con enfermería y otros profesionales para trabajar en equipo". También es importante "asegurar un entorno seguro al dar el alta a menores, advertir a los servicios sociales ante víctimas de maltrato, denunciar todas las lesiones de arma blanca o de fuego, utilizar la sujeción mecánica si está indicada, asistir a los detenidos en la medida en que ellos consientan e informar a la policía o al juez, y prestar especial atención a alcohólicos, toxicómanos y agresores sexuales".

### Un contexto anti errores

La Somamfyc admite que deben mejorar algunos aspectos del contexto laboral para reducir errores en el consentimiento informado, la historia clínica, los partes de lesiones, la atención a menores y el internamiento voluntario. En concreto, piden una conexión privilegiada con el juzgado de guardia para casos conflictivos, soporte de servicios sociales, estabilidad laboral del personal, apoyo por parte de los superiores, elaborar protocolos de mínimos de calidad, limitar las horas de servicio, dotación suficiente del personal no facultativo, acceso a las bases de datos informatizadas con historias clínicas y apoyo en las tareas burocráticas".

La Somamfyc considera que tener en cuenta estos consejos y mejorar las condiciones del trabajo en estos servicios evitaría la medicina defensiva.

### Ana pastor, vicepresidenta segunda: "La carga política de las decisiones que se toman en primaria desmotiva"

Ana Pastor, vicepresidenta segunda de la sociedad, tampoco cree que los políticos estén tomando las medidas adecuadas para mejorar la primaria. "Tenemos un SNS poco cohesionado, en el que la gestión y la organización del primer nivel asistencial depende más de los criterios políticos de los titulares de los servicios regionales de salud que de la competencia y la capacidad del propio medio. No sólo no se conoce la eficiencia de este nivel, sino que existe un desequilibrio claro en los presupuestos -ahora se destina a primaria entre el 10 y el 15 por ciento, y es necesario que alcance el 25 por ciento para dotarlo adecuadamente-".

Según ella, la carga política de muchas de las decisiones que se toman en el ámbito de la Sanidad y que afectan directamente a la sostenibilidad de la primaria es lo que realmente desmotiva al profesional. "Ha habido una escasa adaptación a las necesidades de la salud de los ciudadanos acompañado de un incremento de recursos excesivamente lento. Si no hay dinero ni medios, las oportunidades de crecer en primaria desaparecen".

### Falta de médicos

Con plantillas deficitarias, dice, el galeno de primaria ni se forma bien, ni dedica tiempo a investigar, ni puede disfrutar de las vacaciones sin necesidad de recurrir a los suplentes: "Y eso influye negativamente en el bagaje curricular del facultativo. La mayoría de los residentes de especialidades hospitalarias han participado en ensayos clínicos con medicamentos y en estudios financiados por la industria farmacéutica. El MIR de Familia, sin embargo, está prácticamente vetado en este ámbito".

Hay iniciativas de mejora aisladas, afirma, pero aún es necesario un frente común, una política de consenso.

### Josep Basora, vicepresidente primero: "La responsabilidad de sacar el sistema adelante sólo recae en el médico"

Asistencia accesible, próxima y resolutive en el 90 por ciento de casos que se atienden en el centro de salud, pero en solitario. Así es como percibe el médico de atención primaria el ejercicio de su profesión a juicio de Josep Basora, vicepresidente primero de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc). "El documento de la OMS Análisis de Salud en el Mundo expone claramente que los Estados deben apostar por la atención primaria para conseguir un Sistema Nacional de Salud más justo y equitativo, según sus posibilidades de desarrollo. La apuesta debe estar encaminada a revitalizar el mecanismo asistencial del primer nivel asistencial, pero también el académico y el investigador. Estas dos últimas facetas no están desarrolladas en nuestro país, pero tampoco priorizadas".

Aunque existen iniciativas y planes de mejora sobre la mesa de las comunidades autónomas, los cambios sólo llegan cuando el profesional sanitario se moviliza: "Parece que la responsabilidad de que el sistema salga adelante recae siempre sobre el médico,

que protesta incesantemente para que se cumplan las promesas políticas. Algunas cosas se arreglan, como las TIS asignadas o los sistemas de gestión informática, pero a un ritmo muy lento".

De entre las medidas que propone la sociedad para potenciar la atención primaria (ver decálogo), Basora destaca la integración de la Medicina de Familia en el grado: "El nuevo plan de estudios que preparan las facultades de Medicina para adaptarnos a Bolonia contempla la inclusión de Familia en el aula, la herramienta que tenemos para mejorar el reconocimiento profesional del médico de familia y lograr que crezca el número de adeptos entre los futuros médicos".

### **José A. Prados, vicepresidente tercero: "Falta personal, dinero y definición para hacer una apuesta clara por la AP"**

Claridad y consenso explícito. Es lo que el vicepresidente tercero de Semfyc, José Antonio Prados, demanda a las administraciones regionales para revitalizar el primer nivel asistencial. Su receta contra la crisis incluye tres ingredientes que escasean en el Sistema Nacional de Salud: recursos humanos, presupuestos y una definición clara desde los servicios regionales de salud para apostar por la atención primaria. "Hasta ahora no hemos visto voluntad real de cambio político, sino sólo declaraciones de intenciones. Con cupos de hasta cincuenta pacientes por facultativo, como se registran en algunos centros de salud, no es posible pensar que hay interés político por mejorar el ejercicio profesional del médico de familia".

Coincide con sus compañeros en que las diferencias territoriales están desequilibrando parte de los logros que se habían alcanzado en el Interterritorial en 2006 cuando se acordó por unanimidad dar forma y contenido a la Estrategia AP21, un plan nacional con 44 líneas estratégicas y 200 acciones de mejora para potenciar el primer nivel en dos décadas. "Baja el déficit de profesionales y sube la demanda asistencial. Es imposible equilibrar así una balanza que se sostiene gracias al esfuerzo de los trabajadores y a su grado de implicación. Tienen una herramienta -la Estrategia AP21- que consensuamos todas las organizaciones profesionales, que no terminan de explotar y eso el médico de a pie no lo entiende".

Según él, el facultativo evita ya los discursos políticos que hacen referencia a su nivel "porque está cansado de oír buenas intenciones sin recibir nada a cambio. Creen que se está perdiendo una gran oportunidad para mejorar sus condiciones laborales, y razón tienen".

### **Diez propuestas par evitar el colapso y revitalizar urgentemente la atención primaria**

1. Desburocratizar la consulta. El médico emplea entre un 30 y un 40 por ciento de su tiempo en tareas administrativas.
2. Potenciar la capacidad de autogestión del profesional.
3. Aumentar el tiempo de consulta. Un mínimo de diez minutos por enfermo. La media actual está en 5 minutos aproximadamente.
4. Reducción de cupos (1.500 TIS por médico de familia y 1.300 por pediatra). En la actualidad hay agendas con más de 2.000 pacientes por facultativo.
5. Retribuir adecuadamente las cargas de trabajo. El precio varía por comunidad, pero su importe suele ser irrisorio.
6. Aumentar el presupuesto asignado a primaria hasta alcanzar el 25 por ciento del gasto sanitario público, que ahora oscila entre el 10 y el 15 por ciento.
7. Implantar la receta multiprescripción. Andalucía lidera el desarrollo de la receta y de la historia clínica electrónica.
8. Integrar Medicina de Familia en el pregrado.
9. Adecuar el documento de incapacidad temporal al tiempo previsible de duración de cada paciente.
10. Incorporación del personal de enfermería a la realización de actividades para las que ya están capacitados como es la educación sobre automedicación y el seguimiento de anticoagulantes.

## **Diario Médico**