

Murcia, 15 de diciembre de 2005

En estos días se celebraba en Valencia el congreso anual de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria –SEMFyC-. Congreso que se celebra tan sólo una semana después de convocar una huelga de médicos de familia reivindicando 10 minutos por cada paciente y acto clínico y 25 consultas médicas diarias –actos clínicos-como máximo. Con esto quieren garantizar 2 visitas domiciliarias al día.

Desde la **Asociación de Enfermería Comunitaria -A.E.C.-** queremos hacer algunas reflexiones sobre la planificación sanitaria que se plantea desde el punto de vista expuesto.

1. El número de pacientes por profesional médico recomendado por la Organización Mundial de la Salud –OMS- no debe ser inferior a 1500. Esto es así para garantizar la pericia en el juicio clínico del paciente. O lo que es lo mismo minimizar los errores que se pueden producir al perder práctica clínica.
2. Es una cuestión matemática que 25 consultas diarias multiplicado por 210 días de trabajo anuales –sin descontar los días de congresos, formación y bajas por enfermedad o laborales- da un total de 5250 consultas al año. Para un cupo de 1500 pacientes resultan 3,5 consultas al año. La media en España es de 8 visitas al año. ¿Qué ocurrirá con las 4,5 restantes? ¿Atenderán diferentes profesionales a los mismos pacientes? ¿Está dispuesto el paciente a ser atendido por 2,3 médicos en la consulta de familia?
3. Otra cuestión matemática es que 25 consultas multiplicadas por 10 minutos da un total de 4,16 horas. El tiempo estipulado para las visitas domiciliarias oscila entre 20-25 minutos incluidos los traslados a los domicilios. Si sumamos este tiempo nos da un total variable entre 4,8 y 5 horas. El horario en el Sistema Nacional de Salud son 35h semanales con lo que faltarían para cumplir la jornada entre 10 y 12 horas semanales. O al menos no se especifica en que se van a usar.
4. Parece razonable que no todos los actos clínicos tengan la misma intensidad y duración. Por esto 10 minutos para extender una receta de un paciente crónico no parece razonable.
5. Es un hecho demostrado que el 30% de las pruebas realizadas a los pacientes no varían el juicio clínico. ¿Por qué se solicitan? ¿Por qué se hace a los pacientes acudir dos veces a consulta, una a pedir cita y una para realizarse la prueba, si se puede resolver en un solo acto? ¿Es falta de conocimiento?
6. En ocasiones, se le indica al paciente que acuda a consulta semana tras semana para recoger recetas que se pueden entregar en un solo acto. Con esto se consigue incrementar el número de consultas y limitar el desarrollo de programas de salud.

Sobre estas reflexiones nos gustaría hacer algunas aportaciones.

1. El número de pacientes por médico de familia no debe ser inferior a 1500, siguiendo las recomendaciones de la OMS y desde la AEC apoyamos este planteamiento.
2. Los pacientes son habitualmente conocidos por los médicos –los que acuden a consulta- y el control de las agendas suele hacerlo el profesional ¿no es posible programar para cada paciente el tiempo necesario en términos de coste-efectividad? ¿Es una cuestión de software? Las enfermeras lo hacemos y atendemos las consultas programadas y de

- demanda clínica con normalidad para el profesional y para el paciente. Desde la AEC se fomenta la aplicación de protocolos con evidencia científica contrastada y procedimientos coste-efectivos para la práctica clínica de las Enfermeras Comunitarias.
3. La complejidad de las patologías frecuentes de los pacientes están estudiadas y existen múltiples protocolos de actuación tanto de sociedades científicas como de instituciones. El uso de protocolos disminuye la variabilidad clínica, aumenta la efectividad de las intervenciones y disminuye la frecuencia de asistencia a consulta. Desde la AEC se potencia el uso de protocolos de actuación que permitan al paciente y a su familia mejorar su calidad de vida y la integración en la comunidad sea cual sea el problema del paciente.
 4. Es habitual que los médicos presenten en congresos y revistas científicas actividades y resultados de investigación que mejoran la asistencia en términos de coste-efectividad. ¡Aplicúenlos por favor! Ahorrarían al paciente desplazamientos y al sistema sanitario un dinero –que es de todos- para mejorar la sanidad. Las enfermeras de la AEC utilizan las investigaciones en salud para mejorar el coste-efectividad de las actuaciones clínicas.
 5. Se están desarrollando programas de receta electrónica y experiencias para que los pacientes que acuden a recoger recetas no tengan que acudir a la consulta médica para este fin. Por ejemplo que se recojan en el mostrador de cita previa ¡Utilícenlos por favor! No hagan al sistema sanitario y a los pacientes perder más tiempo y más dinero. La AEC promueve la utilización de sistemas de trabajo que agilicen los trámites administrativos.
 6. El modelo paternalista de asistencia sanitaria que subyace con el planteamiento de la SEMFyC favorece la dependencia del paciente respecto del médico. Este modelo limita la autonomía del paciente en lugar de potenciar actuaciones como la toma de decisiones compartidas, cuestión esta que está demandando la sociedad para dejar paso al conocimiento del propio problema de salud, las opciones terapéuticas, el uso de las herramientas que resultan efectivas y coste-efectivas para su caso, la opción a otra opinión y la elección al fin libre y voluntaria de su opción terapéutica. Las enfermeras de la AEC, hace tiempo que planifican los cuidados en conjunto con los pacientes y sus familias.
 7. Ética no es sólo no maleficencia. Ética es también beneficencia, autonomía y justicia. Sean justos con los pacientes, sean justos con sus planteamientos al sistema sanitario, sean justos con sus reivindicaciones. Trabajen por la autonomía del paciente dejen que el sistema sanitario tome decisiones basadas en evidencias científica de coste-efectividad y no en presiones políticas. No usen la beneficencia en beneficio propio.

Junta Directiva de la Asociación de Enfermería Comunitaria