

## Desburocratización de la consulta

Salvador Casado Buendía<sup>a,\*</sup> e Isabel Núñez Lozano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de familia. Centro de salud Soto del Real. Madrid. España.

<sup>b</sup>Médica de familia. Consultorio local El Álamo. Madrid. España.

\*Correo electrónico: salvador.casado@salud.madrid.org

### Puntos para una lectura rápida

- La carga burocrática es inherente a la práctica médica, una profesión altamente normalizada, y es causa de sufrimiento profesional.
- Los sistemas sanitarios usan la burocracia como mecanismo de control, lo que produce proletarización y desprofesionalización en los sanitarios.
- Para reducir la burocracia es fundamental evaluar, señalar ineficiencias, proponer mejoras y aprender a decir no.
- Ante una situación de sobrecarga, la ética y el profesionalismo nos dicen que la burocracia debe quedar en segundo plano. La prioridad siempre será la atención del paciente.
- Es fundamental la participación y el liderazgo de los profesionales sanitarios, junto a gestores e informáticos, en el diseño de la historia clínica electrónica, para orientarla más hacia la clínica y menos a la gestión.

**Palabras clave:** Burocracia • Historia clínica electrónica • Bioética • Gestión.

Uno de los factores que más malestar produce en los profesionales sanitarios es la carga de trabajo burocrático inherente al puesto de trabajo. Este hecho es compartido con profesionales de otros países o de modelos sanitarios diferentes<sup>1</sup>, y en no pocos casos es uno de los factores principales de *burnout* profesional. Desburocratizar una consulta de atención primaria es un oxímoron. Es más realista proponer como objetivo principal optimizar la burocracia y como secundarios aprender a filtrarla, priorizarla, derivarla y minimizarla. Para esto se requiere una permanente actitud crítica y evaluativa para dejar de hacer lo innecesario y hacer mejor lo fundamental<sup>2</sup>.

La Real Academia de la Lengua define burocracia como “organización regulada por normas que establecen un orden racional para distribuir y organizar los asuntos que le son propios” (primera acepción). El problema estriba en que cuando no hay suficiente racionalidad acabamos con una “administración ineficiente a causa del papeleo, la rigidez y las formalidades superfluas” (cuarta acepción). Y es precisamente esto lo que irrita sobremedida a los sanitarios, que se sienten maltratados y menospreciados cuando han de acometer tareas que consumen tiempo y energía en un entorno sobrecargado que no tolera bien los dislates.

No conocemos con precisión la carga de trabajo que la burocracia implica para los diferentes profesionales sanitarios. Existen estimaciones (sobre un 30%)<sup>3</sup>, pero dada la variación entre organizaciones e individuos no es fácil de cuantificar. Tampoco hay un excesivo interés por parte de los sistemas sanitarios en evaluar este tema, que suele terminar emponzoñando las tertulias de café de los que lo padecen. En nuestro medio parece claro que los profesionales de atención primaria soportan más carga burocrática que los hospitalarios, y dentro de los primeros, las consultas de medicina de familia más que las de enfermería.

Para desburocratizar se han hecho durante años ímprobos esfuerzos por profesionales aislados, grupos y sociedades científicas que han realizado propuestas en formato de artículo<sup>4</sup>, folleto (tabla 1)<sup>5</sup> guías<sup>6</sup>, blogs<sup>7</sup> y redes sociales<sup>8</sup>. Si bien algunas cuestiones han sido atendidas, quedan otras muchas por mejorar, incluida la línea principal que probablemente sea favorecer la comunicación entre gestores, políticos y profesionales asistenciales.

La fundamentación teórica de los sistemas burocráticos se basa en normas que buscan crear un orden. Para mantener dicho orden se requiere un aparato de control. Por poner un ejemplo, en la plantilla orgánica de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud existen en 2019: 9.842 profe-

**TABLA 1. Diez actividades burocráticas para no hacer en atención primaria (adaptado de semFYC)**

1. No emitir justificantes médicos a *posteriori* para disculpar la ausencia de un usuario a algún compromiso.
2. No emitir justificantes de ausencia de los menores al colegio o instituto.
3. No emitir certificados médicos de aptitud requeridos para obtener permisos de uso de armas o de conducir, carnets para prácticas deportivas o reconocimientos para acceder a pruebas selectivas (policía, bombero, etc.).
4. No hacer certificados específicos para guarderías, enseñanza obligatoria, enseñanza de adultos, estudios en el extranjero, balnearios, gimnasios, actividades deportivas municipales, ni para minusvalías, ayuda domiciliaria o ingreso en residencias sociosanitarias.
5. No cumplimentar ninguna derivación, solicitud de prueba complementaria o técnica, petición de traslado en ambulancia, ni solicitud de revisión en el mismo servicio instada por un profesional de atención hospitalaria o de urgencias, ni una nueva interconsulta en pacientes que solicitan un cambio de especialista hospitalario o una segunda opinión.
6. No hacer continuación de tratamientos prescritos por atención hospitalaria que no se consideran adecuados por el médico de familia.
7. No entregar el documento de consentimiento informado para pruebas solicitadas o realizadas por otros profesionales.
8. No emitir recetas para vacunas incluidas dentro del calendario o de la campaña de vacunación para pacientes contemplados por el programa.
9. No facilitar datos clínicos a los familiares ni padres o tutores de pacientes mayores de 14 años, salvo que esté motivado por el interés del menor o para el cumplimiento de la patria potestad.
10. No realizar reconocimientos forzosos a instancia de la policía, salvo orden judicial, en el caso de atención a pacientes detenidos. Siempre debe mediar el consentimiento del paciente.

sionales sanitarios, 3.336 profesionales administrativos y de servicios y 1.054 directivos y alta gestión<sup>9</sup>. Prácticamente un controlador por cada tres sanitarios. Esto explica que los procedimientos burocráticos, la historia clínica electrónica y los sistemas de información se diseñen en primera instancia para facilitar en lo posible las tareas de gestión.

## Bioética y burocracia

Para un primer acercamiento al tema me gustaría ayudarme del punto de vista de la bioética para analizar qué valores están en juego. Partiremos de los principios de Beauchamp y Childress aplicados al tema. Podemos considerar que la burocracia desmedida es un ataque al principio de autonomía<sup>10</sup> del médico por lo que tiene de control y desprofesionalización del mismo. A más burocracia menos autonomía y viceversa, lo que nos permite calibrar de un modo sencillo el grado de confianza del sistema sanitario en sus profesionales. Por otra parte, las profesiones sanitarias han sido históricamente liberales por el componente de complejidad, alta regulación y responsabilidad que implica su ejercicio. Al ser asimiladas por sistemas sanitarios de diseño industrial, ha sido inevitable someterlas a un proceso de progresiva proletarización y precarización, más intensa quizá en nuestro medio que en otros países vecinos. Una mayor burocratización, junto a una menor remuneración y peor trato en las condiciones de trabajo, son causas que explican el aumento de la emigración y huida de profesionales a otros ámbitos.

Es de esperar que la sanidad trate de regirse por el principio de no maleficencia y que para ello genere actividades burocráticas de control. El problema aparece cuando por exceso de dichas actividades se disminuye el tiempo y la calidad de atención al paciente siguiendo una siniestra ley de

cuidados inversos burocráticos según la cual el profesional dedicaría un exceso de su atención a temas que no lo deberían ocupar.

El principio de beneficencia burocrático ha hecho mucho daño tanto a profesionales como a la institución. Al tratar de buscar el bien del paciente hemos caído en una espiral de buenismo sanitario que concedía cualquier tipo de certificado, informe, justificante que se solicitara. Para un profesional es difícil negarse a una petición de su paciente, dado que hacerlo puede erosionar la preciada relación asistencial con el mismo. Esto ha favorecido un nivel de complacencia burocrática durante años que ahora no es fácil de cambiar.

Finalmente, el principio de justicia trata de aplicar una atención distribuida a todos por igual; pero como hemos visto, la burocracia lo cercena si no está debidamente calibrada. Una elevada carga burocrática aplicada a pacientes determinados es un factor que disminuye la atención del médico en los problemas o asuntos que preocupan verdaderamente al paciente: su salud.

## Burocracia y tecnología

Si hemos de ser fieles a la verdad tendremos que reconocer que a lo largo de los últimos veinte años la burocracia sanitaria ha experimentado grandes mejoras. De un modelo basado en el papel hemos pasado a otro informatizado. De las historias clínicas en carpetas y las recetas, partes de baja y de interconsulta escritos a mano, con su correspondiente sello y firma, hemos pasado a la historia clínica electrónica con su módulo de prescripción digital y su conexión en red. No hay duda de que estos cambios han optimizado la gestión del tiempo y han reducido la carga burocrática de la consulta. Ahora bien, la tecnología puede ser una gran ayu-

da, pero no es la solución definitiva. Sigue habiendo procesos burocráticos digitalizados que directamente deberían haber sido omitidos<sup>11</sup> y otros muchos que precisan adaptaciones o mejoras.

El principal problema que presentan los sistemas de registro e información surge de su diseño entre gestores e informáticos: son sistemas orientados principalmente a la gestión y no a la clínica. La no inclusión de profesionales sanitarios en su desarrollo o la omisión de sus propuestas ha hecho que los diferentes sistemas actuales estén cortados por un mismo patrón que obliga a hacer infinitos clics en casilleros de protocolos, programas y demás herramientas orientadas a controlar el gasto farmacéutico o rellenar los indicadores del contrato programa y la cartera de servicios.

## Problemas de burocracia primaria

Me gustaría sistematizar de forma sencilla el tema dividiendo arbitrariamente los procedimientos burocráticos en primarios (entre los que incluiremos recetas, informes, partes de interconsulta, pruebas diagnósticas y demás), y secundarios que incluirían los registros en el núcleo de la historia clínica (anamnesis, exploración, protocolos).

La bibliografía existente tiende a cubrir y opinar más de los primeros que de los segundos, pero veremos que quizá haya que poner más atención en estos últimos por lo que implican a la hora de modificar, orientar y dirigir la atención y la conducta del profesional.

En cuanto a burocracia primaria, el módulo de prescripción sigue siendo el más utilizado a nivel cuantitativo. La gran mayoría de los pacientes consumen algún medicamento que precisa receta, más si cabe tras las últimas reglamentaciones legales. Sería deseable que a medio plazo todos los médicos asistenciales públicos de cualquier nivel pudieran acceder a dicho módulo, incluidos médicos residentes, hospitales, centros de salud, servicios de urgencia, servicios de atención a domicilio, unidades de cuidados paliativos y demás. También sería aconsejable que prevaleciera el criterio de conciliación de medicación, cuya responsabilidad debería recaer en el médico de familia del paciente para mejorar la seguridad y evitar posibles errores y problemas derivados de no conocer a fondo el caso. La trazabilidad de este sistema implica que la responsabilidad de cada prescripción recaer en el prescriptor, evitando el uso inapropiado de la firma del médico de familia como ocurría previamente.

Si bien el módulo de prescripción es por fin una herramienta que favorece la coordinación y el trabajo en equipo entre niveles asistenciales, seguimos limitados en cuanto al resto de los datos clínicos que en algunos casos son visibles parcialmente usando algún tipo de visor informático y en otros siguen inaccesibles.

La coordinación de este módulo con las unidades de farmacia y los pacientes sigue siendo muy mejorable, dado que hoy día los desajustes entre la medicación pautada y la recogida en farmacia han de ser solucionados con receta en papel de forma supernumeraria, lo que sigue provocando consultas redundantes diarias que podrían fácilmente ser omitidas de manera sencilla si hubiera voluntad para permitir que el sistema pudiera detectar el problema y subsanarlo.

Por otro lado, sigue siendo requisito imprescindible presentar la tarjeta sanitaria en farmacia para recoger la medicación y son frecuentes los errores de banda magnética o las pérdidas de esta que obligan a prescribir en papel. De nuevo sería posible permitir que con identificarse en la farmacia con un documento legal (DNI, pasaporte, carnet de conducir, etc.) el sistema permitiese al ciudadano retirar su medicación correspondiente. Esto también facilitaría mucho las cosas con los transeúntes entre comunidades autónomas.

El módulo de Incapacidad Laboral Transitoria también ha experimentado cambios notorios desde su anterior diseño en papel con partes semanales. Los módulos electrónicos actuales remedian el anterior sistema adaptando los controles en función de la duración prevista del proceso. Aporta un pequeño grado de flexibilidad al sistema anterior y posibilita la comunicación electrónica entre la inspección médica que controla las bajas y los facultativos. Aun así, siguen existiendo frecuentes situaciones complejas que requieren la intervención de los inspectores. De nuevo nos enfrentamos a la dinámica de control del sistema.

Sigue siendo sangrante que tanto los partes de incapacidad transitoria como las recetas de pacientes de ISFAS y MUFACE siguen siendo en papel, lo que pone de manifiesto otra incongruencia más de nuestro sistema.

En cuando a los partes de interconsulta seguimos sin conseguir que la respuesta del médico hospitalario se vuelque directamente en la historia clínica electrónica del paciente y sea necesario recurrir a este como correo que aporte el informe en papel o el uso de visores que no siempre funcionan.

A la hora de emitir informes es fundamental que existan directivas institucionales claras con la correspondiente difusión a la ciudadanía de qué conceptos están incluidos en cartera de servicios y cuáles no. Cuantas menos ambigüedades y más claridad, mejor para todos.

## Problemas de burocracia secundaria

El manejo de la historia clínica electrónica nos exige fidelidad y calidad en los registros. Si no están bien diseñadas, será frecuente la omisión de información tanto en texto libre como la obtenida en casillas. El infrarregistro solo podrá ser mejorado si la usabilidad de la interfaz del programa informático ayuda y facilita al clínico su desempeño. Por otra

parte, cada vez es más necesario mejorar la formación continuada en el uso de diferentes herramientas informáticas a usar en la consulta por el aumento de su complejidad.

Actualmente hay a nivel internacional dos líneas de investigación en este sentido, una basada en la extracción de datos del texto libre y su análisis con algoritmos de *big data*, y otra en la mejora de interfaces que permita convertir la conversación o el sonido de la voz en texto.

Uno de los objetivos principales sigue siendo automatizar todo lo automatizable y otro aportar algoritmos que personalicen alarmas, avisos, interacciones, revisiones necesarias, comprobaciones, etcétera.

El diseño de la HCE tiene poder para dirigir y orientar el curso del encuentro clínico. Por eso es fundamental que en el mismo se tengan en cuenta y se prioricen la seguridad del paciente, una anamnesis y exploración de calidad y se ayude al profesional en los procesos diagnósticos y terapéuticos. Entre otros factores, este sistema suele implicar que el profesional dedique más tiempo de atención a la pantalla que al propio paciente.

Otro tema reseñable es el manejo de la comunicación institucional mediante correo electrónico, páginas web oficiales y otras herramientas cuyo uso ocupan un tiempo cada vez mayor del profesional, pero ese es otro tema.

### ¿Cómo mejorar la burocracia?

Pese a compartir el mismo marco burocrático, cada centro de salud y cada consulta tiene características poblacionales diversas que junto al tipo de gestión asistencial que haga el profesional hacen que sea necesario en primera instancia crear una cultura de mejora continua basada en la evaluación, señalamiento de ineficiencias, propuesta de mejoras y en la asertividad (tabla 2).

La evaluación debe servir tanto para señalar ineficiencias como para proponer mejoras acometibles por el propio pro-

**TABLA 2. ¿Cómo mejorar la burocracia?**

1. **Evaluar.** Autoevaluación, evaluación en el equipo de atención primaria y a nivel institucional.
2. **Señalar ineficiencias.** Comunicarlas por escrito a los responsables.
3. **Proponer mejoras.** Comunicarlas y participar, formal e informalmente, en el diseño y mejora de los sistemas.
4. **Aprender a decir no.** Fundamentar ante pacientes e instituciones la negación de los procesos burocráticos inadecuados.

fesional, su equipo de atención primaria, su gerencia correspondiente o a nivel de la consejería de salud.

Repasar una lista de medidas como la confeccionada por un grupo del Servicio Andaluz de Salud (tabla 3)<sup>12</sup> puede servir para mejorar los circuitos de justificantes de asistencia del centro o dejar de hacer certificados inadecuados para pacientes pediátricos.

Es fundamental señalar ineficiencias y remitirlas por correo postal o electrónico a los responsables correspondientes, director del equipo de atención primaria, responsable de coordinación asistencial, gerencia de área y consejería. Para ellos es necesario tener datos cuantificables a la hora de proponer mejoras. Remitir todo informe de paciente que acuda al centro de salud reclamando las recetas que les han prescrito en el informe, pero no les han facilitado, es básico para terminar cambiando esta conducta.

Otra faceta importante es la de proponer mejoras. Si por ejemplo las historias clínicas no facilitan el cerrar episodios, lo que las termina convirtiendo en una montaña de información desordenada, ha de señalarse para conocimiento de los responsables. Si es posible reducir el número de casillas informáticas a pulsar para realizar un proceso, también. Dado que el señalamiento puntual no suele mover molino, sería aconsejable que las propuestas fueran masivas para conseguir resultados.

**TABLA 3. Documento de desburocratización (Servicio Andaluz de Salud, 2019)**

¿Qué se solicita?	¿A quién debe solicitarse?
Los médicos de Atención Primaria solo están autorizados a hacer informes de salud o por imperativo legal, pero <b>no están obligados a realizar ninguno de los siguientes documentos</b> , ya que se escapan de su mapa competencial y de su actual cartera de servicios:	
Peritajes	Especialista en Medicina del Trabajo
Evaluaciones de aptitud, capacidad o riesgos laborales	Servicio médico de la empresa o centro de reconocimiento habilitado
Evaluaciones de aptitud, capacidad o riesgos para actividades deportivas	Servicio médico deportivo de la federación
Evaluaciones de aptitud, capacidad o riesgos para actividades recreativas	Permiso de armas: Ministerio del Interior Carnet de conducir: centro de reconocimiento de conductores autorizado
Justificantes escolares	Padres o tutores legales del menor
Informes de "Fe de vida"	Juez de Paz si no está incapacitado legalmente, persona autorizada en caso de incapacitación, Poder Notarial o nombrar un autorizado en cuenta (bancos)
Justificantes de asistencia (incluido "Informes para el paro")	No hay obligación de hacerlos. Usar ticket de solicitud de consulta sellado por Admisión tras confirmar asistencia

(Continúa)

**TABLA 3. Documento de desburocratización (Servicio Andaluz de Salud, 2019) (cont.)**

¿Qué se solicita?	¿A quién debe solicitarse?
Los médicos de Atención Primaria solo están obligados a solicitar/evaluar las pruebas complementarias y/o derivaciones que estimen necesarias según su criterio clínico, pero <b>no están obligados a realizar ninguno de los siguientes documentos y/o procedimientos:</b>	
Solicitud de analítica/Prueba hospitalaria	Especialista hospitalario
Resultados de analítica/Prueba hospitalaria	Especialista hospitalario
Cita de revisión/IC hospitalaria/Pérdida de cita	Especialista hospitalario/Cita previa
Derivación a Consultas Externas desde Urgencias	Servicio de Urgencias Hospital/Cita previa
Volante de transporte de domicilio a hospital	Especialista hospitalario/Cita previa
Receta hasta próxima revisión en Consultas Externas	Especialista hospitalario
¿Qué se solicita?	Solicítelo a través de Admisión para que se lo haga
Estos son los <b>circuitos administrativos</b> vigentes en el centro de salud para solicitar un informe autorizado:	
Informe de salud	Médico de familia
Informe de dependencia	Enfermero de familia (Incluye teleasistencia y residencias)
Informe sociosanitario	Trabajador social
Renovación de baja laboral	Médico de familia si así se lo indica en el último parte
Renovación de recetas	Médico de familia/Enfermero de familia
¿Qué se solicita?	Solicítelo a través de Admisión para que le llame
Estos son los <b>circuitos telefónicos</b> vigentes en el centro de salud:	
Revisión/Resultados de pruebas	Médico de familia/Enfermero de familia
Visita domiciliaria	Médico de familia/Enfermero de familia

Finalmente, es necesario recordar que un uso prudente de la asertividad es adecuado y éticamente preciso cuando así lo considere el buen hacer del profesional. Decir que no a pacientes y administración seguramente no sea fácil, pero va siendo hora de que los profesionales de la salud aprendamos a hacerlo, máxime cuando hay razones de peso que lo respaldan.

En situaciones de sobrecarga es responsabilidad del profesional priorizar las acciones cuando no haya tiempo material para hacer todo lo que se suponga hay que hacer. La burocracia en estos casos debe pasar a un segundo plano y no se puede exigir al profesional rellenar protocolos o emitir certificados de dudosa indicación cuando no sea posible.

## Conclusiones

El trabajo burocrático o administrativo que asumen actualmente los médicos de familia españoles está sobredimensionado por mal diseño institucional de los circuitos y sistemas, presión social y por una atávica herencia de buenismo sanitario que tiende a conceder al paciente todo lo que pide. Es fundamental repasar lo que un sinnúmero de profesionales de a pie y diferentes grupos de trabajo han ido proponiendo en los últimos años. Está casi todo dicho ya, el reto radica en implementarlo para conseguir un cambio progresivo de la mentalidad y los circuitos institucionales,

sociales y personales de cada profesional. Trasladar estas mejoras a la ciudadanía es fundamental para que se corrijan ciertos procesos.

Consideramos básico que se incluyan profesionales asistenciales en los grupos de trabajo para la mejora de la historia clínica electrónica y los sistemas de información correspondientes para poder trabajar mano a mano con ingenieros informáticos y gestores. Será también necesario crear una cultura de mejora continua generalizada en la que los profesionales puedan evaluar, señalar ineficiencias y proponer mejoras junto a gestores e informáticos que las atiendan e implementen. Si solo unos pocos lo hacen no se generará cambio al ritmo adecuado.

La sociedad del conocimiento que formamos nos proporciona potentes herramientas que han de mejorarse para que no queden obsoletas. Trabajar para seguir disminuyendo y optimizando la burocracia debería ser una tarea prioritaria para todos.

## Errores a evitar

- Mantener una conducta pasiva de queja en lugar de una proactiva basada en la evaluación, señalamiento de ineficiencias, propuesta de mejoras y en la asertividad.
- Pensar que la burocracia es inamovible e imposible de mejorar.

- Desconocer los cursos de acción óptimos que en cada momento minimicen la carga burocrática.
- Desentenderse del mantenimiento y mejora de la historia clínica electrónica por considerarla una herramienta institucional en lugar de la base de la relación asistencial y de la clínica.

## Bibliografía

1. Arndt BG, Beasley JW, Walkinso MD, Temete JL, Tuan WJ, Sinsky CA, et al. Tethered to the EHR: primary care physician workload assessment using EHR event log data and time-motion observations. *Ann Fam Med*. 2017;15:419-26.
2. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Aten Primaria*. 1998;21:489-93.
3. 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;35:82-8.
4. Baroja P. Lo que no hay que hacer para desburocratizar la atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:273-4.
5. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, et al. 10 actividades burocráticas para NO hacer en semFYC [AP. en línea] [consultado el 19 de septiembre de 2018]. Disponible en <http://e-documentossemfyc.es/10-actividades-burocraticas-para-no-hacer-en-atencion-primaria>, 10
6. Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària-semFYC. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria [acceso 19 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/04/2008.-DOCU-25-DESBURUOCRATIZACION.pdf>
7. Bravo R. Blog Primum non nocere, etiqueta Burocracia [acceso 19 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://rafabravo.blog/category/burocracia-2/>
8. Grupo antiburocracia de Madrid. [Acceso 19 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.elgipi.es/gab/gab-madrid.htm>
9. Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad. Plantilla orgánica del personal estatutario de Atención Primaria [acceso 19 de octubre de 2019]. Disponible en: [http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-plantillas\\_organicas-estatutarios-at.\\_primaria.pdf](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-plantillas_organicas-estatutarios-at._primaria.pdf)
10. Harrison S, Dowstell G. Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say. *Sociology of Health & Illness*. 2002;24:208-26.
11. Gómez JL. La burocracia en Atención Primaria: una tontería electrónica no deja de ser una tontería. *FMC*. 2010;17:400-4.
12. Distrito Huelva Costa y Dorado Campiña, Servicio Andaluz de Salud. Desburocratización en Atención Primaria. [Acceso 19 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://medicinagaditana.es/wp-content/uploads/2019/07/Desburocratizacion-002.pdf>