

De copiloto a conductor: unas reflexiones para la atención primaria catalana.

Somos sistemas de salud muy similares, idénticos en algunos aspectos. Como sistemas nacionales de salud que somos, financiados mediante impuestos y cobertura universal con un coste para el paciente en el punto de atención de cero. Poseemos unos atributos propios que se rigen por las mismas características como la orientación socio familiar, continuidad asistencial -entendida como coordinación entre diferentes niveles asistenciales-, longitudinalidad, realización de actividades preventivas que se asocian con mejoras en el nivel de salud, una mayor satisfacción del usuario y un menor coste sanitario, a igual patología, que el segundo nivel asistencial. Los más de 50 años de experiencia del National Health Service (NHS) lo convierten en la base empírica para la transformación de sistemas nacionales de salud de Europa.

Similitudes

A nivel macro, la separación de funciones (financiación y provisión), y la diversificación de proveedores con la consiguiente pérdida de monopolio son hechos característicos de la gestión del modelo catalán. Esta separación también es un hecho diferencial del NHS, con una diferencia bastante importante, en el Reino Unido se hizo con una auténtica puerta de entrada, con los fundholders como máxima expresión de detentación de presupuestos en la era de los noventa y actualmente con los primary care trusts, con responsabilidad de compra y con capacidad para gestionar flujos económicos a otros niveles asistenciales.

A nivel meso , una estructura muy similar al Servicio Catalán de Salud transferido , con unas 10 Strategic Health Authorities (SHAs) que correspondería a las 7 Regiones Sanitarias catalanas, con unos objetivos comunes: Planificación, compra, atención al ciudadano y control de gestión. Cada SHA se responsabiliza de supervisar los NHS trusts de su área de influencia, lo mismo pasa con las RS responsables de los recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada para atender las necesidades de la población. La estrecha colaboración de los Trust de atención primaria con las autoridades locales, servicios sociales y población equivaldría a los

recientemente creados Gobiernos Territoriales de Salud catalanes, siendo ambos unas políticas de acercamiento y participación que contribuyen a la adecuación de la oferta territorial de servicios y al aumento de su calidad.

A nivel micro, y probablemente con estrategias de benchmarking del modelo británico, hemos implantado un modelo de calidad de prestación y de indicadores clínicos denominados aquí Dirección Por Objetivos (DPO) que son el equivalente, por no decir idéntico, a los Quality Assessment Framework (QAF). Estas estrategias de calidad son a su vez parte de la remuneración los profesionales del equipo, incentivando así el uso de guías de práctica clínica, disminuyendo la variabilidad en la prescripción farmacéutica, mejorando la gestión de la atención al usuario.

Contrastes en la gestión

La separación de financiación y provisión en Cataluña se hizo con miedo a generar competencia en un tema tan delicado como la salud y en ningún momento se facilitó la responsabilidad y capacidad financiera al primer nivel asistencial tal y como hizo el fundholding.

Poco que decir respecto a sueldo y parte variable .La descentralización y creación de empresas privadas con introducción del ánimo de lucro, con propiedad de los propios médicos y asunción de un determinado riesgo por parte de los mismos profesionales británicos favorece la introducción de substanciales incentivos económicos. Este modelo fue posteriormente adoptado en Cataluña bajo la fórmula jurídica de las EBA.

Una recomposición de la oferta de profesionales asumiendo sustituibilidad entre ellos es uno de los elementos pendientes de la agenda sanitaria. La mejora de eficiencia del médico no consiste en ver más enfermos sino en invertir su tiempo en aquellos pacientes que pueden obtener un beneficio de esa intervención, manteniendo siempre la equidad. Una enfermería británica menos fragmentada permitiría más discrecionalidad de combinación de recursos. Una mayor influencia del médico en la carga de trabajo de la enfermería catalana junto a una mejor gestión de la demanda supondría una mejora de esa eficiencia médica. En cuanto al rol de enfermería, se observa una reducción del número de estos profesionales en los centros de salud británicos, en unos tiempos en los que la enfermería puede dar respuesta al aumento desbocado de la demanda asistencial, y más concretamente de la asistencia espontánea y de urgencias por problemas menores sin dejar de atender otras tareas.

También es cierto que se han recolocado en otras posiciones como los walk-in centres o el cribado telefónico de pacientes.

Todavía queda mucho camino por recorrer si queremos que nuestra atención primaria sea el conductor que dirija la sanidad con una función de gatekeeper tal y como se concibe en la sanidad británica. Aunque legislativamente ya se contempla la posibilidad del Servei Català de la Salut establezca contratos para la gestión de centros, servicios con entidades constituidas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios (Ley de modificación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, LOSE, de 1995), los esfuerzos para implementarla han sido muy tímidos, con mínima innovación de formas jurídicas (EBA, Consorcios), ya sea por motivos políticos, (desaparición del fundholding y freno a la autogestión con la entrada del partido laborista y tripartito catalán respectivamente) como por escasa atención prestada de unos profesionales cómodamente asentados en el status quo del sistema estatutario. La anunciada autonomía de gestión por parte de los proveedores de atención primaria del ICS - no confundir con la responsabilidad jurídica y económica de la autogestión - sigue siendo una apuesta por el centralismo Hospitalario. Existe la percepción, no de ahora, de los GP como auténticos gestores de la puerta de entrada al nivel secundario y terciario en el NHS que, junto con la reciente creación de los Primary Care Trust los convierte en auténticos compradores de atención secundaria y terciaria plenamente informados. Nuestra atención primaria, todavía joven y descendiente de un modelo de seguridad social no muy lejano, adolece de esa falta de experiencia británica a lo que también hay que añadir la posición de poder de la patronal hospitalaria catalana.

A esto se suman cuestiones de prestigio, reconocimiento social y mejores oportunidades para obtener rentas adicionales de otras especialidades médicas frente a la especialidad de medicina de familia que en nada ayudan a que el sistema nacional de salud español pivote en la puerta de entrada. Las vacantes MIR no cubiertas de medicina de familia en los últimos años, con una gran mayoría de plazas asignadas a partir del puesto 4.000 traducen la "cotización" de algunas especialidades médicas sobre otras en detrimento de la atención primaria. Y parte de culpa también la comparte la universidad y sus facultades de medicina con un sistema docente y de prácticas durante la licenciatura mayoritariamente hospitalario y escaso en cuanto a las rotaciones por los centros de salud. La empatía con el paciente, el trabajo en equipo, la importancia de los factores biopsicosociales a la hora de enfermar, la creación de departamentos de medicina familiar y comunitaria en las facultades de medicina, tal y como ya acontece en el Reino Unido, son algunas de las medidas a

aplicar. La universidad, concebida como servicio público, tiene la importante misión de instruir a los futuros profesionales para dar respuesta a las nuevas necesidades sociales.

El enfoque hacia la alta tecnología, la patología aguda y la hospitalización no deja ver la “transición epidemiológica” que se está traduciendo en una mayor prevalencia de patología crónica y que requiere un giro de 180 grados hacia la atención primaria, con la consiguiente merma de poder del nivel secundario y terciario.

¿Una solución global? Una nueva redistribución de la oferta de plazas MIR y una apuesta por el médico de atención primaria de los gestores, planificadores y políticos tanto del sector sanitario como del mundo universitario como ya es patente en otros países de nuestro entorno, pero sobre todo, una buena Atención Primaria que como la británica se crea poder liderar la asistencia sanitaria del país.