

Memoria Spandoc

Estancia 4-17 octubre 2009

Para muchos profesionales, sociedades científicas y público en general, el modelo actual de Atención Primaria (AP) español, a pesar de sus grandes logros y reconocimiento, está estancado y necesita iniciar reformas que le permitan mantener su calidad; sin embargo, hay mucho debate sobre cuál puede ser el camino que ayude a dicha evolución conservando su esencia de universalidad en la cobertura y longitudinalidad en la atención.

Para encontrar la solución es importante que participen todos los componentes del sistema: los ciudadanos, los profesionales y los gestores. Sólo formando una masa crítica en cada estamento, con conocimientos y actitud de diálogo en el debate, podremos encontrar la mejor solución.

En esta situación, muchos miramos al Sistema Nacional de Salud británico (NHS) como el modelo europeo que mayor similitud presenta con el nuestro y que sólo hace una década ha emprendido una gran reforma de su sistema con aparente buenos resultados.

De ahí que proyectos de intercambio entre profesionales de AP españoles con británicos, como el propuesto por *Spandoc*, sean una excelente oportunidad para conocer sobre el terreno las ventajas y desventajas de cada sistema y poder proponer ideas que, aunque parezcan inaplicables de momento, puedan ser el germen de cambios favorables para nuestro sistema sanitario.

En esta Memoria comento mi experiencia en un centro de salud británico y mis propuestas sobre cómo podríamos hacerlo mejor en nuestro centro de salud en España.

El Centro de Salud en Londres

En primer lugar, mencionaré que el NHS es un sistema sanitario ejemplar en el mundo basado en la cobertura universal gratuita para toda la población, financiada por los impuestos y basada en la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema.

La Atención Primaria está gestionada por nuevos organismos llamados *Primary Care Trusts (PCT)*, que gestionan el 75% del presupuesto del NHS. Son los encargados de gestionar los servicios sanitarios a nivel local (centros de salud, hospitales, NHS walking-centres, servicios psiquiátricos, urgencias, etc.) a los que realiza un pago capitativo y/o por actividad, les exige cumplir con un estándar de servicios y a quienes audita anualmente.

La mayoría de los centros de salud (*GP Practices*) son pequeñas empresas independientes proveedoras de servicios de salud desarrolladas en un modelo propio pero adecuadas tanto a las necesidades de los pacientes como a los

compromisos contraídos con el PCT. De esa manera, hay una diversidad de formas de trabajar de las GP Practices y una elevada flexibilidad para la innovación.

Las *GP Practices* están conformadas, en cuanto a recursos humanos, por personal sanitario (médicos y enfermeras) y administrativos; a lo que hay que añadir un cargo, el del *Practice Manager*, quien es la persona responsable de la contabilidad, de manejar los contratos con el PCT, de organizar los horarios y la carga de trabajo de todo el personal, etc.

La consulta médica (*surgery*) está organizada en bloques horarios (*sessions*) de una duración aproximada de 4 horas, con bloques de mañana y de tarde. Un médico puede optar a hacer un número determinado de bloques, permitiendo tener algún horario libre en las mañanas o tardes. El número de pacientes atendidos oscila entre 15 a 18 por bloque.

El tiempo de consulta por paciente es de un mínimo de 10 minutos. Esta duración permite al médico realizar una entrevista con menor presión de tiempo, con más calma para tomar decisiones y que, a la vez, sea más abierta y participativa por parte del paciente. El *GP* utiliza más la palabra como recurso terapéutico que el tratamiento farmacológico sintomático.

El paciente puede citarse con cualquier GP y no siempre existe una adhesión real a un GP concreto, con lo que en muchas ocasiones no existe una relación personal entre paciente y GP y éstos no se conocen bien mutuamente.

Los motivos de consulta suelen ser más clínicos, dado que han simplificado la burocracia en cuanto a forma (no hacen recetas para cada fármaco, mes a mes; ni partes de baja semanales, etc.) y organización (existen circuitos bien formalizados para esos motivos de consulta en donde los administrativos están muy implicados en descargar los asuntos burocráticos de la consulta del médico/enfermera). Se potencia la consulta telefónica para los resultados analíticos o de pruebas normales o negativas, con la participación del personal administrativo, para que el paciente no acuda para recoger resultados normales. Se busca proteger de la saturación la consulta médica. Las agendas médicas y de enfermería están distribuidas de tal manera que una parte pueda ser concertada con varios días de antelación, pero algo más de la mitad pueda ser concertada para el mismo día.

La consulta de enfermería también está repartida en bloques horarios, similar al de los médicos, y atienden consultas a demanda y programadas. Existen diferentes categorías de enfermeras, según su formación profesional post-graduada; así tenemos: la *Practice Nurse*, que es la enfermera general y sin una formación extraordinaria, que realiza atención de enfermería y, además, atiende una consulta de demanda en la que puede atender patología menor como casos dermatológicos, infecciones respiratorias altas, etc. La *Nurse Practitioner*, es una enfermera especializada una determinada patología crónica, por ejemplo, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias o cardíacas crónicas, etc. con gran pericia clínica y resolutivez puesto que tienen licencia para realizar prescripción. Suelen atender consulta a demanda y programada.

De esta manera, la puerta de entrada al sistema y la atención longitudinal del paciente están bien repartidas entre médicos y enfermeras. En muchas ocasiones, los *GP* prefieren derivar a pacientes con patología crónica para que sean manejadas casi completamente por las enfermeras especializadas.

El personal administrativo es amplio y la mayoría se concentra en la atención telefónica, tanto de las citas como en la información de resultados. Existe una buena implicación en apoyar a médicos/enfermeras en descargar la consulta del trabajo burocrático. Participan en circuitos de entrega de recetas de crónicos, manejo de correspondencia con los especialistas, escaneo y registro de información que llega al Centro; para ello tienen acceso a la historia clínica y nadie duda de su deber de confidencialidad. Si un paciente falla varias veces a una cita le dan avisos de amonestación y puede ser llegado a ser dado de baja en el centro.

Todos los estamentos son evaluados periódicamente, tanto a nivel interno como externo. El *PCT* evalúa con un sistema similar (*appraisals*) a médicos y enfermeras, y también al *Practice Manager*. Los administrativos son evaluados a nivel interno por el *Practice Manager*.

Además, existen otros proveedores de atención sanitaria a nivel de la comunidad, paralelos a los *GP practices*, que son las *District Nurses* en sus distintas disciplinas (*district nurses, elderly nurses, health practitioners*), bajo la dirección directa del *PCT*, que realizan atención sanitaria a grupos específicos que potencialmente demandaran una mayor atención. Desempeñan una gran labor y descargan trabajo a las *GP Practices*.

Cada *GP Practice* tiene libertad para organizarse a su manera y en ello incluye el circuito de coordinación con los otros proveedores. Existe el riesgo de que una *Practice* no esté bien coordinada con las *District Nurses* (a diferencia del buen circuito, por correo, con los especialistas), con lo que se produciría una deficiente comunicación de los casos, con la consiguiente disgregación y falta de continuidad en el cuidado del paciente.

Además de las *District Nurses*, existen más profesionales que apoyan en la atención comunitaria y permiten al *GP* que, una vez identificado un problema por lo general de contexto social o de tipo prevención o de promoción de la salud, pueda derivar a los pacientes para realizarse una intervención dentro de la propia comunidad. Estos son, por ejemplo, los psicólogos (*Counsellors*), las clínicas permanentes de deshabituación tabáquica, de alcohol, de promoción de la lactancia, etc.). Estas Unidades permiten una atención integral al paciente sin sobrecargar la labor del médico y enfermeras en el Centro de salud.

Propuestas de medidas para la AP en España

El objetivo de nuestra visita a un centro de salud inglés era conocer su funcionamiento, sus particularidades, sus fortalezas y debilidades a través de una corta vivencia en su día a día. Dicha experiencia debería ayudarnos a reflexionar sobre posibles contribuciones a nuestro medio.

Todos somos conscientes que los cambios son difíciles, sobre todo en nuestro medio donde la gestión es totalmente vertical “de arriba abajo”. Sin embargo, como decíamos en la introducción, los médicos de familia que estamos en el día a día de la consulta vemos necesario introducir cambios porque si seguimos igual, es probable que el paciente cada vez tenga una atención de inferior calidad debido al escaso tiempo que le dedica su médico, se medicalizarán más los problemas psicológicos o sociales, se derivará más a especializada la patología que debería manejarse en AP, la enfermería seguirá en un nivel intrascendente en AP y los administrativos no cumplirán su papel de ayuda en la gestión de la demanda médica al no implicarse en evitarle la carga burocrática, etc.

Creo que la existencia de una preocupación o inquietud por el futuro es el mejor impulsor del cambio y lo contrario, la idea “que no podemos hacer nada para cambiar”, puede generar pasividad, lo que acaba frenando el cambio, deteniendo el movimiento desde su inicio.

Así pues, éstas son mis propuestas para mejorar la atención en la AP española, basándome en mi experiencia en una *GP practice* británica.

1) Consulta médica

- Se debe intentar disponer de un tiempo de consulta de al menos 10 minutos por paciente.
- Se debe reducir la carga burocrática de la consulta: a nivel del Centro, instalando un circuito de recetas crónicas y de bajas que resulte eficaz, con la participación del personal administrativo.
- Los médicos deberíamos anticiparnos a la visita a demanda del paciente para recoger resultados analíticos y así liberar la agenda para casos más relevantes. Deberíamos advertirles que si el resultado sale normal o negativo, el personal administrativo le llamaría para informarle y no necesitaría acudir a consulta. Debería formarse un circuito por el cual el médico pueda dejar un mensaje, o una lista, a los administrativos informándoles qué pacientes deben ser llamados.
- Deberían existir más recursos de apoyo a AP para problemas de contexto social, de prevención y promoción de la salud.
- Reducir la variabilidad en la toma de decisiones clínicas entre los médicos, utilizando herramientas de formación comunes y de calidad, permanentemente revisadas, como guías y protocolos, de fácil acceso desde la propia consulta.
- Mejorar la comunicación con los especialistas a través de un sistema de comunicación directo entre profesionales, probablemente usando sistemas informáticos comunes.

- Mejorar el sistema informático, que actualmente sirve sólo como un sistema pasivo de registro y que debería servir de ayuda al profesional con sistemas de alerta: farmacológicas, de análisis clínicos alterados, de deficiencia de coberturas, de desviación en las prescripciones, etc.
- Medir la actividad del profesional en cuanto a procesos y resultados. Dicha información debería ser transparente y accesible a los usuarios, para que puedan participar en el desarrollo de la sanidad.
- Estimular a los profesionales tanto a través del reconocimiento de su profesionalidad como de recompensa económica según cumplimiento de objetivos.

2) Consulta de enfermería

- Desarrollar una carrera profesional, con especializaciones, que les permita asumir más competencias y realizar consultas finalistas, sin dependencia de otros profesionales.
- La consulta de enfermería debería ser también puerta de entrada al sistema, similar a la de los médicos, con consultas a demanda como programada.
- La consulta de enfermería en AP debería ser capaz de asumir completamente el cuidado del paciente crónico estable, incluyendo la capacidad de prescripción.
- Debería reorganizarse la consulta de enfermería, de manera que puedan encargarse de Unidades de prevención y promoción de la salud permanentes, como consultas de tabaquismo, nutrición, etc.
- Deberían tener el apoyo de enfermeras especializadas y de tecnología necesarias para una atención de calidad en el propio domicilio de los pacientes inmovilizados.
- Debería medirse su actividad, tanto en procesos como resultados.
- Deberían tener estímulos de reconocimiento profesional y compensación económica según objetivos conseguidos.

3) Personal administrativo

- Fortalecer la idea del trabajo en equipo del personal administrativo con el sanitario con el objetivo de reducir las consultas burocráticas con su necesaria colaboración.

- Hacer más efectivos los procedimientos administrativos de las recetas de crónicos y partes de baja, con la participación activa del personal administrativo en el circuito.
- El trabajo del personal administrativo debería ser evaluado anualmente; reconocido profesionalmente e incentivado económicamente según los objetivos conseguidos.
- El centro de salud debería ser responsable de su presupuesto, ya sea a través de un proceso contractual o a través de medidas administrativas. Así se podría dar flexibilidad a los equipos para realizar los cambios necesarios (de organización, de personal, de procedimientos, etc.).

Hervé Valdivia Altamirano
6 de diciembre de 2009