

## **IMPRESIONES TRAS UN PRIMER CONTACTO CON EL NHS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

El NHS (*National Health Service*) es el sistema sanitario de cobertura universal y de financiación pública a través de los impuestos, establecido en Reino Unido. Está basado en la Atención Primaria como puerta de entrada, sin coste inicial para el usuario y es considerado como un sistema sanitario ejemplar en el mundo.

Tratar de comparar los sistemas nacionales de salud español y británico no sería tarea fácil. En España las competencias en la protección de la salud están transferidas a las Comunidades Autónomas tal que han derivado en sistemas de salud asimismo diferentes. Es por ello que las diferencias debiera referenciarlas al SERMAS, en mi caso, sin aplicabilidad o validez interna para otras Comunidades Autónomas. La actual crisis económica y social en España, en la antesala de la necesidad de ser intervenida y rescatada por parte de la Unión Europea en el momento de escribir el artículo, apunta a cambios drásticos en pilares fundamentales de nuestro “estado del bienestar” como es la Sanidad. También se postulan reformas en el ámbito sanitario en Reino Unido tildadas de “aires de privatización”. Con todo, en el momento actual, el debate en cuanto a ambos sistemas nacionales de salud no es cuál es mejor, sino sobre su sostenibilidad y si “nos los podemos permitir”.

En términos generales, la Atención Primaria en el NHS se gestiona y financia desde los *Primary Care Trusts* (PCTs), que distribuye el presupuesto, en nuestro caso, a los Centros de Salud según unos estándares de necesidades de salud y de calidad que demuestren. Éstos últimos, manejarían dicho presupuesto como empresas independientes proveedoras de servicios para la protección de salud, con libertad para la contratación del personal facultativo y no facultativo, y de los diferentes recursos sanitarios. Los socios propietarios son los *GP partners*, contando con los *Practice Managers* para las labores de contabilidad y administración. Los Centros de Salud son periódicamente auditados según los indicadores en necesidad de salud de la población y los *Quality Assessment Framework points*. Por tanto, la distribución del presupuesto por parte de los PCTs se lleva a cabo en parte en función de objetivos, y resulta en un marco de actuación más incentivador y flexible.

### **DESCRIPCIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD**

El Centro de Salud asignado a la rotación fue New Mill Street Surgery, situado en el centro de Londres, de pequeñas dimensiones. Cuenta con aproximadamente 5500 pacientes asignados y en plantilla con cuatro médicos.

Como en muchos otros Centros de Salud del NHS, la consulta de pura labor asistencial se organiza en *sessions* de aproximadamente 2’5 horas – 3 horas, existiendo *sessions* de mañana y de tarde. Los médicos pueden negociar el número de *sessions* que realizar a la semana. Los bloques son de 10 minutos por paciente. Se asistió a un total de 12 *sessions*. La media de los pacientes atendidos en cada *session* fueron 12 por cada una de ellas, con un mínimo de 10 y

un máximo de 15, sin existir días con picos de presión asistencial ni diferencias significativas entre los diferentes días de la semana. Con todo, y en términos brutos, se pueden obtener 12'5 minutos por paciente, por lo que debemos concluir que el trabajo asistencial se realiza con más calma y en este entorno es factible llevar a cabo una Atención Primaria de Salud Integral de calidad. En comparación, la imposición de agendas en nuestro SERMAS de 5 minutos por paciente puede conllevar a un menor cumplimiento de las Normas Técnicas Mínimas de Calidad, que lastre definitivamente los registros informáticos en Atención Primaria como Sistemas de Información Sanitaria que fueran subsidiarios de auditoría de tipo interno, investigadora o incluso legal. No menciono los problemas internos y barreras de las aplicaciones informáticas que dificultan más la tarea asistencial de la Medicina Familiar y Comunitaria en el SERMAS. Desde las diferentes Sociedades Científicas ya se han comunicado estas graves deficiencias a las Autoridades Sanitarias que comprometen la Calidad en la Atención Primaria en el SERMAS.

La entrevista clínica sigue un modelo muy "orientado al cliente" adoptando un estilo de tipo asesoramiento (*counseling*) en el que para estos efectos se eliminan ciertas barreras en la proxémica como la mesa de la consulta o las batas. Es conocido este modelo de entrevista en el mundo anglosajón, aun así, como observador/evaluador externo, concluir que los profesionales sanitarios integraban dichas técnicas en la entrevista clínica con excelencia, lo cual era gratificante.

Es conocido que el GP en el NHS se encarga de la Atención Primaria en pediatría, incluyendo la atención en demanda y la concertada del niño sano. Durante el periodo de mi rotación, la atención pediátrica supuso el 19% de las consultas en total. El 59% de las mismas tenían el síndrome catarral como principal motivo de consulta. El resto de consultas se dividían en revisiones rutinarias y diferentes piodermias. No existen muchos registros sobre la prevalencia de la población pediátrica atendida por los Médicos de Familia pero los datos son similares a lo publicado por el Departamento de Salud de Estados Unidos, por ejemplo.

La edad media de la población adulta atendida fue de 39 años. Sin embargo, se expresa mejor en la siguiente distribución etaria - dividida en intervalos de edad -, la verdadera tasa de casos atendidos según la edad, sobre todo cuando la variable cuenta con un amplio rango (18 a 86 años como edades mínimas y máximas) [Fig. 1]. No existieron diferencias significativas entre las medias de edad entre sexos ni entre *sessions* de mañana o tarde, lo cual es diferente a lo que se desprende de la práctica habitual en el SERMAS. En la Fig. 1 se observa una mayor afluencia de pacientes especialmente jóvenes (25 a 35 años), en comparación con lo reflejado en otros registros como el mencionado anteriormente.

En cuanto al sexo el 70% de los pacientes los conformaban mujeres. El predominio de las mismas era la *sesión* de mañana, en un 65%.

Los motivos de consulta fueron similares a los que habitualmente se exponen en las estadísticas oficiales. Especialmente prevalente fueron los de la esfera ginecológica (21%). 18% del aparato locomotor, 17% fueron síndromes catarrales, 12% de la esfera de salud mental.

Con todo, se puede concluir que los pacientes atendidos principalmente en demanda en las consultas del Centro de Salud conformaban una población joven y dinámica.

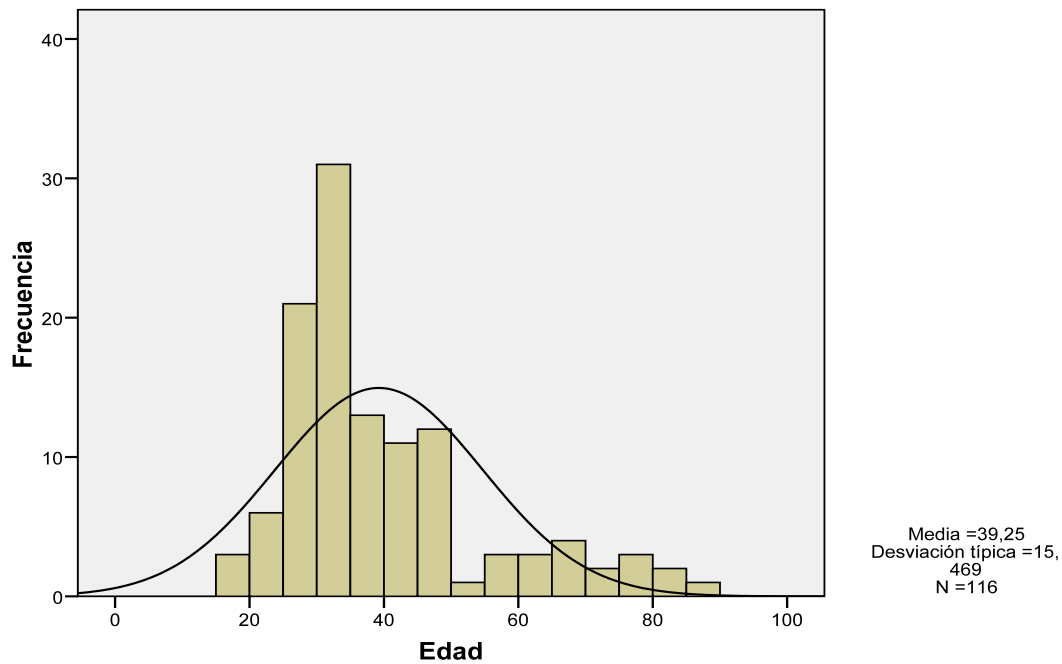


Fig. 1

En general, la prescripción de medicamentos fue menor que la observada en el SERMAS (España es uno de los países con más gasto farmacéutico de la Eurozona), que parece fruto de una entrevista más centrada en el asesoramiento, de soluciones más eficaces para disminuir la burocracia en la receta médica y de unos indicadores de uso racional de medicamentos más estrictos. Se encontró asimismo una escasa tasa de derivaciones (12%) y de pruebas complementarias adicionales (10,5%). Destacar el sistema de derivación al especialista de segundo nivel, que es mediante una carta formal, la cual a veces es grabada en un dictáfono para luego ser mecanografiada por un administrativo y luego enviada al especialista. Se objetivó un considerable uso del tiempo del médico en confeccionar este tipo de interconsultas.

#### CONCLUSIÓN FINAL

La sostenibilidad de los Sistemas Nacionales de Salud en la coyuntura actual no está garantizada. En concreto apuntaríamos al SERMAS entre ellos. Cuando se apuntan los logros alcanzados por la Sanidad Española, los datos reflejan lo contrario, con datos de gasto farmacéutico y tasas de frecuentación (9 consultas/año) desmadrados. Aquellos sistemas que no eliminen las ineficiencias, con reformas a fondo, y que no se basen en una Atención Primaria incentivada, de calidad y centrada en la prevención, junto con fórmulas para racionalizar la demanda pueden verse en peligro. Sería recomendable adoptar ciertas fórmulas que aporta el NHS por parte de nuestras autoridades sanitarias.

