

Memoria Spandoc

Estancia del 8 al 14 de mayo 2011.

Sergi Ortiz Alinque (Barcelona)

VISIÓN SOBRE DIFERENTES ASPECTOS DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA EN REINO UNIDO

Para realizar el ensayo sobre mi estancia en Londres como médico miembro del grupo Spandoc, he elegido un formato esquemático ya que pienso que es la mejor forma de transmitir lo aprendido. Iré describiendo punto por punto mi visión sobre diferentes aspectos de la organización sanitaria en Reino Unido.

Instalaciones y equipamiento:

En RU los Centros de Salud (CS) son gestionados por GP Partners, los cuales reciben una cantidad de dinero (que no se ha modificado en los últimos años, igual que en España) en función del número de pacientes que tienen registrados y de los servicios que ofrecen (podología, cirugía menor, fisioterapia, etc).

Se podría distribuir el centro en:

- Consultas.

Las consultas son espaciosas, con menos barreras entre paciente y GP, con juguetes para las visitas pediátricas y para los niños acompañantes, con el nombre del GP en un lugar visible por el paciente. En todas las consultas existe un teléfono con manos libres para las consultas telefónicas.

Las consultas se comparten con otros profesionales como osteópatas, podólogos, etc.

El soporte informático está bien extendido, aunque como opinión personal me parece menos intuitivo que e-cap u omi; menos colorido, no distribuido en cajas. De momento no disponen de receta electrónica aunque sí disponen de una red capaz de asumirlo.

- Área del personal administrativo.

Dependiendo de la necesidad del centro puede existir una barrera de cristal entre administrativas y pacientes.

- Área de las “Health visitors”, “Community nurses”.

Disponen de despachos para organizar su trabajo.

- “Coffee room”.

Provisto de TV, nevera, cafetera, vajilla y tazas, fregadero, lavabo.

En cuanto al equipamiento podemos encontrar que exista algún centro sin desfibrilador. Normalmente no se dispone de aparato de ECG ni de radiografías. Sí se suele disponer de espirómetro y de un artefacto que dispara agua a una presión determinada, suficientemente baja como para no dañar al oído, y suficientemente ineficaz como para no poder extraer el tapón en muchos casos. Asegurando, eso sí, no dañar el oído del

paciente. Esto último es una curiosidad, ya que no conozco si es obligatorio disponer de dicho artefacto en todos los centros.

El tiempo por paciente:

Existe variedad, 5-10-15min/pac. Lo que yo he visto en los 4 centros que he visitado en RU es 10min/pac. Puede existir retraso ya que la consulta se desarrolla de forma relajada y siempre respetando el turno de palabra del paciente, siempre acordando con el paciente el plan a seguir.

Tiempo y carga de trabajo del médico de familia:

Las sesiones son de 4h y 10 minutos, pueden ser de mañana o de tarde. No conseguí averiguar en base a qué el NHS encuentra esos 10min necesarios. Supongo que para cuadrar el número de horas anuales.

Las sesiones pueden ser de mañana o de tarde, y el número de unas y otras se negocia al principio con los “GP partners”. Normalmente, las sesiones se distribuyen entre las 9h y las 19h. Cada sesión cuenta con un descanso de unos 30min, y existe un tiempo destinado a burocracia (informes, resultados de pruebas complementarias, derivaciones, etc). El número de visitas por sesión puede variar entre el turno de la mañana y el de la tarde, nunca sobrepasa los 25 pacientes, excepto en el caso del médico que está de guardia.

En algunas zonas, sobretodo rurales, puede ser un requisito u opción hacer “on call sessions” (estar localizable).

La carga de trabajo se reduce mucho desde el momento en que no se citan pacientes para resultados de A/S ni otras pruebas complementarias. Si la prueba complementaria fue normal no se informa al paciente (evidentemente, se anota en la historia que el resultado fue normal), si está alterada se solicita al personal administrativo que contacte con el paciente para citarlo (vía intranet). Otra opción es indicar al paciente que venga a la consulta después de realizarse la prueba. Las derivaciones se realizan después de las visitas.

Continuidad personal de atención al paciente:

El GP es quien gestiona la salud de los pacientes en RU. Todo paciente que precisa ser valorado por un especialista consultor ha de pasar por el GP del NHS primero, ya sea para que le valore un especialista consultor público o privado.

Si el paciente es derivado a segundo nivel se hace mediante una carta formal muy estructurada y, de igual forma, recibirá una carta formal muy estructurada explicando los estudios que se le han hecho al paciente, la orientación diagnóstica y SUGIRIENDO un plan de actuación al GP. Esta reciprocidad permite mejorar los conocimientos del GP y así poder ser más eficiente (cuanto más sepa manejar el GP, menos derivará ahorrando tiempo y dinero al sistema)

Otra visión de que el GP es el centro gestor de la salud de los pacientes, es que para muchos asuntos de tipo legalista o de salud social se le requiere su informe. Esto no es una gran carga ya que se dispone de tiempo exclusivo para estas cosas.

La relación con el paciente:

La relación es muy correcta, manteniendo un nivel muy alto de respeto por ambas partes. Se da mucha importancia a dejar al paciente expresarse, sin cortarle. Se le pide

permiso para la exploración, para solicitar una prueba, etc. Se consensúa la actitud terapéutica. El tono de voz no se levanta, salvo en contadas excepciones.

Pienso que los pacientes respetan al GP mucho porque pueden llegar a sentir que se vuelca por ellos. En mi opinión esto es gracias a que disponen de menos carga asistencial, por ello están menos estresados y el paciente no tiene la sensación de que el GP quiere terminar la visita cuanto antes.

El número de reclamaciones no parece ser bajo, evidentemente depende de la población atendida (mayor clase social, mayor número de reclamaciones). Éstas son atendidas una a una por el “GP partner” que tiene esta responsabilidad, el cual envía una primera carta al paciente para informarle que se llevará a cabo una investigación del asunto y se le informará tan pronto se resuelva el caso. Una vez al año, en la reunión del centro (Durante la cual todo el personal del centro se reúne. Se contrata personal para suplir a la plantilla en ese día o se cierra el centro completamente) se trata de hacer un feed-back positivo con las reclamaciones.

Acceso a la atención:

La espera para algunas pruebas complementarias o para acceder al especialista consultor no es mucho mejor que en mi zona de España (puede llegar a existir entre 1-2 semanas de diferencia de forma muy general), pero sí existe por parte de los pacientes confianza en lo que su GP les da hasta que sean valorados por el segundo nivel o hasta obtener las pruebas complementarias. 2 ejemplos: Derivación para rehabilitación física, 1 mes aproximadamente. Derivación para infiltración, 1 mes aproximadamente.

Los médicos de familia como pediatras de primer nivel:

A parte de hacer la primera visita de control de bebés a las 6 semanas de vida, por lo demás es como hacer urgencias de CUAP. Cuando un bebé nace es seguido por la comadrona en el domicilio hasta las 2 semanas, para entonces ya hará unos días que ha empezado el seguimiento la “Health visitor” (enfermera con conocimiento de temas sociales que se encarga de la atención a los pacientes menores de 5 años, “under five”), y la “Nursery nurse” (expertas en desarrollo sensitivo, sensorial, motor, etc, infantil). Estas harán seguimiento del niño hasta que cumpla 5 años, momento a partir del cual el niño seguirá controles periódicos de desarrollo y bienestar social con la “school nurse”. Así pues, el “programa del niño sano” lo llevan a cabo las enfermeras de forma totalmente independiente del GP y si detectan alguna anomalía derivan al GP para que este valore derivar o no al consultor pediátrico.

Cabe decir que el GP ha de tener conocimientos de pediatría general, obviamente.

La atención a la mujer:

Para acceder al ginecólogo generalmente es necesario primero acudir al GP. Por lo que es preciso un conocimiento básico de ginecología. Las citologías periódicas dependiendo del centro las harán las enfermeras o el GP.

La comparativa con nuestro entorno en España podría ser con aquellos de nosotros que investigamos los motivos de consulta ginecológicos antes de recomendar a la paciente pedir visita directa con el ginecólogo (creo que la mayoría si no todos los hacemos así), aunque por lo general no realizamos citologías en nuestros centros.

Manejo del paciente con enfermedades crónicas (DM, HTA, DLP, asma, etc):

En RU las enfermeras se especializan en áreas concretas cuando acaban la universidad. Así, existen las “Practice nurses” que se han especializado en el manejo de patologías crónicas, de forma que tienen autonomía suficiente para llevar solas patologías crónicas

y sus complicaciones. Contando siempre con el GP si precisan apoyo, lo cual raramente ocurre ya que en algunos casos incluso ellas conocen mejor la enfermedad que el propio GP.

La “Community nurse” o “District nurse” se encarga de todos aquellos pacientes que, por el motivo que sea, no pueden desplazarse al centro. También se encargan de los controles después de una alta hospitalaria.

Así, de momento llevamos 3 tipos de enfermeras de AP: Health visitor, Community nurse y Practice Nurse. No se acaba aquí como contaré más adelante.

EKG y Rx:

Aquí existe un punto negativo para RU. En general no existe aparato de EKG ni de radiología en los centros de salud. La cosa funciona así: El GP pide un EKG o una radiografía y estos son realizados en el hospital, informados por electrocardiografistas/radiólogos y sólo los informes se envían al GP. Pienso que esto ocasiona pérdida de aptitudes a los GP, aunque por otro lado no está nada mal que todas las radiografías sean comentadas por el radiólogo.

Roles y organización del Centro de Salud:

Funciona como una EBA (Entidad de Base Aplicativa). Existe un número de GPs que forman una sociedad dueña del centro, y de esta forma son los que toman las decisiones (entre otras muchas las de decidir a quien contratan y qué funciones ha de hacer el contratado). Pienso que el hecho de sean GPs los que toman las decisiones hace que se respete más la figura del GP en general. Así, no es tema de discusión quién ha de dar un justificante de visita al paciente. También es verdad que los mostradores no están tan saturados de personas, pero es gracias a las medidas que toman los “GP partners”.

El grupo de “GP partners” se apoya en el “Practice manager” para tomar decisiones y negociar contratos con otros suministradores de salud. El “practice manager” sería comparable al gestor de un hospital, pero en este caso contratado por el grupo de “GP partners”.

La nurse practitioner:

Le he dedicado un apartado especial a esta figura ya que es muy novedosa para mí. Es el cuarto grupo de enfermeras que podemos encontrar en la AP de RU. Estas enfermeras han hecho un curso de 3 años para ampliar conocimientos y aproximarse a la figura del GP. Visitan pacientes como si fuesen GPs. Pienso que no tienen el mismo grado de conocimiento que un médico de familia y que difícilmente lo podrían llegar a tener. Personalmente me parece una forma de ahorrar dinero ya que a una NP le pagarán menos que a un GP, pero se pierde en eficiencia ya que la calidad de la medicina que se oferta es muy inferior (esto es sólo una opinión personal)

En España se intenta formar a las enfermeras para atender y solucionar problemas agudos.....Me pregunto si no sería mejor que se les formara para subespecializarse y llevar patologías más concretas y crónicas que suponen una gran carga asistencial para el MAP causando una peor calidad de la medicina ofertada en patologías agudas o subagudas.

La baja laboral:

En RU se da la baja, pero no el alta. Es decir, se le da una incapacidad para trabajar un número determinado de días y se acabó, luego a trabajar o se le da otra baja. Sencillo, ¿verdad? Pues no sé por que tenemos que dar una alta en España.

Bueno, esto es todo. Seguro que me dejo cosas por comentar pero estos puntos son los que he encontrado más interesantes.

No quiero despedirme sin decir que para mí a habido un antes y un después de mi experiencia en Londres. La recomiendo a todos los médicos de Atención Primaria en España, ya que experiencias como esta nos motivan a intentar mejorar la situación de la Atención Primaria en España.