

foro de debate

¿Está caduco el modelo de AP? Nuevas formas de gestión y organización

Moderador: Ignacio Esteban Martínez

Médico de Familia. Centro de Salud Oliver. Zaragoza.

Si miro hacia atrás y busco en mis recuerdos, me parece descubrir que el sistema sanitario, en general, y la situación de los médicos, en particular, han estado siempre en crisis y cambio permanente.

En los primeros años setenta la falta de médicos era manifiesta en toda España, pero fundamentalmente en el medio rural, lo que provocó que no pocos pueblos se encontraran sin el servicio de su médico, “D. José” o “D. Ramón”.

Los televisivos doctores Marcus Welby y Joe Gannon, la apertura hipertrófica de las facultades de medicina y, en especial, el immense cambio social del final de los setenta, con las transiciones política y económica, empujaron el péndulo hasta el punto contrario, produciéndose la famosa pléthora de licenciados de los ochenta, cuyos efectos nos han llegado hasta antayer.

La Ley General de Sanidad implantó las bases del sistema sanitario que hemos conocido desde entonces y en el que hemos desarrollado la mayor parte de nuestro ejercicio profesional: se crearon las Zonas Básicas de Salud, con su centro de salud correspondiente. Desapareció la jornada ininterrumpida de 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año. Se universalizó la asistencia sanitaria, lo que promovió la paralela desaparición de la sanidad de beneficencia.

Todos ellos fueron grandes avances, pero todos los avances pasan su factura; en esta ocasión, la contrapartida fue un progresivo e innegable grado de despersonalización junto al paciente, quien pasó a ser usuario, cliente, ciudadano... y nosotros fuimos alejándonos del “D. Ramón” o “D. José” para ir deslizándonos hacia “el García” o “el Pereira”.

La Ley General de Sanidad y el centro de salud propiciaron el trabajo en equipo, favorecieron la formación y permitieron la investigación. La docencia y los residentes nos han rejuvenecido y nos mantienen activamente al día, pero los que de verdad nos han traído a la modernidad del I+D+I han sido Internet y las infraestructuras, carreteras, autovías y la alta velocidad.

Ya en 2000 se generalizaron las transferencias sanitarias, de las que algunas autonomías disponían desde los ochenta, con lo que desapareció el INSALUD. El Consejo interterritorial de salud y las Conferencias de presi-

dentes autonómicos alcanzaron todo su protagonismo y relevancia.

En la II Conferencia de presidentes de septiembre de 2005 se destacó la necesidad de potenciar la Atención Primaria y su presupuesto. Como consecuencia se ha creado el documento “Estrategias para la Atención Primaria para el siglo xxi” (el denominado Plan AP-xxi).

Soy consciente de que en muchos momentos hubiéramos agradecido un mayor grado de comprensión, ánimo y complicidad por parte de la organización y de su liderazgo. A pesar de esto, y según mi personal análisis y opinión, el balance de lo logrado no puede ser más que inmensamente positivo y, como protagonistas de este cambio colosal debemos sentirnos plenamente satisfechos y enormemente orgullosos, en el sentido más positivo que encierra la palabra.

Lo extraordinario no es sólo lo conseguido (nuestro Sistema Nacional de Salud es reconocido internacionalmente, incluso puede convertirse en una de las referencias para las actuaciones y reformas que proyecta la administración Obama en Estados Unidos), lo extraordinario es haberlo logrado en tan corto período de tiempo, recordemos que la Ley General de Sanidad no ha cumplido los 25 años.

Gran parte del reconocimiento internacional viene dado por la gran eficiencia de nuestro sistema de salud, que ha logrado conseguir grandes resultados con unos costes más que contenidos. En esta eficiencia la Atención Primaria tiene mucho que decir y no quiero finalizar sin declarar que: “*Un importante porcentaje de lo logrado en nuestro sistema de salud, parte fundamental del estado del bienestar, ha sido cargado sobre las espaldas de todos y cada uno de los médicos de Atención Primaria, causando cicatrices, en ocasiones, demasiado profundas*”.

Hasta aquí mi recuerdo de lo sucedido desde los setenta, pero de lo que se trata en el foro de debate que desarrollaremos en el congreso nacional es de intentar descubrir lo que nos espera, vislumbrar el camino por el que discurriríremos en los próximos 10 o 20 años. Aun siendo conscientes de que, como ocurrió con la transición económica y con internet, lo que marcará nuestro futuro será un hecho que también cambiará a la sociedad.

¿Está en crisis la Primaria? ¿Se precisa una contrarreforma?

Patricia Martínez Jiménez

Secretario General de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).

Se ha cumplido el XXX aniversario de la Conferencia Alma-Ata (“Salud para todos”) y los 33 años que lleva en vigor la Ley General de Sanidad, la cual determina un Sistema Nacional de Salud (SNS) garante de la prestación asistencial de cobertura obligatoria, universal, equitativa, financiada con los Presupuestos Generales del Estado, y que pretende situar a la persona en el centro del proceso asistencial, a la vez que coloca la Atención Primaria como base del sistema.

Pero, desde hace años, en el SNS, y especialmente en el ejercicio médico en Atención Primaria, se percibe claramente un deterioro de las condiciones de ejercicio que está dando lugar a la aparición de claros síntomas de que el médico comienza a verse desbordado por la situación, siendo los principales motivos de ello: aumento de la presión asistencial, excesiva carga de actividades burocráticas, pérdida de autonomía y autoridad clínica, nula consideración en los niveles de gestión y pérdida de prestigio profesional y social.

Estas y otras causas han provocado en el médico de familia un sentimiento de impotencia e insatisfacción, cada vez más contagioso y extendido, pues siente que se está convirtiendo en un mero asalariado dentro de una macroestructura asistencial, masificada y burocratizada, donde cada vez se le exige más con menos recursos y menor tiempo asistencial.

Ello ha motivado que en los últimos años se haya intentado poner en marcha distintas iniciativas con el común propósito de lograr una mejora cualitativa de las condiciones de funcionamiento de la Atención Primaria. Sin embargo, no se aprecia el avance de ninguna de ellas, y el proceso degenerativo continúa.

Cabe preguntarse al respecto: ¿qué ha sido de la que iba a ser la base del SNS?, ¿qué ha sido del compromiso del AP-XXI?, ¿qué ha sido de la capacidad resolutiva de la Primaria?, ¿qué ha sido de la interrelación entre los niveles asistenciales?

La Atención Primaria necesita una reforma en profundidad que dé solución a los problemas actuales y afronte los retos para el próximo cuarto de siglo, y donde el objetivo se dirija a dar con un modo de ejercer la Medicina que nos proporcione la satisfacción de reencontrarnos con el placer de ser y hacer de médico, recuperando de paso el ideario del buen profesional.

Mucho se habla, y fundamentalmente los políticos, de las nuevas formas de gestión, mientras que el médico está muy alejado de este debate. Hoy por hoy no hay evidencia científica de la mayor o menor eficiencia de cada una de estas fórmulas de gestión.

Hemos de ser escrupulosos y serios con el lenguaje: no es lo mismo hablar de “nuevas formas de gestión” que

hablar de “autogestión clínica”, que sí le interesa más al médico, pues espera que en ésta pueda producirse la recuperación del viejo ideario profesional y su consolidación en un nuevo profesionalismo del siglo XXI, más adaptado a los tiempos que corren y que garantice una mejora real de la calidad asistencial. Este deseo no está en contra del de la participación del médico en los órganos de gestión y dirección como representante del conocimiento de la profesión y depositario de la confianza del ciudadano. Diríamos que se complementa con lo anterior en aras de lograr un servicio sanitario realmente lo más humanizado posible y preocupado por la salud y el bienestar de los ciudadanos. En esta línea se mueve la propuesta de creación de las Juntas Facultativas de Primaria, como órgano de participación y gestión del conocimiento médico, que garantice y posibilite una auténtica gestión clínica.

Por tanto, los cambios que reclama el médico deben ir más allá de los que se introduzcan en las formas de gestión. Han de profundizarse en los sistemas organizativos en general si es que de verdad se quiere devolver al médico la capacidad de autogestión clínica y su protagonismo tanto en la relación con el paciente como en el entramado asistencial que hace posible la atención a los pacientes. Todo lo que no sea eso, habrá que clasificarlo en la sección de cambios cosméticos que no redundarán en beneficio de los profesionales, aunque tal vez sí de los políticos y asimilados.

Sigue siendo necesaria una política de Recursos Humanos que garantice al médico un nuevo modelo de retribuciones (que tenga en cuenta lo que el médico es, lo que hace y cómo lo hace) y donde aparezca clara la diferenciación entre los conceptos de “desarrollo profesional” (compromiso del médico con la sociedad) y “carrera profesional” (compromiso del médico con su empresa).

Nuevas formas de gestión y organización

J. Antonio Otero Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Damasco. Valladolid.
Responsable del Área de Calidad de Procesos de SEMERGEN.

La Medicina ambulatoria en España ha seguido un camino que la ha llevado a ser mejor cada día, con épocas más interesantes que otras pero siempre en línea ascendente, basado entre otras muchas causas en el RD 137/84, Ley General de Sanidad o la creación de la especialidad de Medicina de Familia.

En este momento estamos en una situación en la que es necesario un cambio de rumbo, pues si seguimos con el que tenemos tendríamos que empezar a hablar de cosas muy diferentes a las que conocemos.

No hay acuerdo general entre todas las partes implicadas pero sí acuerdos en cosas concretas; una de ellas, la necesidad de dar más capacidad de decisión a los profesionales. Ese cambio de rumbo que defendemos no significa destruir todo lo que existe sino “poner las cosas en su sitio,” aunque esto parezca pretencioso o soberbio.

Es preciso hacer antes un mínimo recuerdo histórico, sabiendo que es un análisis parcial, y por tanto simple, pero que nos aporta un punto de vista que nos puede explicar en parte la situación que tenemos ahora. A partir del año 1984 la Administración, en sentido genérico, necesitaba personas para poner en marcha las reformas que la Sanidad en España precisaba, eligiéndolas mayoritariamente de las filas de una Sociedad Científica concreta, personas jóvenes con gran ilusión y capacidad, convirtiéndose en los grandes defensores de la Reforma de la Atención Primaria, confundiéndose Sociedad Científica y Administración. Al mismo tiempo se demostraba una gran desconfianza de los políticos y/o gestores en la profesión médica y sus representantes por considerarlos contrarios a dicha Reforma y defensores de unos privilegios que no tenían cabida en una sociedad moderna. Esta situación provocó que Administración y Sociedad Científica fueran una misma cosa, y Colegios de Médicos y otras Sociedades Médicas no tuvieran ninguna presencia.

De esta manera, la Administración empezó a asumir cosas que siempre habían estado en el ámbito profesional; baste como ejemplo la elaboración de las Normas Técnicas, mínimas en una primera época, existiendo dejadez por parte fundamentalmente de Colegios Profesionales para asumir ellos el liderazgo y dirección de esas cuestiones que atañen directamente al ejercicio correcto de la profesión.

El paso del tiempo y la no existencia de referencias para los profesionales distintas a la Administración dio lugar al abandono de ciertos valores de la profesión convirtiéndonos en técnicos empleados de los Servicios Regionales de Salud.

Llegado este punto, el médico vive una situación en la que no se siente cómodo; por un lado, mantiene el sen-

tido de responsabilidad y compromiso ante sus pacientes como profesional, y por otro, trabaja en una organización con limitaciones y problemas sobre los que no puede opinar o decidir.

Pero también la Administración, en sentido amplio, ve que esa situación tampoco favorece la consecución de numerosos objetivos del Sistema Nacional de Salud. Los mismos gestores hablan de la necesidad de descentralizar la toma de decisiones, favorecer la autogestión como herramientas necesarias para involucrar a los profesionales, pero son muy tímidas las experiencias existentes quizás porque los gestores creen perder el control, en el mejor de los casos pensando en su responsabilidad de garantizar unos servicios y cuidados sanitarios determinados y en otros por el prurito de sentir que mandan.

Es contradictorio el discurso político sobre la importancia de la Atención Primaria dentro del Sistema Nacional de Salud y la poca traducción de ese interés en los presupuestos, con un consiguiente estancamiento y por tanto deterioro de la Atención Primaria, lo que conlleva entre otras muchas cosas que determinados segmentos de la población busquen atención en otros dispositivos y como consecuencia no vean como propio el Sistema Nacional de Salud y no tengan por qué defenderlo. Introduzco y cierro este tema tan sólo porque la mayoría de los médicos de familia trabajamos en los distintos Servicios Regionales de Salud.

La cuestión, en fin, tiene difícil solución, poco o nada pueden hacer los gestores sin nuestra implicación y poco o nada podemos avanzar como profesionales sin un mayor compromiso. Los primeros tienen la obligación de poner encima de la mesa formulas organizativas, modelos de gestión que permitan ilusionar a los profesionales, y nosotros hemos de tener presente que el prestigio y reconocimiento de la población, y por tanto de los políticos, pasa por un compromiso con el mantenimiento de nuestra competencia y con los valores de nuestra profesión.

foro de debate

Adeuada prescripción farmacéutica, tópicos, falsedades y realidades

Moderador: Ramón Boria Avellanas

Médico de Familia. Centro de Salud de Sariñena. Huesca.

Debemos partir de la base de que a pesar del aumento del gasto sanitario durante los últimos años en nuestro país, España se encuentra todavía muy lejos de la media europea: 7,6% del PIB en España, 9% del PIB en la OCDE y 15,4% del PIB en EE.UU. Debemos considerar también que en nuestro país la financiación es totalmente pública a través de impuestos y el acceso universal.

Entre los determinantes del crecimiento del gasto sanitario debemos contemplar cuatro elementos diferenciados:

1. La cobertura universal.
2. El factor demográfico.
3. La prestación sanitaria real media: intensidad tecnológica y esfuerzo terapéutico.
4. Nivel de precios e inflación.

Pues bien, el factor que más influencia alcanza en el crecimiento del gasto es la prestación real media, basada en la implantación de tecnologías poco evaluadas económicamente y en la intensidad con que los profesionales la facilitan a los pacientes.

En este punto debemos enlazar con el título de la mesa que hoy nos reúne, y en especial los topicos y las falsedades.

– *Primero:* el gasto farmacéutico no es el único ni el principal responsable del aumento del gasto sanitario.

– *Segundo:* el envejecimiento poblacional y la inmigración no son los principales impulsores del gasto en salud y una buena gestión de los mismos no debe desestabilizar el sistema sanitario público.

– *Tercero:* las políticas de contención del gasto farmacéutico a nivel estatal producen la tentación de controlar los precios farmacéuticos, declinando pagar la cuota correspondiente al costo de la innovación, con la confianza de que otros pondrán los recursos necesarios.

– *Cuarto:* España es uno de los países con mayor grado de intervención en la fijación de precios de los medicamentos y el precio medio es de los más bajos de Europa. La apuesta inicial por los medicamentos genéricos en España, la cual ha demostrado significativamente su utilidad en todos los países de nuestro entorno, pierde fuerza en nuestro país. La posterior apuesta de la administración por el sistema de precios de referencia tampoco ha logrado frenar el incremento en el gasto farmacéutico, al controlar solamente precios pero no volumen de prescripción. La industria reacciona introduciendo nuevos y más caros.

– *Quinto:* algunos estudios farmacoeconómicos nos hablan de que incrementos adicionales en el gasto farmacéutico generan ahorros significativos en otros recursos asistenciales, sin afectar a los niveles de salud de la población. Nos encontramos con que la preocupación primordial de la administración sanitaria es el mero control de costes. No es su objetivo evaluar su impacto en salud y menos comparar este impacto con los recursos empleados.

– *Sexto:* finalmente, en nuestro país se objetiva una más que notable variabilidad interautonómica: especialmente en políticas de contención del gasto.

Como médicos de Atención Primaria debemos considerarnos los auténticos gestores de nuestro sistema sanitario, hemos de confiar siempre en nuestra buena gestión y en nuestra profesionalidad. La seguridad como dimensión esencial y elemento primordial del uso racional del medicamento. Una buena práctica médica basada en la evidencia y en el conocimiento médico. La concienciación de todos sobre los límites de los recursos del sistema sanitario.

foro de debate

La visión del médico de familia desde una perspectiva europea

Moderador: Julián Velasco Gutiérrez

Médico de Familia. Centro de Salud Candelario de Béjar. Salamanca.

En la última década ha habido un incremento mundial de los flujos de emigración de médicos de todas las especialidades. En algunos países, el 25% de los médicos son ya extranjeros (Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Noruega y Bélgica).

Para los países de origen es un problema grave porque pierden médicos en los que han invertido recursos que no se pueden recuperar mediante la esperada prestación de servicios. En algunos países emergentes es especialmente alarmante (trabajan fuera de su país 60.000 médicos indios, 18.000 filipinos y 11.000 pakistaníes).

El motivo principal es la mejora de las condiciones laborales. En el país de origen los salarios son menores, hay menos oportunidades de desarrollo profesional y para muchos médicos jóvenes es la única oportunidad de encontrar una situación laboral estable.

Es difícil saber el número de médicos españoles que trabajan en el extranjero. El Ministerio de Sanidad y Consumo afirma que son 500 médicos españoles y la Organización Médica Colegial 8.000 (en el año 2005 había 4.570 en Estados Unidos, 1.870 en Portugal, 1.047 en Reino Unido, 326 en Alemania, 301 en Francia y 280 en Dinamarca).

Trabajar en algunos países europeos tiene ventajas. En la Unión Europea es más fácil el reconocimiento de los títulos académicos y los salarios son mejores; el trato con los pacientes es mejor y hay posibilidades de carrera profesional (se facilita la realización de trabajos de investigación, hay incentivos en función de la calidad del trabajo realizado y se dispone de tiempo para el estudio y la formación continuada).

Sin embargo, también hay inconvenientes. El primero es la adaptación a una cultura diferente (idioma, costumbres, modo de trabajo). Los trámites burocráticos para el reconocimiento de los títulos a veces son interminables. Los puestos de trabajo ofertados son los que los nativos rechazan (poblaciones marginales y zonas rurales). El tiempo trabajado en el extranjero no se valora en el currículum cuando se regresa.

Médico general en Portugal

Valentín Posado Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Fuentesano. Zamora.

Portugal se encuentra en un proceso de transformación de la Atención Primaria (Cuidados de Salud Primarios). En octubre del año 2005 se creó la *Missão para os Cuidados de Saúde Primários* (MCSP), dependiente directamente del Ministro de Salud, para el lanzamiento, coordinación y acompañamiento de la estrategia para la reconfiguración de los centros de salud e implementación de las unidades de salud familiar (USF).

A fecha de 1 de junio de 2009 dieron entrada 321 candidaturas de USF a través de la página de la MCSP y hay 170 USF en funcionamiento con 1.191 médicos de Clínica General trabajando.

El nuevo régimen de las carreras médicas fue aprobado por Decreto-ley en el Consejo de Ministros el día 5 de junio de 2009. La carrera médica pasa a estructurarse en dos grados (especialista y consultor) y tres categorías (asistente, asistente graduado y asistente graduado senior).

El acceso al Sistema Nacional de Salud es por concurso. Las Administraciones Regionales de Salud suelen sacar cada año un concurso público para cubrir las vacantes de los centros de salud. Es frecuente que no se cubran todas las plazas, sobre todo en la periferia.

Los clínicos generales en Portugal trabajan con listas de unos 1.500 usuarios y prestan, con independencia y autonomía, los cuidados de Atención Primaria. Realizan consulta de salud infantil y juvenil, de salud materna, de planificación familiar y vigilancia oncológica. También cumplen los programas del Servicio Nacional de Salud.

Trabajar en Atención Primaria en Dinamarca

Ana María Nielsen Bentsen

Médico de Familia. Centro de Salud Villamor de los Escuderos. Zamora.

El sistema sanitario de Dinamarca, y especialmente la Atención Primaria (AP), se diferencia en varios aspectos del sistema español.

Es un sistema público, financiado a través de los impuestos generales, con cobertura extendida a todos los habitantes. La estructura y la organización son responsabilidad de la administración central, aunque las administraciones regionales tienen cada vez más capacidad de decisión.

El inmueble de la consulta, incluyendo el "cupo" correspondiente, lo compra el médico que va a ejercer en AP.

El 63% de los médicos trabajan en equipo, compartiendo el mismo espacio físico con otros médicos de AP, y en algunos casos con especialistas. El 37% trabajan solos. El promedio de pacientes adscritos por cupo es de 1.500.

Generalmente hay personal administrativo contratado, pero sólo en algunos casos enfermeros.

La remuneración del médico depende del Estado. Consiste en unos honorarios básicos dependientes de la población adscrita y un complemento por cada atención prestada en la consulta, al teléfono, en domicilio y por asistencia a reuniones profesionales. Los médicos corren con los gastos del personal contratado, los del inmueble y del material utilizado.

Los pacientes no pagan por las consultas, ni por los ingresos hospitalarios, pero todos, incluso los pensionistas, pagan parte de los gastos de farmacia.

El sistema de derivación a otros niveles del sistema es prácticamente igual que en España, con la excepción de Otorrinolaringología y Oftalmología, a los que el enfermo puede acudir directamente sin necesidad de ser derivado desde AP.

La relación entre AP y el nivel hospitalario se intenta que sea fluida. Se hace a través de los médicos en prácticas en AP que están en contacto constante con el hospital. En caso de mucha demora existe la posibilidad de acudir a clínicas privadas concertadas en Dinamarca e incluso en el extranjero para el tratamiento de enfermedades importantes, con los costes asumidos por administración.

El trabajo del médico de AP en Dinamarca consiste, como aquí, en actividades asistenciales, de prevención y de control, atención a domicilio y urgencias. AP cuenta con una red de enfermería "a domicilio" muy eficaz, por lo que los avisos a domiciliarios son pocos y habitualmente generados por estas mismas enfermeras. Los médicos de AP y el personal de la red de enfermería se reúnen con regularidad para discutir los pacientes comunes.

Las urgencias en horario de consulta son atendidas por el médico de AP y fuera del horario por una red de Urgencias, bien acudiendo al servicio de Urgencias del hospital de referencia, bien por médicos voluntarios, normalmente bien pagados, que prestan esta atención en los casos que lo requieran.

Lo que más me llamó la atención, en mi experiencia en 2002, en una consulta en un barrio de Copenhague es la pérdida de autoridad del médico. Los pacientes están informados a través de Internet y consideran al médico como un consultor que puede ayudar a buscar la mejor forma de diagnóstico y tratamiento, mediar pruebas diagnósticas y, si hace falta, con derivación a consultas especializadas. Los inmigrantes, que son muchos, tienen derecho a acudir con intérprete.

No se acude a la consulta del médico con la frecuencia que se hace en España. Se debe en parte a las pecu-

liaridades del trabajo y a la cierta dificultad que tiene el acceso a la consulta. Normalmente se acude con problemas importantes. Los catarros, las gripes, las pequeñas heridas lo saben curar solos.

Las recetas para procesos crónicos se pueden pedir para un periodo de un año entero, y, además, muchas se pueden enviar a la farmacia por fax para que el enfermo recoja directamente allí el medicamento.

Quizá el aspecto más negativo sea la sensación de soledad y aislamiento que transmiten muchos pacientes y los problemas de depresión asociados.

Ventajas e inconvenientes del modelo de Atención Primaria en Reino Unido

Alicia Revilla Aparicio

Médico de Familia. Centro Sociosanitario Mutuam Güell. Barcelona.

VENTAJAS

- Prestigio de la Atención Primaria (AP) y sus decisiones. Tanto el médico como el resto del personal que compone el equipo del Centro de Salud gozan de mayor respeto por parte de los pacientes que en nuestro país.

- La Atención Primaria tiene mayor poder. Dispone de más recursos, que son coordinados por el médico. Hay menos presión asistencial (10 minutos por paciente).

- Existe la receta múltiple.

- El médico de AP cubre el horario hasta las 18 horas. No es obligatorio realizar guardias los fines de semana ni los festivos ni las noches. Existe un equipo que las hace.

- El sueldo, sin necesidad de guardias, es mayor.

- En la consulta la mesa no se sitúa entre el médico y el paciente, sino que queda a un lado. Se consigue así mayor proximidad, lo que desde mi punto de vista facilita la obtención de información y la creación de un clima de confianza mutua durante la entrevista clínica.

- Se tiene opción a permanecer a jornada completa en un mismo centro de salud, aunque se trate de un médico joven, lo que ayuda enormemente a ganar experiencia. Las sustituciones, "locums", que están muy bien pagadas, quedan para aquellos que no desean continuidad o prefieren jornadas más reducidas o bien ganar un dinero extra.

INCONVENIENTES

- Existen centros gestionados exclusivamente por el National Health Service (NHS), pero hay otros en los que el/los médico/s son gestores y socios, "partners". Esto supone un riesgo en la calidad asistencial.

- No existe Pediatría en AP. Es el médico general el que asume la atención de los niños.

- Jornada partida en la mayoría de los centros de salud (de 9 a 14 y de 16 a 18 horas).