



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



LA ATENCIÓN PRIMARIA FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

La atención primaria en el Reino Unido



T. Sánchez-Sagrado

Cabinet Medical Dr. T. Sanchez, Neussargues, Francia

Recibido el 30 de junio de 2015; aceptado el 29 de julio de 2015
Disponibile en Internet el 26 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Sistemas sanitarios

Resumen La inadecuada planificación de profesionales sanitarios en España ha favorecido la salida de médicos al extranjero. Reino Unido es uno de los países elegidos por los médicos españoles para desarrollar su trabajo.

El Servicio Nacional de Salud británico tiene un modelo sanitario similar al español. Los servicios sanitarios están financiados por impuestos. El derecho a la asistencia sanitaria está ligado a la condición de ciudadano y la provisión de servicios se realiza mediante una combinación de centros públicos y privados. La atención primaria en Reino Unido tiene una estructura similar a la española. Los médicos son profesionales cuasiliberales que se instalan en zonas predeterminadas por el gobierno. Tienen capacidad de autofinanciación y pueden formar su propio equipo de trabajo. El salario médico está ligado a la capacidad profesional y al currículum.

La función del médico es preventiva más que curativa y el trabajo en equipo y la coordinación entre atención primaria y especializada está más desarrollada que en España. El acceso a pruebas diagnósticas y especialistas está regulado por las listas de espera y el médico de atención primaria actúa como gatekeeper. El paciente elige libremente al profesional sanitario y las consultas y estancias hospitalarias son gratuitas. En Reino Unido también existen regiones de salud con graves problemas de desigualdades sanitarias en acceso y tratamiento.

Existe un periodo formativo al que se accede por currículum. El número de plazas formativas está regulado por las necesidades de la zona. La formación médica continuada es obligatoria y está controlada a nivel local y nacional.

El sistema de salud británico sirvió como modelo a la reforma de la sanidad española en 1986. La atención primaria en España tiene calidad pero la eficiencia del sistema probablemente mejoraría si la gestión de los centros de salud se realizara de manera similar a la británica.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary care;
Health care systems

Primary care in the United Kingdom

Abstract The inadequate planning of health professionals in Spain has boosted the way out of doctors overseas. The United Kingdom is one of the countries chosen by Spanish doctors to develop their job.

Correo electrónico: teresa.sagrado@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.013>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The National Health Service is a health system similar to the Spanish one. Health care services are financing mainly through taxes. The right to health care is linked to the citizen condition. The provision of health care is a mix-up of public and private enterprises. Primary Care is much closed to Spanish Primary Care. Doctors are “*self-employed like*” professionals. They can set their surgeries in a free area previously designed by the government. They have the right to make their own team and to manage their own budget.

Medical salary is linked to professional capability and curriculum vitae.

The main role of a General Practitioner is the prevention. Team work and coordination within primary and specialised care is more developed than in Spain. The access to diagnostic tests and to the specialist is controlled through waiting lists. General Practitioners work as gate-keepers. Patients may choose freely their doctor and consultations and hospital care are free at the point of use. Within the United Kingdom there are also health regions with problems due to inequalities to access and to treatment.

There is a training path and the access to it is by Curricula. The number of training jobs is regulated by the local needs. Continuing education is compulsory and strictly regulated local and nationally.

The National Health Service was the example for the Spanish health reform in 1986. While Spanish Primary health care is of quality, the efficiency of the health system would improve if staff in Primary Care settings were managed in a similar way to the British's.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Un modelo de Sistema Nacional de Salud

En el año 1945 Winston Churchill fue derrotado y los laboristas ganan las elecciones. El primer ministro, Clement Attlee, anuncia la creación del estado de bienestar y se basa en un informe realizado por Sir William Bedverige, escrito en 1942, en el que se proponían distintas soluciones para reconstruir el Reino Unido después de la II Guerra Mundial. De este informe nace el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico en 1948, siendo ministro de sanidad Aneurin Bevan. La población británica estará protegida desde ese momento «from the cradle to the grave» (de la cuna a la tumba)¹. Este nuevo modelo surge como reacción al modelo bismarkiano alemán. El modelo bismarkiano o de seguridad social surge en Alemania en el siglo XIX con el canciller Bismarck. El objetivo era proteger sanitaria y económicamente al trabajador, en caso de accidente y durante los periodos de enfermedad y jubilación². El modelo Bismarck entró en crisis durante la II Guerra Mundial. El desempleo y los problemas económicos disminuyeron las cuotas de financiación de los empresarios y los trabajadores, y el sistema de protección social basado en cotizaciones compartidas se tambaleó.

El NHS surge como un modelo alternativo caracterizado por la financiación a través de impuestos y la universalidad de la asistencia sanitaria. El derecho a la asistencia sanitaria está ligado a la condición de ciudadano y no a la condición de trabajador. El NHS británico es el modelo sanitario en el que se fija España para realizar su reforma sanitaria del año 1986.

La atención primaria y el sistema sanitario: provisión de servicios, financiación. . .

En el NHS la provisión de los servicios sanitarios se realiza de manera parecida a España. Existen centros de salud

(CS) de características y funcionamiento similares a los CS españoles, existen «walking-centres» o centros sanitarios donde se puede acudir sin cita para solucionar problemas menores de salud (funcionan desde el año 2000), existe el NHS Direct que es un servicio de consulta telefónica (desde 2008) y existen los centros de atención continuada que entran en funcionamiento cuando se cierran los CS y los hospitales. La provisión de servicios se realiza generalmente a través de entidades públicas pero también existen proveedores privados.

En el año 2008 el gasto público sanitario fue del 8.7% del producto interior bruto. El 83% del gasto sanitario es financiado públicamente a través de impuestos. No existe un impuesto específico para financiar el sistema sanitario. Tampoco existe un presupuesto específico para la atención primaria (AP) aunque sí existe un sistema de capitación que asigna un presupuesto a cada zona de salud y a cada CS. Este presupuesto está basado en un conjunto de indicadores poblacionales: edad, estado de salud, marginalidad³. . .

En el Reino Unido, como en España, la AP es la puerta de entrada a los distintos servicios sanitarios. El médico de AP o general practitioner (GP) es una figura clave en el NHS. Los ciudadanos tienen la obligación de inscribirse en un CS (no con un médico determinado, pero sí en un CS) para poder acceder no solo a los servicios sanitarios, sino a otro tipo de servicios no relacionados con la asistencia sanitaria. El GP es uno de los profesionales con capacidad para firmar los certificados que los ciudadanos necesitan en su vida cotidiana: el carnet de conducir, el certificado para abrir una cuenta corriente, para acceder a una hipoteca, para acceder a los servicios sanitarios privados, etc. La principal diferencia radica en que el paciente británico puede elegir el CS. El GP también tiene derecho a «elegir a los pacientes de su lista». Para evitar el «cherry pecking» o la selección de pacientes, el gobierno ha propuesto una serie de

incentivos a los médicos para que acepten en su lista a personas problemáticas como drogadictos, pacientes violentos, etc. El cupo suele tener alrededor de 1.432 pacientes.

La AP tiene una estructura muy parecida a la española. Los CS pertenecen a un área de salud que a su vez pertenece a una región sanitaria. En el Reino Unido también encontramos la división regional que existe en España, aunque el número de regiones se reduce a 3: Gales, Escocia e Inglaterra. Las desigualdades en el acceso a los distintos servicios y la diferente financiación de tratamientos entre las regiones han generado problemas de desigualdades parecidos a los que existen en España.

El punto fuerte de la AP en el Reino Unido es que la composición de los CS no está determinada por el Estado. Los médicos se asocian entre ellos y «forman su equipo». ¿Qué significa esto? Pues que dependiendo de los servicios sanitarios que quieran proveer a la población, los GP contratan el personal de enfermería, secretariado, terapeutas, matronas, etc. La ventaja que ofrece esta selección de personal es que responde a las necesidades poblacionales —generalmente— y aumenta la eficiencia del trabajo en equipo.

Los CS reciben una suma anual del gobierno para su funcionamiento. Esta suma de dinero la gestionan los profesionales sanitarios para pagar los sueldos de los profesionales, los gastos del centro médico y las negociaciones con los distintos hospitales para la realización de pruebas complementarias y derivaciones. El montante anual de cada CS depende del número de pacientes, de la presencia de enfermos crónicos, violentos o drogadictos en el cupo y de si se trata de zonas rurales, marginales o urbanas. A este montante se añade una cantidad anual que viene determinada por la consecución de objetivos de salud. Es el llamado Quality Outcomes Framework⁴. Este sistema nació en el año 2004 y consta de una serie de objetivos sanitarios anuales que son valorados por un sistema de puntos. Dependiendo del número de puntos, el gobierno proporciona «una paga extra anual» al CS.

En general, el sueldo de un GP oscila entre las 50-120.000 libras anuales brutas. El sueldo depende de la condición de jefe del CS, asociado, asalariado, y del currículum y las habilidades profesionales. Hay que subrayar que el horario de un médico en el Reino Unido es de 8:00 a 18:30 y que el seguro de responsabilidad civil suele costar unos 6.000-7.000 euros anuales.

La asistencia sanitaria es gratuita (como en España) y el acceso es limitado solamente por las listas de espera. Sin embargo, últimamente el acceso a los servicios de urgencias estaba semirrestringido y los pacientes eran derivados a su GP o a un walking-centre si el triaje realizado en el hospital consideraba que era un problema médico tratable en AP. Los ciudadanos de la Unión Europea (UE) con tarjeta sanitaria europea tienen los mismos derechos de acceso que los británicos. Los inmigrantes indocumentados y los extranjeros de países extracomunitarios solo tienen derecho a la asistencia sanitaria de urgencia en hospitales.

La figura del general practitioner

La AP española está desvalorizada y de ello tienen buena parte de culpa las políticas sanitarias. En el Reino Unido,

los pacientes siguen confiando en su médico. La figura de este profesional, que suele tratar a familias enteras, todavía tiene credibilidad y respeto. En el año 2009 el número de GP en Inglaterra (no en el Reino Unido) era de 40.279. Esta cifra corresponde a unos 2-2,7 médicos por 1.000 personas. La cifra más baja de la UE⁵.

La función del GP es muy parecida a la española. Quizás en el Reino Unido la prevención y la promoción de la salud están más desarrolladas que en España. La ginecología y la pediatría también la realizan los GP. Se está desarrollando la figura del «GP especialista en...». Estos *especialistas* son médicos que han seguido una formación específica en una especialidad determinada y reciben a pacientes de las zonas de salud próximas cuando los especialistas están sobrecargados. El problema de las listas de espera en el Reino Unido está peor que en España.

La formación de los GP sigue la misma dinámica que otra especialidad. El área de salud o el hospital ofertan un número de plazas determinadas (en función de las necesidades de la zona) y los médicos que quieren especializarse en medicina general tienen que optar a las plazas mediante su currículum y una entrevista. Una vez seleccionados tienen un periodo de prácticas en el hospital y otro en el CS. La formación continuada está estructurada y es supervisada a nivel local y a nivel nacional por el General Medical Council (Consejo General de Médicos). Desde el año 2009 todos los profesionales que deseen trabajar en Reino Unido tienen que tener licencia. Esta licencia se renueva cada 5 años y la renovación depende de la realización de un plan de formación anual que es revisado por un médico capacitado para realizar esta revisión⁶.

Atención primaria y atención especializada: coordinación, historia clínica, cartera de servicios...

El GP es el profesional que abre la puerta a la atención especializada mediante una carta que envía al especialista vía Internet mediante el mecanismo de «choose and book» (elige y reserva). El paciente puede elegir el especialista y el hospital en el que desea ser tratado, en teoría. En la práctica, las listas de espera, la distancia y las barreras regionales limitan mucho esta elección.

Las historias clínicas en papel son prácticamente inexistentes. Desde el año 2000 se ha seguido un proceso de renovación y en el momento actual están informatizadas. Existen programas informáticos para la gestión de las historias clínicas (EMIS, VISION). Son programas bien diseñados y capaces de guardar información codificada fácilmente accesible. La custodia de la historia clínica es importante y debe conservarse durante 30 años. El registro de los datos en el ordenador está muy controlado^{7,8}.

La cartera de servicios es parecida a la española aunque el acceso a determinadas pruebas sanitarias y medicamentos está muy restringido. La introducción de la tecnología sanitaria o la financiación de medicamentos nuevos está regulada por un organismo independiente del gobierno, the National Institute for Health Care and Excellence (NICE)⁹. Este organismo es el que decide, en función de la eficacia, la eficiencia y el coste, si un medicamento o una prueba diagnóstica puede ser introducida en la cartera de servicios.

La atención continuada (out off hours) se realiza de 19:00 a 8:00 por empresas privadas financiadas por el gobierno. En un principio eran los GP de una zona los que se agrupaban y proporcionaban los servicios de atención continuada. En el año 2004 entró en vigor un nuevo contrato entre el gobierno y los GP y estos decidieron que tenía que ser el gobierno el que se ocupara de la provisión de la atención continuada. Lo que en aquel momento pareció una buena idea ha demostrado con el paso del tiempo que no lo era tanto. . . pero eso no es nuestro tema de hoy.

Los otros profesionales. . .

Los enfermeros y las enfermeras son tan importantes como los médicos en los CS. Los profesionales se contratan en función de sus habilidades (también existe carrera profesional en enfermería) y su salario depende de su capacidad de trabajo y su currículum. Hay enfermeras y enfermeros que pueden tener un salario parecido al de un médico. Realizan funciones de prevención, seguimiento de enfermedades crónicas y manejo de enfermedades menores. Algunos están capacitados para recetar. Es un verdadero trabajo en equipo.

Nos encontramos también la figura de la matrona, con unas responsabilidades mayores que en España. Las matronas hacen el seguimiento durante el embarazo, el parto y el posparto. Son las encargadas de visitar a las madres al día siguiente del nacimiento del bebé (en Reino Unido la estancia hospitalaria después del parto es de 12-24 h si no hay problemas) y controlan que ambos, la mamá y el bebé, se encuentren en perfecto estado, no solo de salud, sino también de salubridad.

Hemos comentado que el GP funciona como pediatra. En los CS de Reino Unido no hay pediatras. Existe sin embargo la figura del health visitor. Esta figura es un híbrido profesional entre un pediatra, una matrona y una enfermera. Este profesional va a realizar el seguimiento del niño en el CS, en su domicilio y en el colegio, siempre en contacto con el GP de referencia del niño.

Estos 2 últimos profesionales dependen del área de salud y no del CS.

Conclusiones

La AP en el Reino Unido es similar a la española. La capacidad de los profesionales de agruparse siguiendo unos criterios de complementariedad de aptitudes profesionales y teniendo

en cuenta las necesidades poblacionales parece aumentar la eficiencia del sistema y disminuir conflictos entre profesionales. Es una opción a valorar en España donde los profesionales trabajan en función del número sacado en una oposición en lugar de hacerlo teniendo en cuenta las habilidades profesionales y las necesidades de la población.

Los españoles tenemos la costumbre de pensar que fuera de nuestras fronteras las cosas se hacen mejor. Hasta que salimos y podemos comparar. La AP en España es de buena calidad. Nos falta ser eficientes, aumentar el tiempo de consulta del paciente y destruir barreras administrativas y regionales.

Financiación

No ha existido ninguna financiación.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. The history of the NHS in England [consultado 27 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1948.aspx>
2. Parcet M. El sistema sanitario alemán [consultado 7 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tribuna-parcet>
3. Health Systems in Transition. United Kingdom (England) [consultado 27 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf?ua=1
4. Quality and outcomes framework [consultado 27 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.hscic.gov.uk/qof>
5. Primary Care in the driver seat? [consultado 27 Jun 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf?ua=1<http://www.hscic.gov.uk/qof>
6. Good Medical Practice [consultado 27 Jun 2015]. Disponible en: http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp
7. Records Management NHS code of practice [consultado 7 Jun 2015]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/records-management-nhs-code-of-practice>
8. Generic Medical Record keeping standarts [consultado 7 Jun 2015]. Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/generic-medical-record-keeping-standards.pdf>
9. NICE [consultado 7 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/>