



# Sueños y realidades del National Health Service británico. La atención primaria como puerta de acceso a los servicios de salud

J. García de Ancos

Professional Resources and Research Group, British Medical Association

Correspondencia: José García de Ancos. British Medical Association. BMA House. Tavistock Square. London WC1H 9JP  
E-mail: jgarcia deancos@bma.org.uk

(The dreams and realities of the British National Health Service. Primary care as a gateway to health services)

**A**unque el National Health Service (NHS) británico sigue proclamando la importancia del libre acceso a la atención sanitaria, las reformas emprendidas con el *White Paper Modern and Dependable*<sup>1</sup> proponen más que cualquier otra reforma reciente del NHS, cambios sustanciales sobre cómo y quién va a estar a cargo de proveer este acceso. La visión del médico general como profesional independiente con monopolio de acceso a la «puerta de entrada» de la asistencia está siendo afectada por dos elementos fundamentales: Primero por las propuestas de cambio en sus responsabilidades. Segundo por las relaciones de la atención primaria con otros proveedores de servicios de atención al paciente.

## *Cambio de responsabilidades en atención primaria*

El lenguaje de la reforma es políticamente correcto; la cooperación multidisciplinar y la equidad reemplazan a la competición y el mercado. No obstante a esta retórica le queda por añadir ingredientes clave para conseguir mejorar, no sólo cambiar, la reforma anterior. Por el momento lo único obvio para el clínico es la inmersión de la atención primaria en un nuevo entramado de estructuras centralizadoras de planificación y de control de la provisión de principios vagos, objetivos indefinidos y estrategia opaca.

La intensa burocracia estructural de planificación introducida por los grupos de atención primaria «*Primary Care Groups (PCGs)*» y sus equivalentes en Escocia y en Gales no es en sí un aspecto negativo. Sin embargo, no cabe duda que la debilidad de los centros individuales de atención primaria para la gestión descentralizada afectará la relación de la atención primaria con los pacientes y su futura cartera de servicios que va a estar determinada por la complejidad organizativa propuesta<sup>2</sup>.

La reforma actual es inestable, como era la anterior, por su intento de cejarse con la atención primaria como un laboratorio en el que faltan instrumentos de evaluación basados en algo más que un tanto insustancial optimismo político<sup>3</sup>. La simple creación de estas nuevas «supraestructuras» en la forma de los grupos de atención primaria no va *per se*, a descubrir la fórmula mágica de la calidad a bajo precio, ni de los métodos útiles de evaluación.

La cooperación entre el sector de salud y los programas comunitarios, debería haber puesto los pilares para su gestión *agil* en los grupos de atención primaria y no en el conglomerado de planes que surjan de las *Health Action Zones*, *Health Improvement Programmes* y demás iniciativas. Los indicios son que los elementos para esa gestión dependen de iniciativas locales entre departamentos de salud pública y otros sectores. Los grupos de atención primaria tienen la limitación de ser un entramado médico-político que carece del poder legal para poner en práctica iniciativas locales, de la información adecuada en muchos casos para decidir cuáles apoyar y del tiempo para observar sus efectos en la comunidad<sup>4</sup>.

Querer aumentar la calidad de la atención primaria, necesita aclarar a los grupos de atención primaria de qué es de lo que se habla. Una palabra tan indefinida como calidad en atención primaria que significa cosas diferentes para los clínicos, los gestores y los pacientes tiene que saber además cómo, dónde y cuánto va a costar medirla.

Modernizar el servicio y basar la práctica profesional en la evidencia de su efectividad y otros parámetros aceptables, necesita responder no sólo a las necesidades de los miembros elegidos de los grupos de atención primaria sino a las de los médicos generales y otros profesionales prestando asistencia a los 100.000 residentes en cada uno de ellos. Esta labor no es sencilla incluso a niveles de representación poblacional me-

nores como lo demostró el extinto modelo de *GP fundholding*, donde los logros en la reducción de costes en algunos sectores se acompañaron de una evidencia controvertida de su impacto en otras áreas de la atención al paciente<sup>5</sup>.

La reforma apuesta además por la introducción de instrumentos de control de gestión o gobierno clínico — *Clinical Governance*, aún por modelar. Si el balance de los diferentes modelos posibles es promover positivamente la atención sanitaria este modelo permitiría identificar más fácilmente actividades de asistencia con un impacto beneficioso directo y local. Sin embargo, si los modelos ponen demasiado énfasis en el «control» del profesional como justificante de medidas disciplinarias, la reacción de los clínicos va a ser menos positiva. Las variaciones en los problemas y necesidades de la población y los diferentes profesionales va a determinar la validez de los resultados de este último modelo<sup>6</sup>. Esta última alternativa podría ser vista además como una forma de introducir objetivos políticos encaminados a diluir la independencia del médico como proveedor, más que de poner en práctica instrumentos que permitan la provisión de mejores servicios a la población<sup>7</sup>.

Es difícil por el momento ver cómo las propuestas actuales van a conseguir la uniformidad y equidad deseable para la atención primaria en las diferentes regiones y estados del Reino Unido. En Escocia, aunque los principios de *Designed for Care*<sup>8</sup> son similares a los de Inglaterra y Gales, la organización propuesta en atención primaria es muy diferente. La falta de responsabilidad directa en la comisión de servicios, la difícil gestión de costes farmacéuticos de la atención primaria sin poder controlar el impacto indirecto de la factura farmacéutica hospitalaria hace de la reforma en Escocia una opción que puede debilitar la influencia de la atención primaria en la comisión de servicios sanitarios. No obstante, aunque el cambio preocupa a los profesionales, la postura parece ser de un pragmatismo positivo para hacer funcionar una reforma que parece haberse olvidado del paciente y de su relación con el médico general<sup>9</sup>. El escepticismo de algunos sectores se basa en ver a los grupos de atención primaria como una institución alejada de los intereses del paciente individual, que debe contar tanto como el del gestor, del político o del coste-efectividad de la comunidad<sup>10</sup>.

La actual reforma desafía hechos intrínsecos a la historia del NHS británico. Los pacientes perciben y valoran la calidad de la atención primaria que reciben de sus médicos generales. El problema es que los indicadores que miden la calidad de esa atención no coinciden frecuentemente con aquellos de la gestión. La lista es larga pero incluye aspectos como los siguientes: Ver a su propio médico, utilizar a la atención primaria como el punto de acceso, sobre todo en grupos vulnerables como ancianos o población con problemas de salud mental o el asesoramiento sobre el laberinto de inter-

venciones diagnósticas y terapéuticas disponibles. La introducción de este tipo de indicadores dan más relevancia a las percepciones del paciente<sup>11</sup>.

La evidencia sobre lo que «indican los indicadores» en uso por los grupos de atención primaria es cuando menos controvertida<sup>12</sup>. En la actualidad la estrategia de gestión de las actividades de los grupos de atención primaria va a tener que basarse en parte en la experiencia del *GP fundholding* o de los grupos de comisión de servicios instaurados a raíz de la previa reforma y en una serie de incentivos, ya que la participación de los GPs en las actividades de los PCGs es voluntaria. Igualmente tendrá que resolver los potenciales conflictos entre los intereses de los grupos de atención primaria y otras áreas de la autoridad sanitaria<sup>13</sup>.

En otras palabras, las barreras existentes para la puesta en práctica corren el riesgo de producir lo que la reforma intenta evitar: las variaciones de equidad, calidad y coste en la provisión de la atención primaria. Lo que sí es evidente es que la mayor diferencia va a girar en torno al intento de absorber parte de la independencia de los médicos generales y aumentar su integración dentro de las autoridades sanitarias. Una pieza más en un juego de cincuenta años entre el gobierno y los médicos de atención primaria por el control de este elemento característico de la atención sanitaria pública en el Reino Unido. La respuesta de las instituciones representantes de los médicos de atención primaria, sin embargo ha sido primero de cooperación negociada<sup>14</sup> y más recientemente de preocupación y sospecha sobre los objetivos de control más que de provisión implícitos en la actual reforma.

#### *Relación de los médicos generales con otros proveedores de atención primaria*

El elemento adicional que va a afectar el papel del médico general como puerta de entrada al servicio sanitario es la instauración y extensión del *NHSDirect* que a través de la enfermería comunitaria y en tándem con inversiones en tecnología de información sanitaria pretende canalizar la totalidad de la demanda sanitaria del NHS a través de un punto único de entrada al sistema<sup>15</sup>. Los optimistas consideran a éste como el elemento más importante de la actual reforma, ya que va a desmontar el monopolio de acceso desde la atención primaria y va en línea con una sociedad «consumista tecnológica y moderna» que demanda servicios muy definidos que se alejan de la versión paternalista basada en el médico general como intérprete y consejero del paciente<sup>16</sup>.

Sin embargo, los resultados de las primeras evaluaciones pintan una imagen diferente de *NHSDirect*, sobre todo cuando se la descarga de una cierta ingenuidad tecnológica en algunos sectores que confía en

que la integración de servicios en el sector sanitario se puede conseguir con fórmulas similares a las aplicadas en el sector de transporte o comercial. Los resultados de las evaluaciones muestran una variabilidad por regiones en las acciones de *NHSdirect* ante situaciones de necesidad clínica aparentemente idénticas que no se explican una vez que se excluyen variaciones geográficas y otras variables epidemiológicas.

El tipo de sistemas informáticos de soporte al diagnóstico de triage, las variaciones en la formación y actitudes del personal de enfermería a cargo del servicio y probablemente el conocimiento local de la demanda por aquéllos respondiendo a las llamadas son responsables de algunas de las aparentes contradicciones descubiertas en los resultados de los planes piloto. Otro aspecto que preocupa es el bajo uso del servicio por aquellos que en teoría más se podrían beneficiar de él. Grupos como los ancianos y aquellos con dificultades en entender la lengua dominante de la región matizan el valor de un sistema centralizado versus las formas de provisión local de servicios telefónicos similares. Es importante que la integración y futura expansión del servicio con el conglomerado de servicios provistos por las cooperativas de urgencias de los médicos generales, los servicios de ambulancia y acceso programado a ur-

gencias hospitalarias, centros de salud abiertos las 24 h y otras iniciativas futuras cuente con la experiencia adquirida por los profesionales y la población local<sup>17</sup>.

En resumen, los médicos generales británicos desde mucho antes de la creación del NHS han mantenido un papel crucial en la organización de los servicios sanitarios. Lo que es debatible es si el status quo de los médicos generales es la causa de las actuales características organizativas del sistema o si el modelo actual es en realidad el mejor posible en términos de resultados de salud para el paciente<sup>18</sup>. El actual proceso de reforma es el intento reciente más importante de absorber al médico general dentro de la maquinaria del NHS. Los efectos de las iniciativas existentes pueden cambiar el papel de acceso del médico general. Los estudios de investigación dirán si la «llave» de la puerta a la atención sanitaria debe de seguir en manos de los médicos generales o si los servicios serán más amplios y saludables con la modificación de algunas de las características fundamentales e independencia de la atención primaria. Siempre es posible que una nueva reforma inacabada impida, como ocurrió con la anterior, la verificación de sus beneficios reales para establecer una mejor relación entre los profesionales de atención primaria y sus pacientes.

---

## Bibliografía

1. HMSO 1997. The New NHS. Modern and Dependable.
  2. García de Ancos JL. ¿Nueva atención primaria o nueva burocracia para el Servicio Nacional de Salud Británico? [editorial]. Cuadernos de Gestión 1998;4:115-8.
  3. Maynard A. Universal Coverage and cost control: The United Kingdom National Health Service. J Health Hum Serv Adm 1998;20:423-41.
  4. Fisher B. Community development, user involvement and primary health care. BMJ 1999;318:749-50.
  5. Wilton P. Primary care reform: a three country comparison of «budget holding». Health Policy 1998;44:149-66.
  6. Baker R. A model for clinical governance in primary care groups. BMJ 1999;318:779-83.
  7. Goodwin N. Evaluation of total purchasing pilots in England and Scotland and implications for primary care groups in England: personal interviews and analysis of routine data. BMJ 1998;317:256-9.
  8. Secretary of State for Scotland. Designed to care: renewing the National Health Service in Scotland. Edinburgh: Stationery Office; 1997.
  9. Hopton J. The development of local health cooperatives in Scotland. BMJ. 1999;318:1185-7.
  10. Vevers J. Time is such a precious thing. BMJ 1999;319:391.
  11. Neuberger J. Patients' priorities. BMJ 1998;317:260-2.
  12. Myers P. Performance indicators for primary care groups. (letter) BMJ 1999;318:803.
  13. Marshall M. Improving quality in general practice: qualitative case study of barriers faced by health authorities. BMJ;319:164-7.
  14. Wise J. BMA wins guarantees on primary care groups. BMJ 1998;316:1.927.
  15. Pencheon D. NHS Direct. BMJ 1998;317:1.026-7.
  16. Pencheon D. NHS Direct: managing demand BMJ;316: 215-6.
  17. Florin D. Evaluating NHS Direct. BMJ 1999;319:5-6.
  18. Abel-Smith B. Value for Money in Health Service—a comparative study. London: Heinemann; 1976.
-