

REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

Atención primaria en España e Inglaterra; aprender de las diferencias. Opinión de médicos de familia españoles con experiencia en ambos países

Primary care in Spain and England; learning from the differences. Opinions of Spanish general practitioners with experience in both countries

Luis Ayerbe García-Monzón^{a,*}, Jorge Milazzo Loma-Osorio^b, María Pérez-Piñar López^c, Sonia González Martínez^d y Esteban González López^e

^aThorpe Bay Surgery, Southend On Sea, Essex, Reino Unido

^bKingston Medical Centre, Kingston upon Hull, Reino Unido

^cThe Westborough Road Surgery, Southend On Sea, Reino Unido

^dRiverside Medical Centre, Kingston upon Hull, Reino Unido

^eConsultorio Villafranca del Castillo, Centro de Salud Universitario Villanueva de la Cañada, Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Disponible en Internet el 14 de noviembre de 2009

Entre 2003 y 2006, el National Health Service británico contrató más de 100 médicos de familia (MF) españoles para trabajar en Inglaterra. Los autores de este artículo fuimos parte de ese grupo. En nuestro trabajo hemos observado el modo diferente de abordar distintos aspectos de la atención primaria (AP) en España e Inglaterra. Este trabajo parte de una encuesta que se hizo circular por correo electrónico entre MF con experiencia en ambos países. En esta encuesta, se abordaron 3 áreas: organización de la consulta, relación con colegas y pacientes, y desarrollo profesional. Contestaron 28 MF con experiencia en 14 comunidades autónomas españolas y 6 condados británicos (fig. 1).

Organización de la consulta

La mayoría de los MF encuestados ve más asumible la presión asistencial en Inglaterra: 10 min por paciente y 30 pacientes diarios (más avisos y urgencias)¹. La situación española, con

6 min o menos por paciente², es insostenible cuando se requiere calidad asistencial y satisfacción profesional. La jornada inglesa, de 9.00 a 18.30, resulta más incómoda, por lo que la mayoría de los MF encuestados prefieren la jornada española (de 8.00 a 15.00 o de 14.00 a 21.00).

En Inglaterra, muchos problemas se tratan por teléfono. Aunque no existe formación específica en esta modalidad de consulta³, la mayoría de los encuestados la valoran positivamente. La burocracia en la consulta en Inglaterra es mayor que en España, aunque, por ejemplo, las bajas laborales se resuelven con mayor rapidez.

En Inglaterra, médicos y enfermeros pueden desarrollar áreas de su interés, como asma y diabetes, entre otras. El médico con mayor desarrollo en un área ve a todos los pacientes del centro de atención primaria (CAP) con ese problema. Los resultados clínicos de esta organización y la valoración que hacen los pacientes son positivos^{4,5}. La enfermería en Inglaterra tiene varias categorías dentro de la AP. La diversificación del personal, organizativa o por interés personal, conlleva una atención menos integral por parte de cada profesional, un contacto menos personal con el paciente⁶ y la necesidad de una coordinación asistencial a veces difícil. A cambio, el profesional que ve estos casos

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisayerbe@hotmail.com (L. Ayerbe García-Monzón).

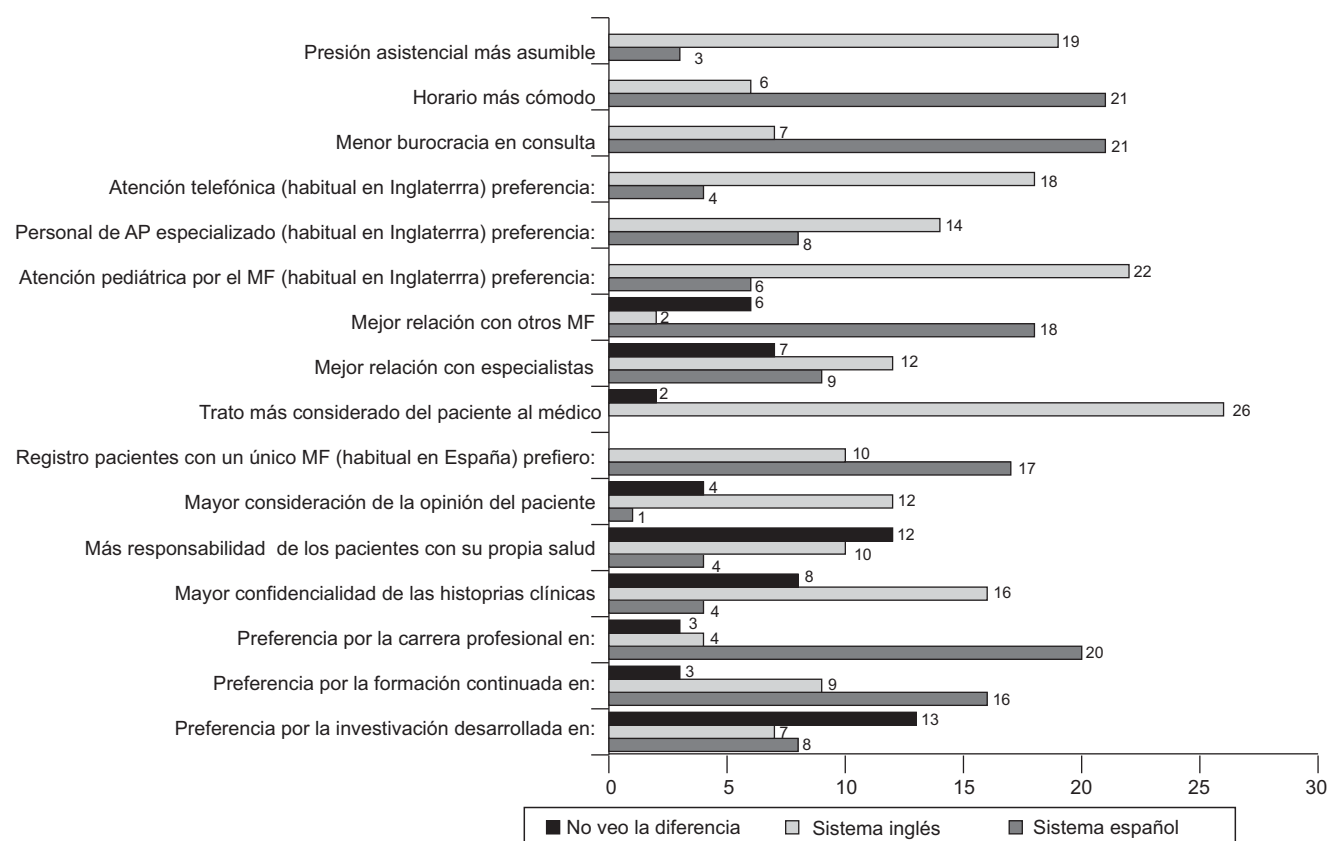


Figura 1 Opinión de médicos de familia españoles sobre la atención primaria en España e Inglaterra.

está más especializado que sus compañeros. En España, donde cada médico y enfermera aborda todos los problemas que presenta su paciente, se conoce mejor a éste, pero se sabe menos sobre algunos temas. La mayoría de los MF encuestados valoran positivamente la flexibilidad del sistema inglés.

En Inglaterra, los MF atienden también niños, a diferencia de España, donde hay pediatras en AP. Una mayoría de los MF encuestados está cómoda atendiendo niños, ya que suelen ser casos asequibles para un MF, y añaden variedad y complejidad a la consulta.

Relación con colegas y pacientes

La mayoría de los MF encuestados valora mejor su relación con otros MF en España que en Inglaterra. Esto puede deberse a barreras culturales; la comunidad médica que trabaja en Inglaterra es muy internacional. Un grupo de médicos (*partners*), que deciden sobre la continuidad laboral, el sueldo y los horarios de un médico asalariado, son los que gestionan los CAP ingleses. En España, el hecho de que todos los médicos sean asalariados del sistema simplifica las relaciones personales.

En España, la comunicación con los especialistas se hace mediante documentos de interconsulta que el paciente lleva (o no) del CAP al hospital. En Inglaterra, esto se hace mediante cartas dirigidas personalmente, con un informe completo del paciente, y además se puede solicitar consejo al especialista por teléfono, carta, o correo electrónico, lo

que conlleva más papeleo pero mantiene una comunicación fluida entre la AP y la atención secundaria. Una mayoría de MF encuestados ve mejor comunicación con los especialistas en Inglaterra.

La consideración del paciente con el MF en Inglaterra es mejor que en España, según la opinión de los MF encuestados. La importancia de este aspecto para una mejor AP se ha descrito anteriormente^{7,8}. Este mayor aprecio socioprofesional se debe a factores políticos, sociales y económicos.

Los pacientes en Inglaterra están registrados en el CAP y pueden citarse con cualquiera de los médicos, aunque intentan ver siempre al mismo. En España, donde sólo se puede ver al MF con el que se está registrado, se garantiza la atención integral¹⁰ y es difícil la rotación de pacientes simuladores o rentistas. En contrapartida, los MF españoles ven a diario más hiperfrecuentadores, mientras que en Inglaterra estos pacientes se diluyen entre todo el centro. La mayoría de los MF encuestados prefiere el sistema español.

Tanto en España como en Inglaterra hay pacientes que no recuerdan qué medicación toman o de qué se han operado. Los MF encuestados no ven diferencia en la responsabilidad que tienen los pacientes españoles o ingleses con su propia salud.

La confidencialidad de las historias clínicas, en opinión de los MF encuestados, es mayor en Inglaterra, pese a que no se las asigna a un único médico y pese a la diversificación del personal.

Los MF encuestados observan que en Inglaterra se tiene más en cuenta la opinión del paciente en las decisiones que se toman. Esta mayor participación del paciente, que es una tendencia creciente⁹, se ha planteado como estrategia de

tratamiento de problemas crónicos¹⁰ El MF español tiende a expresar su opinión más explícitamente que el inglés. Tan negativo parece el paternalismo donde el paciente obedece al médico, como el autonomismo total donde el paciente toma decisiones para las que no está cualificado¹¹.

Desarrollo profesional

Mientras que en España los MF promocionan según la carrera profesional, en Inglaterra lo hacen por decisión arbitraria de los *partners*. La mayoría de los participantes valoran mejor el sistema español.

Aunque la investigación en Inglaterra tiene mayor impacto científico, se realiza lejos de la clínica¹². Los MF encuestados valoran positivamente los proyectos de investigación de los CAP españoles, en los que es más sencillo implicarse.

En Inglaterra, son los especialistas quienes suelen impartir la formación continuada, con una participación muy pasiva de los MF. Los MF encuestados valoran mejor la formación continuada en España, llevada directa y activamente por los propios MF.

Conclusión

Tanto el sistema de AP inglés como el español tienen aspectos modificables y mejorables. Creemos que de la experiencia de trabajo en 2 países se pueden obtener ideas para hacer una AP de mayor calidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los médicos participantes en el estudio, así como al Dr. J. Gervas, del CS Buitrago del Lozoya, a A. Prieto Orzanco del Observatorio de la semFYC, y a Lissa Perteghella, de la Embajada Británica en España, por la información y ayuda prestadas.

Bibliografía

1. Roland M. Length of consultations. Contract needs to enable doctors to offer first class care. *BMJ*. 2002;325:1241.
2. Durán A, Lara JL, Van Waveren M. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2006;8:1–208.
3. Higgs R, Blache G, Peters M, Armstrong E, Jessopp LB. Telephone consultation requires appropriate training. *BMJ*. 2003;327:53.
4. Gervas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: Unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007;57:912–917.
5. Fitzmaurice DA. General practitioners with special clinical interests. Evidence for effectiveness exists. *BMJ*. 2003;327:933.
6. Roland M. The future of primary care. Lessons from the UK. *N Engl J Med*. 2008;359:2087–92.
7. Gervas J, Pérez M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9:384–400.
8. Gervas J, Pérez M. Western European best practice in primary healthcare. *Eur J Gen Pract*. 2006;12:30–3.
9. Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *BMJ*. 2005;331:1199–201.
10. Lapsley P. The magic roundabout. *BMJ*. 2006;332:43–4.
11. Torralba i Roselló F. Filosofía de la Medicina: en torno a la obra de E.D. Pellegrino. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina; 2001.
12. Rothwell PM. Medical academia is failing patients and clinicians. *BMJ*. 2006;332:863–4.