



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



LA ATENCIÓN PRIMARIA FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

La atención primaria en Irlanda



T. Sánchez-Sagrado*

Delegación territorial de Sanidad y Bienestar Social, Segovia, España

Recibido el 17 de enero de 2017; aceptado el 13 de febrero de 2017

Disponible en Internet el 28 de marzo de 2017

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Sistemas sanitarios;
Irlanda

Resumen Los médicos siguen saliendo de España en busca de trabajo de calidad. Irlanda no cuenta con demasiados profesionales españoles, pero es interesante conocer su particular sistema sanitario.

Irlanda se encuadra dentro de los sistemas nacionales de salud, aunque coexiste con un sistema de seguros privados. Todos los ciudadanos que llevan al menos un año en Irlanda tienen derecho a asistencia sanitaria. Las condiciones de acceso son diferentes dependiendo de la edad y la renta: gratuito para ciudadanos de categoría 1 y no gratuito para el resto. Esta división genera importantes desigualdades en la población. Los médicos son autónomos y trabajan independientemente, aunque desde 2001 se tiende a trabajar en equipos multidisciplinares para fomentar la atención primaria. El salario es la suma de las actividades pública y privada, que no están diferenciadas. Los médicos se ocupan del tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, cirugía menor, pediatría... No existe coordinación entre atención primaria y atención especializada. El acceso a especialistas está limitado por el coste de la consulta porque el médico de atención primaria no tiene función de *gatekeeper*. Son necesarios 3 años de formación especializada para poder trabajar. Después, la formación médica continuada es obligatoria y existen controles aleatorios anuales realizados por el colegio de médicos.

El sistema irlandés es un modelo sanitario que no tiene cabida en Europa. La falta de una división clara entre asistencia pública y asistencia privada genera grandes desigualdades. La pobre coordinación entre atención primaria y atención especializada origina ineficiencias que Irlanda no puede permitirse después de la crisis económica de la década pasada.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary Care;
Health Systems;
Ireland

Primary care in Ireland

Abstract Spanish doctors are still leaving the country to look for quality work. Ireland is not a country with many Spanish professionals but it is interesting to know its particular Health care system.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresa.sagrado@gmail.com

Ireland is one of the countries with a national health care system, although it has a mixture of private health care insurance schemes. People have a right to health care if they have been living in Ireland at least for a year. Access to the primary care health system depends on age and income: free of charge for Category 1 and co-payments for the rest. This division generates great inequalities among the population. Primary Care doctors are self-employed, and they work independently. However, since 2001 they have tended to work in multidisciplinary teams in order to strengthen the Primary Care practice. Salary is gained from a combination of public and private incomes which are not differentiated. The role of the General Practitioner consists in the treatment of acute and chronic diseases, minor surgery, child care, etc. There is no coordination between Primary and Secondary care. Access to specialised medicine is regulated by the price of consultation. Primary Care doctors are not gatekeepers. To be able to work here, doctors must have three years of training after medical school. After that, Continuing Medical Education is compulsory, and the college of general practitioners monitors it annually.

The Irish health care system does not fit into the European model. Lack of a clear separation between public and private health care generates great inequalities. The non-existence of coordination between primary and specialised care leads to inefficiencies, which Ireland cannot allow itself after a decade of economic crisis.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La atención primaria en Irlanda

Un sistema de salud donde privado y público se confunden...

El sistema de salud irlandés es un sistema con una organización singular donde la línea de separación entre la asistencia sanitaria privada y la pública es muy borrosa. Aunque se incluye en el grupo de los sistemas nacionales de salud, en 2006, más de un 50% de la población tenía un seguro de salud privado. El sistema sanitario irlandés se estudia como el modelo de sistema sanitario europeo a evitar debido a las desigualdades que genera el límite impreciso que existe entre atención sanitaria pública y atención sanitaria privada. Las reformas sanitarias se han sucedido desde los años 90, pero no han encontrado aún una fórmula de coexistencia apropiada entre la asistencia sanitaria pública y privada.

Los primeros servicios de atención primaria (AP) surgen en 1851 con la creación de dispensarios locales para los más pobres. El médico, pagado por el estado, proporcionaba cuidados sanitarios a esta población. Estos mismos médicos se ocupaban también del resto de la población de manera privada. En los años 40, el gobierno propone la creación de un servicio nacional de salud parecido al británico, pero encuentra la resistencia de los profesionales sanitarios y de la Iglesia católica. Esta última consideraba que la atención sanitaria socializada disminuía las responsabilidades individuales de cuidados personales. El sistema sanitario actual se desarrolla entre los años 40-70 con la creación del Ministerio de Sanidad (*The Department of Health [DoH]*) y la Ley de Sanidad (*The Health Act 1953*). En los años 70, una nueva Ley de Sanidad (*The Health Act 1970*) confiere a todos los irlandeses el derecho a los servicios sanitarios, pero los divide en 2 categorías en función de la edad y los ingresos: los que tienen servicios sanitarios gratuitos o categoría 1 (portadores de una GMS card o tarjeta sanitaria para servicios

médicos generales) y los que tienen que pagar o categoría 2. La mezcla de servicios públicos y privados que generó esta ley continúa vigente, con el consiguiente aumento de las desigualdades en la provisión de servicios sanitarios para la población¹.

El sistema sanitario y la atención primaria: financiación, provisión de servicios, cobertura...

En Irlanda, el porcentaje del gasto sanitario sobre el producto interior bruto es del 8%. Existe un presupuesto específico para financiar la sanidad al que se añaden impuestos especiales en algunos productos, como el tabaco. En el año 2006, un 30% de los presupuestos generales se dedicaron a sanidad. El sistema sanitario irlandés está financiado con impuestos (78%), seguros privados (8%), aportaciones de los ciudadanos (12%) y cuotas de la seguridad social y fondos privados (2%). La AP recibe el 13% del presupuesto total sanitario. El gasto sanitario per cápita en 2010 fue de 2.862 € (2.172 € media europea)¹.

La provisión de servicios en AP y atención especializada (AE) se realiza en hospitales y centros de salud públicos y privados indistintamente. En general, los hospitales están gestionados por el gobierno central y los centros de salud por corporaciones locales. Los profesionales sanitarios trabajan indistintamente para la sanidad pública y privada, previa solicitud de un permiso del gobierno^{1,2}.

La cobertura es universal y gratuita para todos los ciudadanos que llevan o tienen intención de vivir en Irlanda al menos un año y que pertenecen a la categoría 1 (un 44% de la población). Los ciudadanos que pertenecen a la categoría 2 tienen que pagar la asistencia sanitaria. Para esta categoría solo son gratuitos determinados servicios como la vacunación infantil y el tratamiento de algunas enfermedades infecciosas. Pertenecer a una u otra categoría depende del nivel de ingresos y de la edad¹⁻³.

El copago farmacéutico existe para todas las categorías. Este copago tiene un tope de 140€/mes por persona y/o familia para los ciudadanos que pertenecen a la categoría 2; los ciudadanos que pertenecen a la categoría 1 pagan 2,5€/receta con el mismo tope mensual.

La atención primaria y el trabajo del médico generalista

La reforma del año 2001 asigna un médico generalista a cada ciudadano, aunque estos pueden elegir un profesional diferente en determinadas circunstancias, como por ejemplo en las revisiones ginecológicas o la prescripción de anticonceptivos^{1,3-5}.

El coste de la consulta es gratuito para los pacientes de la categoría 1 que poseen una tarjeta de servicios médicos generales (*medical card*) o una tarjeta de consulta (*GP visit card*) para pacientes con enfermedades específicas como Parkinson, diabetes, etc. El resto de los pacientes tienen que pagar la consulta en su totalidad (60-80€). Se puede acudir al especialista sin necesidad de solicitar una derivación al médico de AP. La función de *gatekeeper* (control del acceso a la atención secundaria) que ejercen los médicos de AP es simplemente un mecanismo económico disuasorio porque la derivación al especialista desde AP disminuye la cuota de pago del mismo o es gratuita en los servicios de urgencias. Sin esta derivación, la consulta a urgencias o AE es de unos 150€^{1,3-5}.

Los médicos son profesionales autónomos que trabajan solos o en pequeños grupos. Desde el año 2001, el gobierno trabaja para mejorar la accesibilidad y la calidad de la AP mediante la creación de equipos multidisciplinares de AP (*Primary Care Teams [PCTs]*). La gestión de estos equipos es diferente a la española. En general, los profesionales continúan siendo autónomos e independientes. El salario de un médico es la suma del trabajo público y del privado. El trabajo público lo paga el gobierno mediante un mecanismo de capitación en función de las características de los pacientes registrados de categoría 1. A este salario hay que añadir las visitas a domicilio, las consultas urgentes (22€ extra), los ingresos procedentes de intervenciones especiales como la cirugía menor, los electrocardiogramas, la retirada de puntos de sutura, etc., y el salario generado por las consultas de los pacientes privados. El sueldo bruto anual de un médico de AP se sitúa alrededor de los 100-110.000€, de los que hay que descontar el alquiler del consultorio, los gastos de mantenimiento, la compra de material, etc.

Las funciones de los profesionales son similares a las de los médicos españoles, el seguimiento de pacientes crónicos y la atención de procesos agudos. Las actividades de prevención y promoción de la salud son escasas y fragmentadas. Los médicos de AP son los encargados de la atención a los niños y realizan determinadas intervenciones específicas de enfermería como la extracción de tapones, la retirada de puntos de sutura, las vacunaciones, etc. En un cupo de unos 1.500 pacientes, la carga laboral es de unas 30 consultas/día, con 14-15 domicilios/semana. La jornada semanal es de 60-70 h/semanales¹⁻³.

La atención continuada es diferente en zonas rurales y urbanas. En las primeras, los médicos tienen la obligación de cubrir la atención nocturna y de fines de semanas los

días que les asigne el gobierno. En zonas urbanas, los médicos se organizan en cooperativas. La atención continuada no diferencia entre pacientes públicos y privados².

La informatización de la historia clínica es de un 50% en toda Irlanda, y se registran principalmente datos administrativos. La continuidad de cuidados es mínima y se proporciona a aquellos pacientes que tienen una tarjeta médica y están registrados con un profesional⁵.

Atención primaria y atención especializada: coordinación, urgencias...

Los médicos de AP funcionan de manera autónoma y su función de entrada al segundo nivel es disuasoria a nivel económico. El copago a los servicios de urgencias extra-hospitalarios, la dificultad de acceso a los mismos y la descoordinación existente derivan la demanda hacia el uso de los servicios de urgencias. El concepto de AE tal y como se desarrolla en España no existe. Hay clínicas de derivación rápida (*Medical Assessment Unit [MAU]*), clínicas para la atención urgente del dolor torácico (*Chest pain clinic*) o unidades de diagnóstico rápido en pacientes en los que se sospecha un tumor.

Los pacientes pueden dirigirse directamente al especialista sin necesidad de una derivación del médico de AP. Los pacientes que acuden al especialista sin una derivación de AP y los que pertenecen a la categoría 2 tienen que pagar las consultas de AE (150€). La consulta de urgencias hospitalarias es gratuita si el paciente ha sido enviado por un médico de AP.

La formación de los médicos

La formación médica es de 6 años y al igual que en España dividida en 2 ciclos: asignaturas básicas y clínicas. Al terminar la formación es obligatorio realizar un año de internado antes de obtener la licenciatura en Medicina. Estos puestos de trabajo como interno son públicos y están retribuidos. El título permite la colegiación, pero no da derecho a trabajar. Es necesario tener una especialidad para poder trabajar (como en España). La formación especializada tiene 2 vías: una para Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y otra para el resto de las especialidades. La formación en MFyC dura 3 años. Los 2 primeros se realizan en el hospital y el último año se realiza en un consultorio médico bajo la supervisión de un médico de AP. Al finalizar la formación es necesario aprobar un examen que otorga el título de especialista. Las plazas de formación están controladas por el Colegio Oficial de Médicos de familia irlandés (*Irish Colleague of General Practitioners*), se convocan anualmente y se conceden en función de los méritos individuales tales como la calificación académica, la experiencia profesional y una entrevista personal^{4,6,7}.

Desde 2011, todos los médicos están obligados por ley a mantener «la competencia profesional». La competencia profesional exige realizar actividades o cursos en 4 áreas profesionales con un mínimo de 50 créditos anuales en formación continuada y una auditoría en una lista de procedimientos o enfermedades crónicas que proporciona el colegio. Toda la formación queda registrada en el apartado personal y profesional del médico. El colegio de médicos

realiza auditorías aleatorias anuales para comprobar los procesos formativos de los médicos registrados^{6,7}.

Los otros profesionales

Desde el año 2001 se ha empezado a funcionar en equipos multidisciplinares (*Primare Care Teams*) que atienden a una población de 7-10.000 ciudadanos. Estos equipos están formados por médicos, enfermeras, asistentes domiciliarios, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Todos los profesionales trabajan de forma independiente y la comunicación entre ellos depende más de las relaciones interpersonales que de una coordinación efectiva y eficiente de los profesionales^{1,2,8}.

Conclusiones

El sistema sanitario irlandés es un sistema nacional de salud con provisión de cuidados sanitarios gratuitos para la población que pertenece a la categoría 1. Los ciudadanos que no pertenecen a esta categoría tienen que costearse la asistencia sanitaria o adquirir un seguro sanitario privado para acceder a los cuidados sanitarios. Esta situación ha dado lugar a un sistema sanitario mixto, donde hay un sistema nacional «para pobres» y un sistema de seguros privados «para ricos». La crisis económica ha aumentado el número de ciudadanos pertenecientes a la categoría 1, con el aumento importante del gasto sanitario y de las desigualdades en el acceso y la provisión de servicios a los ciudadanos⁹. Al mismo tiempo, la fragmentación de los servicios sanitarios y la descoordinación entre los mismos ha generado un sistema sanitario ineficiente, donde las actividades preventivas y de promoción de la salud necesitan mejorar.

Desde la experiencia de compañeros que trabajan, viven en Irlanda y utilizan los servicios sanitarios irlandeses, y basada en la bibliografía de apoyo y mi propia experiencia, parece que Irlanda es el típico ejemplo de país donde el sistema sanitario actual no se corresponde con el grupo de los países europeos modernos a los que pertenece.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- McDaid D, Wiley M, Maresso A, Mossialos E. Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009;11:1-268 [consultado 2 Ene 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf
- Health Service Executive [consultado 15 Ene 2017]. Disponible en: http://www.hse.ie/eng/services/Find_a_Service/eligibility.html
- Casajuana J, Gervás J, editores. *La renovación de la atención primaria desde la consulta*. 1.ª ed. Madrid: Springer-Healthcare Ibérica; 2012.
- Casals Ripollès E, Vico Beso L. Ser médico de familia en... Irlanda. *AMF*. 2016;12:159-61.
- Kringos DS, Boerma W.G.W., Hutchinson A, Saltman R.S (eds.). *Building primary care in a changing Europe* [consultado 15 Ene 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
- Consejo estatal de estudiantes de medicina. *Formación especializada en Irlanda. Residencia y profesión* [consultado 12 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.ceem.org.es/formacion-especializada-en-el-extranjero>
- Irish Colleague of General Practitioners [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: http://www.icgp.ie/go/become_a_gp/the_training_path
- Nursing and midwifery board of Ireland [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.nmbi.ie/Standards-Guidance/Scope-of-Practice>
- Health system response to financial pressures in Ireland [consultado 7 Feb 2017]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/260088/Health-system-responses-to-financial-pressures-in-Ireland.pdf