



El médico

de familia en el

REINO UNIDO

[Por ISABEL GARCÍA GIMENO*]

Iniciamos en este número una serie sobre la Sanidad en el mundo con la que pretendemos realizar un análisis de diferentes sistemas sanitarios.

¿Por qué nos gusta tanto a los médicos de familia españoles trabajar en el Reino Unido? ¿Por qué hay allí tantos que se resisten a volver? Después de 9 años de trabajo en Londres, tengo que decir que la respuesta es larga, pero si me obligaran a resumirlo en una sola frase diría: porque nos sentimos más libres, más valorados, y sobre todo, más médicos.

Hay mucho que contar sobre esto: se trata de una constelación de principios y detalles que modelan una forma de trabajar distinta y más gratificante. Muchas de estas diferencias tienen que ver con la organización del sistema sanitario, otras son más bien de cultura o estilo.

En este artículo me referiré a la realidad del trabajo diario, a nuestro día a día. Me fijaré en los elementos más cotidianos del quehacer del médico de familia o *general practitioner* (GP), como la burocracia clínica, las derivaciones e informes, la consulta y la comunicación con el paciente, la constitución del equipo y las condiciones laborales.

A la frecuente pregunta de “¿Es todo mejor en la Atención Primaria británica?” mi respuesta es “No todo, pero sí muchas cosas importantes”. Lo suficiente como para que en España nos merezca la pena hacer un esfuerzo por conocer y aprender del *National Health Service* (NHS). Como es lógico, queremos aprender de ellos esas cosas “envidiables” que suponen un imán para tantos de nosotros. Encontraremos también, sin duda, algunas cosas “menos envidiables” que no queremos importar, y por supuesto, un número de cuestiones debatibles en una zona intermedia.

Lo más envidiable...

El médico de familia en el Reino Unido goza de mayor autonomía profesional. Esto, entre otras cosas, presupone y permite que pueda liberarse de cargas que limitan su trabajo, a la vez que asumir responsabilidades que lo potencian.

En el Reino Unido se cumple más el principio de costo-eficiencia “que el médico sólo haga lo que sólo el médico puede hacer”. Lo delegable se delega y lo inútil se elimina.

A este lado, la burocracia innecesaria es uno de los mayores lastres del médico de familia español. Por eso empezaré por comentar dos elementos burocráticos de primer orden, la receta y el parte de baja. Adelanto que en el RU son mucho más sencillos, consumiendo así menor tiempo al GP. Tienen además otras características de interés.

LA RECETA. Es un modelo único, igual para los activos que para pensionistas u otros exentos de pago. No tenemos que preocuparnos de elegir el talonario adecuado: que el paciente pague o no es algo con lo que lidiará el farmacéutico. Prescribimos “a medida”, la cantidad



* GP partner en el *Rushey Green Group Practice* de Londres y médico titular de AP en excedencia, Madrid. isabel@spandoc.com

En Reino Unido, la baja médica se indica a medida, desde siete días hasta un año, y el paciente no necesita volver al centro a recoger ningún parte durante la misma

exacta que queremos: no recetamos por envase. Por ejemplo, podemos hacer una receta para tres comprimidos de un hipnótico, o para 84 comprimidos de un antifúngico. En un mismo papel se receta todo el tratamiento, sean uno o más medicamentos. El paciente siempre paga un precio único por cada medicamento que le recetamos (independientemente de la cantidad): alrededor de siete libras esterlinas. Habrá medicamentos, como el paracetamol, que los pacientes prefieran comprar sin receta por su

pagar íntegro el precio de mercado del medicamento en la farmacia.

EL PARTE DE BAJA. Es también un documento único, muy sencillo, rápido de hacer y sin duplicados. La baja se indica a medida, por el tiempo que juzguemos va a necesitar el paciente (desde siete días hasta un año), quien no necesitará volver al centro a recoger ningún parte durante la duración prescrita. Por ley, todos los ciudadanos británicos tienen derecho a ausentarse de su trabajo por motivos de salud hasta una semana sin necesidad de justificante médico. Esto evita que muchos pacientes vayan a la consulta para conseguir un parte de baja por una enfermedad banal, disminuyendo así la demanda. En todo caso, si un paciente requiriese un parte de baja por una duración menor (por ejemplo por exigencia de su empresa), se le puede hacer un parte de baja privado, que el GP cobrará al paciente (de 10 a 15 libras) quien a su vez puede pedir reembolso a su empresa.

El GP puede hacer también otros tipos de certificados e informes que se consideran trabajo privado. Esto corresponde a todo aquello que, aunque es lógico que lo haga el GP, no es aceptable que lo cubra el NHS, o al menos no está incluido en la cartera de servicios. Por ejemplo, informes para compañías de seguros de vida o abogados, certificados de competencia mental, certificados para licencias de conducir o para cremaciones, etc. Compete al paciente o a la compañía solicitante pagar por estos servicios, y el GP suele tener libertad para fijar la tarifa en muchos de ellos.

LAS DERIVACIONES. Las habituales al segundo nivel se hacen mediante una carta de derivación. Tradicionalmente dictada a la secretaria vía dictáfono, ahora la escribimos en formularios de derivación electrónicos. En todo caso será una carta cordial y completa, que llegará directamente al hospital sin pasar por el paciente. Si el paciente prefiriese acudir a un especialista privado, el GP puede hacer una carta de derivación privada dirigida a dicho especialista, a quien llegará habitualmente de la mano del paciente. El especialista privado mantendrá una comunicación con el GP en todo similar a la que mantendría un especialista del NHS. El médico del segundo nivel está obligado a escribir

m e n o r
precio. Esto evita

que muchos pacientes vayan a la consulta para conseguir una receta para una enfermedad banal, disminuyendo así la demanda. Algunos medicamentos, como el sildenafil para la disfunción eréctil, sólo están cubiertos por el NHS en indicaciones limitadas. Pero si un paciente que no las cumple solicita esta prescripción, el médico puede hacerla en formato de privada, teniendo el paciente que



En el sistema británico se pierde en parte la continuidad personal propia de la asistencia española

al GP a cada contacto con el paciente. Le escribe generalmente una carta muy cordial, razonada y detallada sobre su encuentro con el paciente, las pruebas realizadas y sus conclusiones. No da “órdenes” al GP sino orientación y consejo, tratándole como un igual y respetando su más permanente responsabilidad clínica, que confiere al GP la máxima autoridad sobre el paciente. Las cartas del segundo nivel llegan directamente al GP sin pasar por el paciente, aunque últimamente se empieza a implantar la práctica de enviar también una copia al paciente por correo.

LA CONSULTA. Es corta (unas tres horas) y se conceden citas de diez minutos de duración, aunque a veces se dan citas “dobles” de 20 minutos. Hay un límite al número de pacientes que vemos en cada sesión de consulta, habitualmente 15. La estructura de la consulta suele ser la misma en cada centro para médicos y enfermeras. Cada profesional hace una o dos consultas al día, en total entre una y nueve consultas a la semana.

LA COMUNICACIÓN. El paciente espera del médico una educación exquisita y una explicación detallada. A cambio de una buena atención muestra una llamativa gratitud, pero si no está contento no dudará en presentar una reclamación escrita, que el GP deberá responder también por escrito. GP y pacientes usan con frecuencia el teléfono y las cartas para comunicarse en vez de la consulta.

El equipo de AP está constituido por los socios (habitualmente GPs) y el *staff* que estos contratan, incluyendo a médicos asalariados. El *staff* es muy flexible en cantidad y calidad, siendo las funciones de cada uno las que acuerden con los socios, que pueden variar con el tiempo. Por lo general, hay el doble de personal administrativo que de médicos, destacando el *practice manager* que es el “gerente organizador”. En cuanto a las reuniones, tanto internas del equipo como con personal externo, suelen ser bastante organizadas y dialogantes. Los socios evalúan cada año a su personal en una entrevista de *appraisal*. También los GP reciben *appraisal* anual del NHS.

LA REMUNERACIÓN. Es ostensiblemente superior en el Reino Unido, especialmente

para los médicos, cuyos ingresos suelen duplicar a los de sus homólogos españoles. En el caso de los socios, no tienen sueldo, sino que reciben una serie de partidas presupuestarias y, descontados los gastos e inversiones del centro, obtienen unos beneficios que se reparten entre ellos.

LAS CONDICIONES LABORALES. Son en general más atractivas. Se pone más énfasis en que el trabajo sea interesante y disfrutable. Se premia el talento y las buenas ideas. Al contratar se mira el currículum pero se valora más la calidad clínica y humana. Tenemos libertad para decidir cuánto queremos trabajar: a tiempo total o parcial en diversos grados muy flexibles. No se ficha o se cumple horario: se hace el trabajo que toca. La *autogestión* conlleva responsabilidad legal y financiera. Esto hace que los socios se sientan más responsables (con el consiguiente estrés) pero también más dueños de su centro, y puedan transmitir a su equipo un mayor sentimiento de pertenencia al mismo.

... y lo menos envidiable

En mi opinión, hay varios aspectos en los que es España quien juega con ventaja, como por ejemplo: **LA CONTINUIDAD PERSONAL DE LA ASISTENCIA.** Esto se está perdiendo en el Reino Unido ya que cualquier paciente puede pedir cita con cualquier médico del centro donde está registrado, sin restricciones; algunos pacientes pasarán aleatoriamente por todo el equipo, otros tendrán uno o más médicos habituales. Como consecuencia, la relación médico-paciente pierde profundidad y las consultas se llenan de pacientes nuevos o menos conocidos haciéndolas menos eficientes. Éste es un aspecto en el que llevo algún tiempo intentando “españolizar” a mi equipo, con grandes dificultades.

EL MIEDO A LA DENUNCIA JUDICIAL. Éste es mayor en los países anglosajones, lo cual aumenta el grado de estrés en este aspecto y hace que una parte creciente del esfuerzo cotidiano se dedique a prevenir este tipo de problemas.

Otras diferencias de funcionamiento son, por ejemplo, que los GP ven a pacientes de to-



En el Reino Unido se cumple más el principio de costo-eficiencia "que el médico sólo haga lo que sólo el médico puede hacer".

das las edades, es decir, que no hay pediatra de AP, lo cual me parece positivo. Además, las enfermeras del centro de salud no suelen hacer visitas a domicilio, sino que esto lo hacen las *district nurses* que dependen de otra estructura del NHS, y a las que debemos derivar formalmente, lo cual entorpece la atención y me parece, por tanto, negativo.

Mientras redactaba este artículo se ha publicado un interesante estudio en el que he participado como encuestada. No me han sorprendido la mayoría de los resultados, a tenor

La promoción se realiza en función de cómo valoren los socios la calidad del trabajo clínico y el potencial gestor del candidato

de lo expresado anteriormente, pero sí me han llamado mucho la atención dos puntos en los que la mayoría de los participantes (médicos españoles trabajando en el Reino Unido) parecen preferir el sistema español, a saber: la burocracia y la carrera/desarrollo profesional.

Respecto a la burocracia en consulta, si acompañáramos a un GP durante toda su semana laboral, notaríamos que rellena bastantes formularios, hoy día electrónicos en su mayoría. Podríamos a primera vista concluir que la burocracia es mayor allí. Pero si nos detene-

mos a analizar lo que hace, veremos que esto que los británicos llaman *paperwork* consiste sobre todo en cartas de derivación bastante más elaboradas e informes a terceros, la mayoría de carácter privado como se explicó más arriba.

Veremos pues que en su mayor parte se trata de un trabajo no incluido en el quehacer del médico español, y remunerado aparte. Además, no son actos puramente burocráticos, sino actos médicos con componente burocrático. Sin embargo, si nos fijamos en los actos médico-burocráticos más esenciales como la prescripción de recetas y partes de baja, vemos que el componente burocrático en España es considerablemente superior. Descontando por tanto las actividades que los médicos de familia españoles no realizan y ateniéndonos exclusivamente al trabajo que comparten españoles y británicos, la carga de burocracia en consulta es claramente mayor en España.

Desarrollo profesional

En cuanto a la carrera profesional, el estudio mencionado concluyó que en este aspecto la mayoría de encuestados prefería el sistema español, pues en Inglaterra los médicos de familia españoles promocionan por "decisión arbitraria de los *partners*" (socios).

Esta preferencia, que no comparto, podría ser simplemente una cuestión de gusto. Sin embargo, quisiera estimular la reflexión sobre una idea: tanto los sistemas teóricamente objetivos como los subjetivos tienen ventajas y desventajas, y tanto unos como otros pueden ser justos o injustos, según el modo y el marco en que se apliquen.

En España estamos acostumbrados a que lo justo sean los baremos rígidos de las oposiciones y la bolsas de trabajo, mientras que en Reino Unido contratamos a nuestro personal ponderando en su currículum aquello que tiene relevancia para el puesto que va a desempeñar (primando la calidad sobre la cantidad), y valorando en la entrevista la calidad personal y profesional del candidato. Combinamos pues objetividad con subjetividad. Obviamente, un currículum dice mucho de un candidato, y por ello los usamos en la preselección. ¿Pero puede un baremo "objetivo" apreciar el talento, la habilidad de comunicación, la capacidad de trabajar en equipo y aportar ideas constructivas? Cuando un equipo médico-gestor es responsable de los resultados de su centro, se preocupa de elegir a los mejores en todos los sentidos, para lo cual necesitará hacer algunas valoraciones subjetivas. ¿Es esto arbitra-

rio o injusto? ¿O es, por el contrario, más injusto que los profesionales más valiosos no sean distinguidos y preferidos por un sistema “objetivo”, como ocurre en España? ¿Acaso no echan de menos los médicos españoles que se les valore más allá de un frío cómputo de puntos?

La promoción en RU, entendida como paso de GP asalariado a GP socio, ocurre en función de cómo valoren los socios la calidad del trabajo clínico y el potencial gestor del candidato. Es decir, lo que importa es que el candidato sea válido para el puesto que va a desempeñar. Para que este sistema sea justo (y no despótico) es esencial que quien es libre de elegir o promocionar a su personal sea responsable de los resultados que esa elección produzca, y por supuesto, que los resultados buscados sean justos. Éste es el caso, en general, en la AP británica, donde los socios son responsable de los resultados de salud de la población adscrita, así como de los resultados económicos del centro. La libertad de selección y organización es la clave del buen funcionamiento de un equipo, y el buen funcionamiento de los equipos es la clave del buen funcionamiento del sistema.

No es que los méritos académico-científicos, incluidos en la carrera profesional española, no se valoren, pero no se aplican tanto en la promoción de ámbito asistencial sino en la del escalafón universitario.

Respecto al desarrollo profesional, el estudio concluye que “aunque la investigación en Inglaterra tiene mayor impacto científico, se realiza lejos de la clínica” y la preferencia expresada viene dada porque “es más sencillo implicarse” en los proyectos de investigación de los CAP españoles. De nuevo quizá una cuestión de gusto: personalmente prefiero participar en investigación de mayor calidad, en estudios multicéntricos. Además hay que añadir otra ventaja: la investigación en Inglaterra suele ser remunerada, sea por paciente reclutado, o mediante la liberación de un tiempo semanal en que el médico puede trabajar investigando en un departamento universitario o unidad de investigación del NHS.

También está facilitada la docencia: las sesiones dedicadas específicamente a los estudiantes en el centro de salud son remuneradas por la universidad. Ni que decir tiene que en Inglaterra un médico de familia puede ser profesor universitario y catedrático con la misma consideración que cualquier otro especialista médico.

Otra opción de desarrollo profesional es dedicar una porción de la semana laboral a la gestión participando en la PCT (*Primary Care Trust*), lo cual es remunerado por este organismo.

Estas oportunidades contrastan con el esfuerzo requerido a los médicos españoles para investigar o enseñar, gestionar no suele ser una opción sin abandonar la práctica clínica, debiendo insertar estas actividades con calzador en una agenda ya muy apretada o usar su tiempo libre.

Dicho todo esto, ¿preferimos el desarrollo profesional español al ofrecido por el Reino Unido?

Sin duda hay aspectos en este apartado en los que el NHS puede aprender del sistema español, pero personalmente, el abanico de oportunidades disponibles me hace decantarme por el sistema británico.

¿Un modelo a seguir?

Es obvio que para aprender de un sistema hay que conocerlo en profundidad, y esto lleva su tiempo. Tenemos que ir más allá de la sucesión de instantáneas y titulares que hasta ahora se han divulgado sobre el sistema sanitario británico. Creo que si vamos a tomar al NHS como modelo a seguir, ha llegado el momento de conocer y discutir los detalles de la letra pequeña.

Todo lo que he comentado puede y debe matizarse más, y además han quedado muchos temas en el tintero: no he comentado, por ejemplo, el poderoso efecto de la educación sanitaria en la demanda diaria. O la importancia del reconocimiento social y político de la figura del médico en general y del médico de familia en particular.

Cualquier artículo se quedará siempre corto, harán falta muchos. Cualquier visita será insuficiente, harán falta muchas. Lo mejor será disponer de muchas visiones que podamos compartir y debatir, entrando cada vez más de lleno en cada uno de los aspectos que nos interesan. Con este objetivo estamos recopilando reflexiones de médicos de familia que visitan la AP en Reino Unido en el marco del programa *Spandoc Exchange* y publicándolas en www.spandoc.com, a donde remito a los lectores interesados. ■

