



ORIGINAL

Comparando las perspectivas de los médicos de atención primaria de Canarias y Alberta. ¿Es más bonito el jardín del vecino que el mío?

Vinita Mahtani-Chugani^{a,*}, Asunción López-Hijazo^b, Donna Manca^c y Emilio Sanz-Alvarez^d

^a Unidad de Investigación de Atención Primaria y del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^b Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España

^c Departamento de Atención Primaria, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Alberta, Canadá

^d Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna, Tenerife, España

Recibido el 29 de diciembre de 2010; aceptado el 4 de abril de 2011

Disponible en Internet el 4 de enero de 2012

PALABRAS CLAVE

Investigación cualitativa;
Médicos;
Sistemas sanitarios

Resumen

Objetivo: Examinar desde la perspectiva del médico de atención primaria (AP) las ventajas e inconvenientes de 2 formas diferentes de organización del sistema sanitario.

Diseño: Estudio cualitativo basado en análisis de documentos elaborados para el estudio a modo de diarios.

Emplazamiento: Atención Primaria de Canarias (España) y Alberta (Canadá).

Participantes y/o contextos: Muestreo intencionado con el fin de identificar diferentes perfiles de médicos.

Método: A los participantes se solicitó que escribieran un documento en el que hicieran una descripción de su actividad laboral, incluyendo un análisis del impacto en su vida personal como de la organización del sistema. Se solicitó a 2 representantes del sistema sanitario que hicieran una descripción detallada de cómo se organiza la atención primaria en su país. Se obtuvieron 9 diarios de médicos (5 de Canarias y 4 de Alberta). Se utilizó el marco de Ritchie y Spencer para el análisis.

Resultados: En Alberta los médicos tienen acceso a más pruebas complementarias; pueden ofrecer asistencia en el hospital; tienen que ocuparse de la gestión; pueden establecerse donde consideren; y pueden especializarse por áreas. En Canarias los médicos disponen de vacaciones y no depende de ellos la responsabilidad de la administración de los servicios; los pacientes tienen un médico asignado; y tienen más apoyo institucional.

Conclusiones: Los resultados de este estudio permiten hacer una crítica constructiva sobre el papel del médico en atención primaria, valorar las ventajas y replantearnos los inconvenientes relacionados con nuestra forma de trabajar con el fin de aprender de otros sistemas organizativos.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vinitavivek@hotmail.com (V. Mahtani-Chugani).

KEYWORDS

Qualitative research;
Physicians;
Health Care services

Comparing the perspectives of Primary Care doctors in the Canary Islands and Alberta (Canada)

Abstract

Objective: To examine the advantages and disadvantages of two different Health Care Systems from the perspective of Primary Care (PC) physicians.

Design: Qualitative research based on the analysis of documents written as diaries for the study.

Setting: Primary Care in the Canary Islands (Spain) and Alberta (Canada)

Context and participants: Intentional sample to identify different profiles of physicians.

Method: Participants were asked to write a document describing their work activities, including the impact of the organisational system and on their personal life. Two representatives of the health care system were asked to write a detailed description about how PC is organised in their country. Nine diaries were collected (5 from the Canary Islands and 4 from Alberta). Ritchie & Spencer framework was used for the analysis.

Results: In Alberta, physicians have access to more complementary tests; they can offer hospital care; they have to sort out administrative work; they can choose where to work; and can specialise in different types of health care services. In the Canary Islands physicians can have paid holidays and the administrative issues do not depend on them, patients have a physician assigned and seem to have more institutional support.

Conclusions: The results of this study allow us to constructively analyse the role of PC physicians, assess the advantages and re-think the disadvantages related to how we work in order to learn from other health care systems.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ establece la necesidad de impulsar, en los sistemas sanitarios, reformas que potencien los elementos básicos de una atención primaria que garantice una prestación universal, eficaz, segura, centrada en la persona, integrada, continua, accesible y participativa, donde la red de atención primaria sea el centro de atención y coordinación de los cuidados sanitarios y sociosanitarios. Aunque pone de manifiesto las características que deben tener dichos sistemas, no establece la organización o estructura de la red para llegar a conseguir los objetivos de salud recomendados con satisfacción para el usuario y el profesional sanitario. En los últimos años existe un debate internacional sobre la reforma de los sistemas sanitarios^{2,3} y la evolución que debe tener la AP⁴⁻⁶.

El peso de la atención primaria varía según la visión, la experiencia, la evolución, el desarrollo socioeconómico y los recursos disponibles del país, por lo que los sistemas se organizan de forma diferente. En países desarrollados como Canadá y España, la cartera de servicios de atención primaria es semejante en general, aunque destaca la diferencia en las actividades que deben llevar a cabo los profesionales, cuyo campo de acción se limita cada vez más en España⁷.

Con frecuencia proponemos cambios en la dinámica de trabajo sin considerar la posibilidad de que hayan sido experimentados en otros contextos. Como fruto del contacto entre médicos de atención primaria de Canadá y España surgió la inquietud de estudiar las posibles ventajas e inconvenientes de la organización de sus sistemas sanitarios que, aun siendo similares en los indicadores sanitarios⁸, son muy diferentes en cuanto a su desarrollo.

La mayor parte de los estudios comparativos de los sistemas sanitarios son descriptivos y se focalizan en los datos de

morbimortalidad o de satisfacción de los usuarios, pero son escasos los realizados desde la perspectiva de los profesionales. Los métodos de la investigación cualitativa permiten el estudio del contexto, la posibilidad de incluir las «voces» de los actores implicados, la investigación en el mundo real y la generación de teorías⁹⁻¹¹.

El objetivo de este estudio es describir y analizar, desde la perspectiva del médico de atención primaria, las ventajas e inconvenientes de 2 formas diferentes de organización de la atención primaria, la española y la canadiense, incorporando la metodología cualitativa.

Participantes y métodos

El estudio se realizó en Alberta (Canadá) y en las Islas Canarias (España). Se utilizó un enfoque cualitativo basado en la obtención y el análisis de documentos elaborados por médicos de AP y representantes de los servicios sanitarios.

Se realizó un muestreo intencional, teniendo en cuenta los diferentes criterios que podrían influir en la experiencia laboral y percepción del sistema sanitario: sexo, edad, especialización vía MIR, años de experiencia, turno de mañana o tarde, centro rural o urbano, ser tutor, realización de guardias y de funciones de dirección de centro.

La técnica de recogida de datos seleccionada fue la elaboración de diarios¹²⁻¹⁴. Se pidió a los participantes que explicaran a modo de narración los diferentes puntos relacionados con su actividad laboral, las implicaciones y el modo en el que se organizan los servicios sanitarios en el contexto en el que trabajan (tabla 1). El guión se envió por correo electrónico o papel a los participantes, advirtiéndoles que podían incluir otras experiencias y vivencias no incluidas en el mismo.

Tabla 1 Guión de los diarios

<p>Organización del trabajo general: incluir actividades docentes, de formación, de investigación, organización semanal de la consulta como las sesiones o reuniones de equipo. Añadir cualquier otra actividad relacionada con el trabajo que le parezca oportuna</p> <p>Características personales: edad, estado civil, familia, problemas de salud que se hayan relacionado con el trabajo, o cualquier dato que le parezca relevante para comprender el diario</p> <p>Situación laboral: tipo de contrato, años de experiencia, formación académica, práctica de medicina privada y pública, tipo de salario</p> <p>Diario de un día habitual: cómo organiza la salida de casa, desplazamiento al trabajo, horario, comidas, organización familiar, ejemplos de pacientes y tipo de consultas, organización de la burocracia, relación con los pacientes y otros profesionales, trabajo con enfermería, estudiantes, incluir situaciones típicas con los pacientes</p> <p>Escriba como si tuviera que explicarle a alguien incluyendo anécdotas y experiencias concretas lo que es su trabajo y la relación trabajo-vida cotidiana</p>
--

Se contactó con 6 médicos en Canarias (MC), de los que participaron 5, y 4 en Alberta (MA), de los que participaron todos. Se obtuvieron 9 diarios (4 de varones y 5 de mujeres). El rango de edad fue de 32 a 50 años, y el de años de experiencia laboral osciló entre 4 y 20.

Los documentos canadienses se obtuvieron en inglés y los de Canarias en castellano. El material textual se analizó utilizando el marco de Ritchie y Spencer¹⁵, siguiendo los siguientes pasos: familiarización, identificación del marco teórico, indexación, mapeo e interpretación de datos. El proceso de análisis se inició con la lectura repetida de los textos y su posterior codificación inicial de forma individual por 2 miembros del equipo. A continuación se realizaron varias sesiones de análisis conjunto para consensuar un marco que recogiera las dimensiones principales extraídas de los diarios, basándose en el cual se revisaron los textos para incluirlos en las dimensiones establecidas, dejando abierta la posibilidad de incluir nuevos códigos. Finalmente se elaboró un esquema explicativo que facilitara la comparación en los contextos estudiados.

Resultados

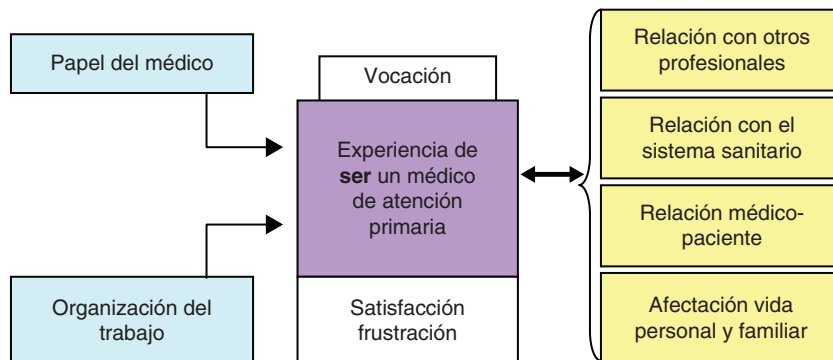
Los aspectos sobre los que se identificaron diferencias y similitudes entre los diarios de los médicos se relacionan con las siguientes áreas: papel del médico, relación con otros profesionales y con el sistema sanitario, organización del trabajo, relación médico-paciente e influencia de su actividad laboral en la vida personal y familiar. En la tabla 2 se incluyen citas textuales ilustrativas.

Papel del médico de atención primaria

La actividad de los MA es más amplia que la de los MC: pueden ocuparse de los problemas de los pacientes de cualquier edad, dependiendo de las habilidades, formación y especialización del médico, de manera que hay MA que ofrecen atención especializada de obstetricia, cirugía, etc., y si tienen la formación específica realizan citologías o endoscopias a sus pacientes o a los que les son derivados por otros compañeros. De este modo las derivaciones a otros especialistas son escasas, y este proceso de aprendizaje facilita asumir patologías cada vez más complejas. También tienen disponibilidad para solicitar cualquier prueba complementaria y valorarla. Los MA tienen la posibilidad de trabajar en hospitales, haciendo guardias, tanto en urgencias como atendiendo a pacientes ingresados, incluso en cirugía o asistencia al parto.

En Canarias, la atención es más general y contextualizada en atención primaria, limitada a los mayores de 14 años, con escasas competencias en el área de atención a la mujer, y mínimo acceso a la realización de pruebas complementarias. En el caso de que los MA consideren que el paciente necesita valoración por un especialista, se pueden ocupar de conseguirle la cita si así lo desea, intentando mantener comunicación con el mismo, aunque no siempre lo consiguen. Los MC no tienen posibilidades de recomendar un determinado especialista, sino que derivan al que corresponde por zona.

Los elementos administrativos del trabajo también forman parte de la actividad laboral de los MA, pero habitualmente se realiza en horario extra y no es remunerada de forma expresa. Además, deben responsabilizarse de la gestión de su actividad, facturando al gobierno los actos médicos. Las quejas sobre esta actividad se relacionan sobre todo por el tiempo que consume, al igual que los MC.



Esquema general del estudio: Áreas de análisis de las diferencias y similitudes entre los diarios de los médicos.

Tabla 2 Citas textuales*Papel del médico de atención primaria*

«Tanto en atención primaria como en atención especializada, la mayor actividad y la toma de decisiones reside, casi exclusivamente, en el médico, con un papel pequeño para la enfermería. Esta situación, junto con la gran demanda que lleva a cabo la población, está obligando a los médicos de atención primaria a derivar cada vez más pacientes, insuficientemente estudiados, al nivel especializado. Este hecho está siendo interpretado en nuestro país como bajo grado de resolución de los médicos de familia, y es reconocido como uno de los aspectos que más contribuye a generar listas de espera en atención especializada» (MC)

«Trabajé en una consulta de forma individual durante 20 años. Pero era muy difícil ofrecer a mis pacientes cuidados completos debido a las dificultades económicas y limitaciones de este tipo de consulta. No podía permitirme contratar a una enfermera» (MA)

Relación con otros profesionales

«En atención primaria el trabajo de enfermería es fundamental. La enfermera realiza actividades de revisión de pacientes crónicos, actividades preventivas, captación de pacientes nuevos, educación sanitaria individual y grupal y visitas domiciliarias. Además realiza tareas de apoyo al médico, tanto en la atención a pacientes urgentes como en la administración de tratamientos y curas, entre otras. Por tanto, la coordinación con la enfermera es crucial para prestar una atención de calidad» (MC)

«El día no ha ido mal del todo, pero recibo una nota del neurólogo que valoró a mi chica con debilidad... él se plantea la posibilidad de que tenga un problema en la médula espinal... nos organizamos para continuar el estudio» (MA)

Organización del trabajo

«Es verdad, casi siempre acabo una hora tarde o más. Casi nadie se queja por esperar si luego es atendido correctamente» (MC)

«Mis pacientes ya me conocen, saben que suelo ir retrasado y lo aceptan bien en general, salvo algunas lógicas excepciones» (MC)

«Comienzan los "papelitos" (pacientes que vienen sin cita y me entregan un papel con sus datos y el motivo de consulta sin cita previa, para que los atienda cuando pueda). Reconozco que a veces me resultan odiosos. Distorsionan tanto el ritmo normal de consulta, por lo frecuentes que son, que me ponen de mal humor, aunque intento que ellos no lo noten. No me serviría de nada» (MC)

«No tengo un día típico de trabajo, sino cuatro diferentes» (MA)

«Lo peor de mi trabajo son las guardias. Siempre hacemos bromas entre compañeros sobre el hecho de que las guardias es lo que nos está matando» (MA)

Relación con el sistema sanitario

«Los médicos españoles reciben un salario fijo mensual por la actividad laboral que llevan a cabo; tanto en atención primaria como en atención especializada. Rara vez estos salarios superan la barrera de los 3.000 euros mensuales netos. Este salario se ve incrementado para aquellos que realizan guardias, dependiendo del número de guardias que se realicen» (MC)

«A pesar de todo, las características especiales de los profesionales de atención primaria, en general con un alto nivel de dedicación, de compromiso y de servicio a los demás, están actuando como factor amortiguador del sistema. No se debería esperar a que reviente» (MC)

«Si me quedo embarazada, el Gobierno de Alberta me abonaría el 30% de mis ingresos durante 16 semanas solamente» (MA)

«Mi mayor problema sobre la forma en que nos pagan es cómo se valoran las habilidades. La consulta de un adolescente por intento de suicidio vale menos que una gastroscopia o la reducción de una fractura» (MA)

Relación médico-paciente

«Si al final de la jornada sentimos que hemos podido hacer algo positivo por alguien, algún detalle –pequeño, tal vez– que contribuirá a mejorar su vida habrá merecido luchar contra esos monstruos que nos agobian» (MC)

«Las visitas a domicilio son una de las actividades que más me gustan. Creo que atender a los pacientes en su propio hogar crea unos vínculos con el médico que me parecen muy agradables y positivos» (MC)

«La mayor recompensa de mi trabajo es el privilegio de formar parte de la vida de las personas desde el nacimiento hasta el final de la vida. Es un honor ser testigo de las personas en circunstancias extraordinarias» (MA)

Afectación sobre la vida personal y familiar

«Llego a casa sobre las 16.00 h. La mayoría de días como solo (mi mujer llega a casa a las 14.00 y come antes), pero ella siempre me acompaña en la mesa y charlamos de cómo nos ha ido el día. Después me voy a buscar al niño. Sale del colegio a las 17.00 h. Ya que no puedo llevarlo por la mañana, siempre que puedo voy a recogerlo. Otros días como en algún bar porque tengo que seguir con otras cosas y no puedo comer en casa» (MC)

«Ya llego tarde a la representación de mi hija que se va a sentir defraudada. Dejo el resto del trabajo para llegar al estudio de danza a tiempo» (MA)

«Con frecuencia sigo trabajando durante la hora del almuerzo, y rara vez encuentro tiempo para hacer ejercicio. Como comida rápida menos nutritiva. Intento llegar a casa antes de las 6.30, no me imagino cómo podría llevar esto si tuviera hijos» (MA)

Relación con otros profesionales

En Alberta, el médico trabaja individualmente o bien en equipo. El trabajo en consultas individuales supone mayor dedicación, y suelen preferir trabajar en un equipo. Se agrupan en consultas con un número variable de profesionales y contratan servicios de otras disciplinas (enfermería, dietistas, etc.).

En Canarias, la administración sanitaria decide sobre la ubicación y dimensión de los centros de salud. El MC trabaja con un profesional de enfermería compartiendo una serie de tareas relacionadas con los cuidados y seguimiento de los pacientes. Se dispone de un trabajador social y matronas en el centro de salud. La consulta al especialista es habitualmente mediante la derivación y el paciente debe solicitar la cita.

En el caso de la información de la industria farmacéutica, la mayor parte de los casos se realiza por correo postal a los MA, mientras que en Canarias hay profesionales contratados por los laboratorios para que visiten a los médicos.

Organización del trabajo

En Canarias, los turnos diarios generalmente están delimitados a 7 h, mientras que en Alberta los horarios son más amplios y flexibles en función de la demanda de los pacientes/clientes, para mantener los ingresos. En Alberta, el tiempo para cada paciente oscila entre 10 y 20 min, mientras que en Canarias es de entre 3 y 7 min.

En ambos contextos se hace referencia a los días que se complican y los pacientes tienen que esperar para ser atendidos, aunque en ocasiones esto se debe al intento de adaptarse a las necesidades del caso. Frecuentemente tienen que atender a pacientes que no tienen cita previa y a veces lo resuelven por teléfono.

Los MA habitualmente no pueden librar las guardias, por lo que consideran que esta parte del trabajo es la más agotadora de todas. Sin embargo, los MC habitualmente descansan el día siguiente.

En Alberta, algunos utilizan la telemedicina como forma de consulta, mientras que en Canarias se reduce a programas concretos organizados por la administración.

Relación con el sistema sanitario

Los MA tienen que ocuparse de la gestión de sus consultorios, pero pueden establecer la consulta en el área que consideren conveniente. Para poder recibir el pago desde el gobierno deben facturar cada acto médico. En algunos casos los equipos contratan a un administrativo que realice parte del trabajo burocrático. Una de las críticas sobre el pago de actos médicos es que se valoran más los procedimientos que los actos relacionados con el cuidado de pacientes complejos, las actividades de prevención o la atención psicológica. Según los participantes, estos actos ocupan más tiempo del médico, pero económicamente no compensan, por lo que su realización depende más de la vocación del profesional. Los MA que realizan actividades académicas tienen un límite de facturación de su actividad clínica que pueden solicitar al gobierno. Por otro lado, no disponen de remuneración durante sus vacaciones o si tienen alguna enfermedad, y

sólo en algunos casos tienen apoyo económico, pero en un porcentaje limitado, por lo que les preocupa mucho lo que ocurriría si no pudieran trabajar, y las vacaciones suelen ser limitadas, de forma que intentan trabajar el máximo posible en todo momento.

En Canarias, la relación con la administración se realiza en forma de contratos, y se establece un tiempo de descanso y, en caso de incapacidad laboral, el médico mantiene su remuneración.

Relación médico-paciente

En Alberta, los médicos pueden seguir a los pacientes y sus familias desde el nacimiento hasta la muerte, ya que ejercen tanto de pediatras y obstetras como realizando cuidados paliativos, lo que es valorado muy positivamente.

En Canarias es muy difícil seguir al paciente en todas sus etapas debido a la mayor fragmentación de disciplinas en la organización del sistema.

Tanto los MA como los MC coinciden en que su trabajo es plenamente vocacional y satisfactorio por el mero hecho de poder acompañar a las personas en su día a día y las relaciones que se generan.

Afectación sobre la vida personal y familiar

La afectación de la vida privada de los profesionales en ambos contextos es muy similar. Se hace referencia a las dificultades de compaginar el trabajo con la familia, debido a las largas horas de trabajo, a las guardias o a los turnos de tarde. El tipo de trabajo obliga al resto de la familia a adaptarse a los horarios extensos, a los retrasos y a la necesidad de continuar trabajando fuera del horario laboral.

En ocasiones pueden sentir que es difícil priorizar familia o trabajo. Desde el punto de vista personal, la dedicación al trabajo puede suponer no cuidar su propia salud, sacrificando las horas de la comida o el ocio.

Discusión

La OMS establece que los equipos de AP requieren medios relacionales y de organización, así como competencias técnicas, para resolver la mayor parte de los problemas de salud de tipo local¹. Sin embargo, el papel del médico y el apoyo que recibe a este nivel es diferente según el contexto. Las diferencias fundamentales se relacionan con el hecho de que en Canarias no se atiende a los niños, no es posible solicitar y realizar determinadas pruebas complementarias ni se facilita la atención especializada, limitando la asistencia que puede ofrecer. Gervas y Palomo² advierten de la pérdida de competencias de la atención primaria en España con la aparición de equipos alternativos para los pacientes de edad pediátrica, enfermos terminales, etc., por lo que se pierde integralidad. Aunque la capacidad de resolución de la atención primaria no se plantea únicamente como la competencia o capacitación del médico, sino como realizar lo mejor posible y con el menor coste lo que el paciente necesita y espera desde el punto de vista del tratamiento, la prevención y la promoción de la salud, sí puede dar muchas satisfacciones al profesional. La posibilidad de

trabajar en el ámbito hospitalario o en la medicina privada está restringida por la incompatibilidad de los contratos, aunque, a priori, permitir a los médicos que amplíen su jornada laboral o que trabajen en otras instituciones podría ser una forma de reducir el déficit de médicos que existe en la actualidad en España¹⁶. En cambio, en Canadá, el médico de atención primaria se involucra en los ámbitos hospitalarios.

La atención telefónica parece mucho más extendida entre los MA. Teniendo en cuenta esta experiencia y la de otros estudios^{17,18} consideramos que puede ser una alternativa para la resolución de determinadas consultas (dudas sobre medicación, seguimiento de pacientes, etc.) y, por tanto, convertirse en una estrategia para disminuir la sobrecarga diaria y mejorar la accesibilidad.

La OMS recomienda que las relaciones entre el equipo de atención primaria y los demás servicios e instituciones no estén basadas únicamente en una jerarquía verticalista y en la derivación, sino en la cooperación, considerando el plano de igualdad en que actúan todos los niveles asistenciales y los profesionales¹. En Alberta existe una relación contractual con los profesionales de otras disciplinas que, si bien puede disminuir la independencia del profesional y coartar sus actuaciones supeditándolas al pagador, puede ser beneficiosa al poder elegir la persona con la que se trabaja, su nivel de implicación y competencia, lo que no se permite en Canarias. En Alberta la elección del especialista es más flexible, ya que el propio paciente puede decidir.

Nos parece destacable la diferencia existente entre los 2 países en cuanto a la relación con la industria farmacéutica, que parece menos directa en Alberta y sin el roce personal con el visitador.

En estudios previos no parece quedar claro si la duración de una consulta es un factor que determine una mejor calidad en los cuidados, aunque se ha evidenciado que los médicos que realizan consultas de mayor duración prescriben menos y tienden a hacer más prevención¹⁹. En España se reclama la consulta de 10 min, aunque no siempre se maneja adecuadamente la consulta programada. De nuevo, los pacientes sin cita son una sobrecarga en ambos sistemas, lo que indica que debe existir alguna dificultad para la correcta gestión de las consultas.

Mirand et al.²⁰ identificaron que uno de los problemas para la realización de actividades preventivas en las consultas es la falta de incentivos por parte de la administración sanitaria. Hay estudios que reflejan que el uso de incentivos puede mejorar que se alcancen las metas que tiene el sistema sanitario²¹. Recientemente se ha incorporado un sistema de incentivación en algunas administraciones, si bien la mayoría valoran el proceso, pero no el impacto de las actuaciones de los profesionales. Aún existen dificultades para establecer un procedimiento homogéneo adecuado para incentivar de forma justa el trabajo de cada profesional.

Por otro lado, la disciplina de atención primaria se encuentra con algunos retos relacionados con las exigencias de los pacientes y la medicalización que se ha producido en los últimos años^{22,23}. Estos aspectos requieren una formación específica y un sistema que permita poner en práctica el enfoque psicosocial, que no se valoran en ninguno de los 2 contextos.

Existe una ventaja contractual de los MC, que es la posibilidad de un mes de vacaciones y otros permisos justificados, así como una baja laboral sin tener que preocuparse de la atención de sus pacientes y de las pérdidas de tipo económico que les puede suponer.

Si nos centramos en la docencia, en el caso de los MC queda incluida en su día a día, sin una contrapartida horaria o económica salvo por un mes de reciclaje en caso de tutores de medicina de familia que puede depender de los recursos disponibles para su sustitución.

Los factores que influyen en la decisión de dedicarse a la profesión médica pueden ser intrínsecos y extrínsecos. Parece que principalmente la vocación es la motivación más frecuente²⁴, reflexión compartida en ambos contextos. La superación de las dificultades que representan los años de formación, las pruebas de acceso (universitaria, de especialidad y de estabilización de la situación laboral) y el impacto personal de la incertidumbre que supone la asistencia clínica comprometida son evidencias claras de la motivación vocacional de muchos médicos. Además, otro aspecto relacionado con este concepto es la priorización de actividad clínica, la formación y la docencia en detrimento de la vida personal y familiar.

Acerca de los aspectos metodológicos, el uso de los diarios como técnica de recogida de datos ha facilitado el estudio por una serie de motivos: facilita la comunicación superando las barreras de distancia e idioma, permite elegir el momento de participación, facilita la expresión de emociones y sentimientos incluso los privados que, posiblemente, sería más difícil de transmitir cara a cara. La principal limitación es la habilidad de los participantes de expresar en palabras sus ideas, así como la autoselección de profesionales más comprometidos con su trabajo.

En conclusión, los resultados de este estudio permiten hacer una crítica constructiva sobre el papel del médico en atención primaria, y la organización sanitaria, valorar las ventajas y replantearnos los inconvenientes para mejorar. Así mismo, hemos podido detectar puntos débiles en diferentes contextos organizativos de atención primaria. En cualquier reforma habría que tener en cuenta las medidas que se toman en otros países para conocer cuáles son útiles y cuáles no merece la pena poner en marcha.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores de este estudio quieren mostrar su agradecimiento a los médicos que han participado ofreciendo su tiempo y experiencia sin los cuales habría sido imposible la realización de este trabajo. Además, agradecemos a las siguientes instituciones su apoyo e interés en la realización del trabajo: Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria, Colegio Oficial de Médicos de Tenerife, Alberta Family Practice Research Network, y Alberta College of Family Physicians. El reconocimiento del valor de este trabajo ha culminado con la obtención del primer premio otorgado por la Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria en la celebración de las XX Jornadas de la sociedad.

Lo conocido sobre el tema

- El papel de los médicos de atención primaria es diferente según la organización del sistema sanitario de cada país.
- La mayor parte de los estudios comparativos sobre organización de sistemas sanitarios se realizan de forma descriptiva.
- La percepción de los médicos sobre su trabajo en el contexto de un determinado sistema sanitario es importante para conocer las fortalezas y debilidades de cada sistema.

Qué aporta este estudio

- Los médicos de atención primaria de Alberta pueden ofrecer a los pacientes atención sanitaria de forma más amplia que los de Canarias.
- Algunos aspectos relacionados con las condiciones laborales de los médicos de atención primaria en comparación con los de Alberta son mejores.
- Los médicos en ambos contextos comparten características similares sobre la influencia del trabajo en la vida personal y familiar, así como el hecho de que la satisfacción principal se relaciona con la vocación de acompañar a los pacientes y a las familias.

Bibliografía

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca [consultado 20/4/2009]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report.es.pdf.
2. Durán A, Lara JL, van Waveren M. Spain: health system review. *Health Systems in Transition*. 2006;8:1–208. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E89491.pdf>.
3. Marchildon GP. Health Systems in Transition: Canada. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005 [consultado 20/4/2009]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E87954.pdf>.
4. Gervas J, Pérez Fernández M. La necesaria atención primaria en España. *Gestión Clín Sanit*. 2008;10:8–12.
5. Borrell Carrió F, Gené Badía J. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clín Sanit*. 2008;35:3–7.
6. The College of Family Physicians of Canada. Family medicine in Canada – vision for the future. 2004 [consultado 30/4/2009]. Disponible en: http://www.cfpc.ca/local/files/Communications/Health%20Policy/FAMILY_MEDICINE.IN.CANADA.English.pdf.
7. Gervas J, Palomo L, Pastor Sánchez R, Pérez Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:472–7.
8. OMS. Sistema de información estadística de la OMS (WHOSIS) [consultado 10/5/2009]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/en/index.html>.
9. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications; 2004.
10. Calderón Gómez C, Fernández de Sanmamed S. Investigación cualitativa en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 6.ª edición. Madrid: Elsevier; 2008. p. 211–40.
11. Mahtani Chugani V, Axpe Caballero MA, Serrano Aguilar P, González Castro I, Fernández de la Vega E. Metodologías para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, SESCO 2006/01; 2007. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/sescs/>.
12. Furness PJ, Garrud P. Adaptation after facial surgery: using the diary as a research tool. *Qual Health Res*. 2010;20:262–72.
13. Schnur JB, Ouellette SC, Bovbjerg DH, Montgomery GH. Breast cancer patients' experience of external-beam radiotherapy. *Qual Health Res*. 2009 May;19:668–76.
14. Wittich W, Southall K. Coping with extended facedown positioning after macular hole surgery: a qualitative diary analysis. *Nurs Res*. 2008;57:436–43.
15. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. En: Bryman A, Burgess R, editores. *Analysing qualitative data*. London: Routledge; 1994.
16. González López-Valcárcel B, Barber-Pérez P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20 Suppl 1:103–9.
17. Rodríguez-Idígoras MI, Sepúlveda-Muñoz J, Sánchez-Garrido-Escudero R, Martínez-González JL, Escolar-Castelló JL, Paniagua-Gómez IM, et al. Telemedicine influence on the follow-up of type 2 diabetes patients. *Diabetes Technol Ther*. 2009;11:431–7.
18. Rodríguez Hernández PJ, Mahtani Chugani VM, García González LA. Telefonía móvil como recurso de atención continuada. Una experiencia innovadora de atención sanitaria. *Gaceta Sanitaria*. 2009;23:142.
19. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J General Pract*. 2002;52:1012–20.
20. Mirand AL, Beehler GP, Kuo CL, Mahoney MC. Physician perceptions of primary prevention: qualitative base for the conceptual shaping of a practice intervention tool. *BMC Public Health*. 2002;2:16. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/16>
21. Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Family Med*. 2008;6:228–34.
22. Loayssa Jr L, González GF, Ruiz MR. Stated theory of family doctors on their relationships with patients. *Aten Primaria*. 2007;39:291–7.
23. Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method. *Can Fam Physician*. 2007;53:278–86, 277.
24. Soria M, Guerra M, Gimenez I, Escanero JF. La decisión de estudiar medicina: características. *Educación Médica*. 2006;9:91–7.