



Probablemente muchos lectores de esta revista, al menos aquellos que tienen más de 30 años, recordarán una serie de televisión a mediados de los 70' donde el protagonista, el Dr Marcus Welby, era un médico de familia de una pequeña comunidad semiurbana en el interior profundo de Estados Unidos, que cada día nos deleitaba con los desafíos y vicisitudes de su práctica cotidiana. El Dr Welby era indudablemente amado por su comunidad y a juzgar por la serie, ninguna persona tomaba ninguna decisión, no sólo médica, sin antes consultar con su médico de familia. El Dr Welby era de alguna manera un "gatekeeper" o portero natural en esa comunidad. Obviamente todos también recordamos a Joseph Mengele, el médico nazi, "gatekeeper" de Auschwitz, responsable de innumerable cantidad de atrocidades y violaciones a los derechos humanos esenciales, en nombre de los valores de la pseudo-ciencia apoyada por el partido y el régimen imperante en Alemania en aquel entonces. Marcus Welby encarna el bien, Joseph Mengele encarna el mal. El primero trabajaba en exclusivo interés de sus pacientes, el segundo trabajaba en exclusivo interés de la organización. Estos ejemplos grotescos de ficción y locura, pueden ayudar a que entendamos más claramente el foco del dilema que pretendo desarrollar en este editorial, pero desafortunadamente el debate no es ni tan simple ni tan polar como los personajes de nuestra historia.

El desarrollo de una Atención Médica Primaria de alta calidad forma parte de los cimientos donde se apoyan casi todos los Sistemas de Salud que priorizan efectividad, eficiencia y equidad en los servicios que brindan. Los elementos esenciales de su práctica incluyen la accesibilidad al primer contacto del paciente con el sistema de atención, la continuidad y longitudinalidad en el seguimiento, la integralidad de los cuidados, la coordinación de la consulta y derivación al especialista, y la práctica clínica con un abordaje bio-psico-social, desarrollado en el contexto de la familia y la comunidad ¹. En consonancia con una organización eficiente de los servicios de salud por niveles de cuidado (primario, secundario y terciario), parece natural que haya una puerta de entrada común y accesible cuando se requiere atención médica, y que esa puerta sea controlada por un médico de atención primaria. Por qué un médico de atención primaria?. Desde una mirada médica podríamos resumir las razones técnicas que fundamentan esta aseveración diciendo que, entre otras cosas, la gente carece del conocimiento suficiente como para tomar una decisión apropiada sobre qué tipo de cuidados y qué tipo de médico necesita para cada problema de salud. El umbral para consultar al médico difiere marcadamente entre paciente y paciente, y la mayoría de los motivos de consulta son habitualmente por problemas indiferenciados y muchas veces vagos, por lo que un médico especializado en la atención inicial de los problemas de salud parece un recurso ideal. Sin embargo, hay también razones sociales que lo justifican: cualquier modelo de atención médica orientado a la especialización, donde cada usuario elige una puerta distinta por donde ingresar, aún ante un padecimiento similar, sin una coordinación entre los diferentes niveles, presenta un claro problema de equidad ya que ningún sistema tiene recursos ilimitados para proveer servicios de salud. Dado que los especialistas son más caros que los generalistas, son también menos accesibles para la gente con menos recursos. De hecho, dentro de los países desarrollados, hay una clara relación entre gasto en salud como porcentaje del PBI y orientación del sistema de salud hacia la atención primaria, donde mayor gasto se correlaciona con mayor fragmentación y especialización ^{1, 2}.

Este modelo de atención, que ha constituido la base racional de la organización histórica de los sistemas de salud europeos y que se ha consolidado con los diferentes procesos de reforma que dichos países han experimentado en las últimas décadas, ha adop-

tado connotaciones peyorativas crecientes a medida que se entronizaba en las organizaciones de salud americanas, con el advenimiento del "managed care", modalidad de atención cuyo objetivo es controlar costos por medio de la regulación de la oferta de servicios ¹. Es así que la mayoría de los seguros privados en Estados Unidos introdujeron a partir de los '70 al médico "gatekeeper", enfatizando en este rol, dos de los atributos que hacen a las características del profesional de atención primaria: primer contacto y coordinación de la referencia a los especialistas. Se define como "gatekeeping" en la definición americana, al proceso de autorización de las derivaciones por un médico de atención primaria designado para cumplir esta función. La mayoría de los seguros pagan al médico de atención primaria (MAP) por capitación, ponen a este en mayor o menor riesgo financiero por el costo incurrido por sus pacientes si utilizan servicios especializados u hospitalarios ³. Como uno de los pilares del managed care, el gatekeeping ha sido considerado esencial como estrategia de control de costos, en parte motivado en la evidencia existente de que el acceso irrestricto a los especialistas induce la demanda de servicios costosos, intensivos y a veces innecesarios ⁴. Sin embargo, en este marco el gatekeeper también ha sido identificado por el público americano sólo como un instrumento que utilizan los seguros comerciales de ese país para restringir el acceso a los especialistas por parte de los usuarios y no como el coordinador de la atención para mejorar la accesibilidad y calidad de los cuidados.

¿Por qué entonces el mismo rol tiene significados tan distintos para la sociedad en general en Europa en comparación con Estados Unidos?. Muchas de estas consideraciones vertidas en relación a los gatekeepers no han surgido nunca en países europeos donde el concepto de primer contacto tiene una larga tradición. En Europa, la predominancia de sistemas públicos con cobertura universal caracterizados por niveles definidos de atención con incumbencias y competencias claras, con escaso protagonismo del sector privado comercial, ubican a los gatekeepers en la base de un modelo de organización racional con el objetivo de servir al público con eficiencia y equidad. En este contexto, la gente no identifica al MAP como sirviendo a otros intereses distintos al bien común. Pensemos sino en el caso del Reino Unido donde el médico de familia (GP, General Practitioner) es una institución amada, jerarquizada y defendida por todos - familias, comunidades, políticos- aún cuando cada británico debe estar obligatoriamente registrado con un GP que, excepto emergencias, es virtualmente imposible acceder a un especialista sin que medie una derivación del primero. Ni siquiera los seguros privados complementarios que cubren a 10% de la población, especialmente para servicios con demoras prolongadas (ej: reemplazo de cadera, extracción de cataratas, hernioplastias, etc.) en el Servicio Nacional de Salud (NHS), admiten la consulta al especialista privado si no es antes derivado por el GP del sistema público. En todo caso, el médico gatekeeper de los sistemas públicos europeos, Canadá o Australia, más allá de la mayor o menor limitación en su autonomía clínica producto de regulaciones explícitas, es un empleado o un contratado autónomo del Estado, o un profesional liberal como el caso canadiense, y las instituciones del Estado en la mayoría de estos países tienen una larga trayectoria y credibilidad en la defensa y garantía de los derechos sociales de los individuos. Por lo tanto, si bien puede generar molestias y enojos en parte de la clase media acomodada europea o canadiense (que tiene a Estados Unidos del otro lado de la frontera), la crítica no apunta de ninguna manera a quienes se encuentran en la puerta de entrada del sistema. La gente sabe que aún cuando cierta libertad individual se pierda, se protege un derecho mayor que tiene que ver con un sentido muy acendrado de solidaridad, equidad y justicia distributiva, que la mayoría de los países industrializados occidentales, a excepción de Estados Unidos, poseen.

Para el caso americano, la cosa es diferente porque el sistema de valores de la sociedad americana es distinto. A diferencia de los países europeos y Canadá con un grado similar de desarrollo, - más precisamente el caso del Reino Unido, con idioma, cultura y tradiciones parecidas-, en Estados Unidos el sistema de valores se orienta a la libertad de elección por encima de todo. La tradición puritana transmitida desde los primeros colonizadores que emigraron de Inglaterra por las persecuciones religiosas en el siglo XVI y XVII sobre la elección personal del destino que a cada uno le toca, hace que el mantenimiento de la salud sea vista sobre todo como una responsabilidad del individuo y que por lo tanto la cobertura de los servicios médicos se rija por los principios del mercado como cualquier otro bien transable. En definitiva, la salud es tratada más como un bien transable que como un derecho. Esto ha dado lugar a una exagerada participación del sector privado corporativo, la mayoría actualmente con afán de lucro, que hoy domina el mercado de la salud en este país.

La respuesta unívoca entonces a los diferentes significados y significantes del gatekeeper en los sistemas gerenciados americanos, en relación a Europa o Canadá, tiene que ver con la existencia de incentivos financieros y conflictos de intereses que despiertan sospechas por parte de la gente sobre aquellos que supuestamente debieran abogar solamente por el mejoramiento de su salud y la defensa de sus derechos como pacientes. Podemos definir como conflicto de interés a la presencia de condiciones en las cuales el juicio profesional en relación al interés primario (el bienestar del paciente) se ve muy influido por otro interés secundario (beneficio financiero, prestigio profesional). A pesar de que el interés secundario no es necesariamente ilegítimo, las reglas del manejo de los potenciales conflictos deben impedir la dominancia del interés secundario sobre el primario en la toma de decisiones médicas. La severidad de un conflicto depende de la probabilidad de que el juicio profesional pueda ser influido por el interés secundario y la seriedad del daño o mal que pueda ocasionar tal influencia⁵. Obviamente, cuanto mayor sea la magnitud del incentivo que reciben los MAP's para no derivar pacientes al especialista o el hospital y cuanto mayor sea el riesgo financiero personal que afrontan, mayor también será la influencia del interés secundario y mayor por ende el grado de conflicto. Es inevitable entonces no soslayar aspectos éticos profundos: cuando la restricción al acceso a los especialistas está ligada a ciertos incentivos financieros para el MAP, hay un potencial "foco de ruido" entre la preocupación de este por sus ingresos personales y la preocupación por el bienestar de sus pacientes.

En función de esta oscura madeja de intereses en conflicto que en algunas organizaciones americanas llegan al punto de prohibirles por contrato a los médicos que informen a sus pacientes sobre tratamientos no cubiertos por dicho seguro, o bonos que recompensan el alineamiento del profesional con la organización y no con sus pacientes, el rol de los gatekeepers está siendo crecientemente cuestionado en la medida en que se los identifica cada vez más como sirviendo a los intereses de los seguros comerciales para maximizar su renta. Si bien los pacientes valoran muy positivamente el primer contacto accesible así como el rol de coordinador para el MAP, rechazan claramente las políticas de las organizaciones de atención gerenciada que enfatizan el rol de portero para el MAP⁶. Tampoco los MAP's están muy satisfechos con estas políticas. En un estudio en California, la presencia de un incentivo en forma de bonus asociado a una menor tasa de derivación al especialista, fue uno de los factores más fuertemente asociados con la percepción que los MAP's sentían sobre "presiones" que comprometían su calidad de atención⁷. Numerosas encuestas, experiencias y relatos también evidencian la preocupación de los MAP's por la creciente pérdida de control, autonomía

clínica y el deterioro de sus cuidados⁸. Este dilema, causa de hondo malestar y disconfort en los pacientes y los MAP's, se encuentra en el centro del debate sobre el futuro del modelo de gatekeeping en los Estados Unidos para los próximos años.

Además, otro de los problemas más serios que conlleva el gatekeeping, es el retroceso potencial que puede ocurrir en la consideración pública hacia los médicos de atención primaria, al confundir una disciplina o especialidad (medicina familiar o general, pediatría, clínica general) con una función (gatekeeper o médico de cabecera). Esta confusión también se ha planteado en la Argentina, donde muchas obras sociales y prepagas han adoptado el modelo de médico de cabecera. Si bien en la mayoría de las organizaciones que aquí lo han adoptado, el sistema de autorizaciones para ver a los especialistas es mucho menos rígido que la contrapartida americana. Al igual que en Estados Unidos, varias sociedades científicas de especialistas y organizaciones gremiales médicas han expresado su preocupación y malestar por la violación de la "libre elección" por parte de la población del médico tratante, confundiendo también especialidad con función ya que en muchos casos la crítica se ha hecho sobre la base de la supuesta falta de competencia y calificación de los médicos de atención primaria.

Más allá del debate sobre la función que debieran cumplir, entre los atributos fundamentales que definen a las especialidades con ámbito e incumbencia dentro de la atención médica primaria, se encuentra la coordinación del proceso de referencia hacia los otros niveles de atención². Es desde esta perspectiva que se intenta rescatar el rol que el MAP debe tener como coordinador de los cuidados, para lo cuál hay sobrada evidencia a favor de su mayor efectividad y calidad⁹, más que una discusión estéril sobre si son mejores los generalistas o los especialistas para el manejo de circunstancias clínicas específicas que, con evidencias a favor y en contra para unos y para otros, ha signado el debate sobre el tema en los últimos años¹⁰.

Hay entonces manera de resolver el problema intentando capitalizar lo mejor de un modelo de atención coordinado, más racional y más eficiente, sin estar en el medio de intereses cruzados de las organizaciones, que quieren contener los costos y, al menos para las que persiguen afán de lucro, también generar renta para sus accionistas; de los pacientes, que desean recibir la mejor atención posible sin que nadie se entrometa entre sus deseos y expectativas; del Estado, que debiera velar para que el consumo de los recursos se haga con eficiencia y equidad privilegiando a los grupos más vulnerables; de las corporaciones médicas, que desean conservar y si es posible aumentar sus espacios de poder académico y económico y del complejo médico-industrial, que desea incesantemente incorporar nuevas tecnologías con mayor rentabilidad marginal.

Obviamente, soluciones mágicas que convengan a todos por igual lamentablemente nunca se encuentran. Un sistema fragmentado, basado en el acceso irrestricto a los especialistas, especialmente en un contexto de exceso de médicos, exceso de especialistas y falta de regulación de la certificación profesional como existe en la Argentina, no sólo es ineficiente, inequitativo y de mala calidad, sino que también es imposible de financiar, al menos para la inmensa mayoría de la población. Por lo tanto, para mejorar el proceso de derivación a los especialistas manteniendo la coordinación efectiva por parte de los MAP's, es necesario diseñar los incentivos adecuados. Por ejemplo, para incentivar a que los pacientes consulten a los MAP's antes de ver a un especialista se pueden fijar copagos para las consultas a los especialistas no coordinadas por el primero, como es el caso de Dinamarca o del

Plan de Salud del Hospital Italiano, o bien que los especialistas cobren menos la consulta que no es iniciada por un médico de familia, como es el caso del pago por prestación de los especialistas en Canadá. Para desalentar la sobrerderivación al especialista de pacientes complejos o con mayor carga de enfermedad y para que pueda asistirlos a lo largo del sinuoso camino de los servicios de salud cuando el MAP es remunerado por capitación, es necesario aplicar incentivos especiales a esa cápita que ajusten por este sobreesfuerzo. Asimismo, dichos incentivos también deben aplicarse a la cápita si se pretende que el MAP cumpla con determinadas metas preventivas o terapéuticas como es el caso de los GP's británicos. Para desalentar la subderivación al especialista, los incentivos que recompensan al MAP por evitar las consultas al especialista, deberían eliminarse definitivamente. Otras alternativas, tales como la capitación de los especialistas, favorece la integración de estos con los MAP's, tal como se ha experimentado en muchos seguros privados en Estados Unidos, ya que no hay incentivos financieros que alienten la consulta de pacientes que pueden ser resueltos en el primer nivel. Aquí el problema en todo caso es que la falta de incentivos por parte del especialista para ver más pacientes puede correr la barrera de acceso del consultorio del MAP al consultorio del especialista ⁹. Un estudio reciente reporta la experiencia de un grupo médico prepa- go que luego de 25 años abandonó el sistema de gatekeeping, permitiendo el libre acceso de los pacientes a los especialistas . Al cabo de 18 meses, prácticamente no se registraron modificaciones en el uso de los especialistas por parte de la población adulta ¹¹. Si bien el título del artículo, " Dejando atrás a los gatekeepers..." suena algo tendencioso, la verdad es que sus conclusiones avalan lo arriba expresado sobre la aplicación de incentivos. Mas allá de que los resultados del estudio sean difíciles de replicar en otros ámbitos diferentes al de un grupo médico homogéneo de multiespecialistas, que dieciocho meses probablemente no fueran suficientes para evaluar un cambio en el patrón de consulta, especialmente con pacientes que en su mayoría estaban afiliados al sistema desde hacía varios años y que tenían una larga relación con su médico de cabecera, es interesante remarcar el hecho de que los especialistas eran asalariados y por lo tanto menos proclives a alentar consultas que ellos consideraran innecesarias o pasibles de ser resueltas por los generalistas.

Un hermoso artículo publicado hace ya más de 10 años y que puede ser hoy considerado un clásico, nos relata una supuesta "leyenda" sobre el tema. Cuenta la historia que hace mucho tiempo, en una tierra verde y apacible, había un portero y un mago. El mago vivía en un gran castillo arriba de la ciudadela. En su castillo tenía una

bola de cristal que le decía porque la gente se sentía mal. El mago entonces podía recurrir a una de sus poderosas pociones mágicas que les hiciera otra vez sentirse bien. El portero vivía en una casa grande al lado de la puerta del castillo. Su trabajo era decidir quien se sentía lo suficientemente mal como para necesitar ver al mago y entonces abrirles la puerta para que lo consultaran. Para no malgastar sus pociones en quienes no la necesitaran realmente y en quienes por otro lado tampoco serían muy efectivas, el mago necesitaba al portero. Porque aún cuando el mago fuera muy listo para decidir quien estaba muy mal, no era muy bueno para decidir quien estaba muy bien. En esto último, el "gatekeeper" era más experimentado. En otras palabras, el valor predictivo negativo* del juicio del gatekeeper cuando decidía que una persona no estaba lo suficientemente mal como para ver al mago, era casi del 100% porque la prevalencia de malestar serio en la población era muy baja. Por el contrario, una vez que el gatekeeper le abría la puerta del castillo al doliente, el valor predictivo positivo* del juicio del mago para acertar con la poción que aliviara sus padecimientos era muy alta, porque la prevalencia de un malestar serio entre aquellos autorizados a entrar al castillo, era también muy alta ¹².

Si bien esta fábula es mucho más compleja y con muchas más vicisitudes que por honor a la extensión de esta editorial, me abstengo de comentar, la historia nos ilustra sobre la complejidad de la relación entre el portero-MAP y el mago-especialista, pero sobretudo nos ilustra sobre el rol complementario que deben tener un generalista y un especialista trabajando de manera alineada. No debemos culpar de todos nuestros males al instrumento sino en todo caso a quien lo manipula. Un cuchillo puede servir tanto para cortar el pan como para matar.

El desafío del próximo tiempo es integrar mucho más los cuidados médicos primarios con los especializados para responder a las tensiones originadas por el incremento incesante de los costos sanitarios y la explosión tecnológica indiscriminada, el envejecimiento poblacional, la epidemia de enfermedades crónicas, y la creciente exclusión de los grupos más vulnerables de la sociedad de los sistemas formales de salud, entre otros temas de la agenda global actual. Más que una declaración de voluntades, la integración debe alcanzarse aplicando los incentivos apropiados. En este sentido, mi opinión es que debemos comenzar a mirar y estudiar mucho más el marco racional y explícito en el que se desenvuelven la mayoría de los sistemas de salud de Europa y dejar de intentar copiar las malas experiencias de Estados Unidos.

*Ver glosario

Dr. Adolfo Rubinstein

[Jefe Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano de Buenos Aires. Presidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG)]

Referencias

1. Rubinstein Ay col. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2001
2. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press. Oxford. 1998
3. Grumbach K. Primary Care in the United States: The Best of Times, The Worst of Times. N Eng J Med. 1999;341:2008-2010
4. Clancy CM, Hillner BE. Physicians as gatekeepers: the impact of financial incentives. Arch Intern Med 1989;149:917-920
5. Thompson DF. Understanding Financial Conflicts of Interest. N Eng J Med 1993;329:573-576
6. 5. Grumbach K, Selby J, Damberg C y col. Resolving the Gatekeeper Conundrum: what Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists. JAMA1999;282:261-266
7. Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman A. Primary care physician's experience of financial incentives in managed care systems. N Eng J Med 1998;339:1516-1521
8. Kassirer J. Doctor Discontent. N Eng J Med 1998;339:1543-1545
9. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary Care Physicians should be Coordinators, not Gatekeepers. JAMA1999;281:2045-2049
10. A. Rubinstein. Generalistas versus Especialistas: evidencias sobre el manejo de los pacientes ante problemas definidos. En PROFAM: Programa de Educación a distancia en Medicina Familiar y Ambulatoria. E. Rubinstein, editor. 2da ed, entrega I. Fundación MF. Buenos Aires. 2001
11. Ferris T, Chang Y, Blumenthal D, Pearson S. Leaving Gatekeeping Behind: Effects of Opening Access to Specialists for Adults in a Health Maintenance Organization. N Eng J Med 2001;345:1312-1317
12. Mathers N, Hodgkin P. The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale. BMJ 1989;298:172-173