

EL MÉDICO DE FAMILIA COMO AGENTE DE CAMBIO EN LAS REFORMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dr. Adolfo Rubinstein*

Introducción

Cualquier sistema de salud persigue dos grandes objetivos: el primero es optimizar la salud de la población empleando el mejor y más avanzado conocimiento disponible, el segundo es minimizar las disparidades asegurando igual acceso a los beneficios para todos. Los sistemas de salud están siendo afectados por enormes cambios en la manera de financiar y prestar servicios. Algunos de estos cambios están motorizados por la transición epidemiológica y el aumento de las enfermedades crónicas en los países en desarrollo, el enve-

jecimiento poblacional en los países más desarrollados, los avances en la educación de las personas, el desarrollo económico, las conductas y los hábitos relacionados con la salud, la ciencia y la tecnología, la globalización e Internet, entre otros.

Como consecuencia de lo antedicho, el gasto en salud ha sido una de las variables económicas cuyo crecimiento real más se ha acentuado en las últimas décadas. Aunque la salud es percibida por la población como un derecho inalienable y, por lo tanto, la demanda puede considerarse infinita, los recursos no lo son. Lamentablemente, no se han

desarrollado de manera eficiente mecanismos que operen para controlar su gasto. En EEUU, por ejemplo, el gasto en salud expresado en porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) ha aumentado de poco más de 5% en 1960 a más de 15% en la actualidad. Más aún, tanto en EEUU como en muchos países latinoamericanos, como Argentina y Uruguay, países signados por la fragmentación institucional del sector salud, no se han evidenciado, consecutivamente a este aumento, mejoras en sus indicadores. Las causas de este incremento, además de las mencionadas, tiene que ver en muchos casos con la implantación de modelos de pago e incentivos financieros a los profesionales y a los hospitales que estimulan la sobreutilización de servicios.

El nivel de riqueza de los países, estimado por medidas como el PIB per cápita, no garantiza por sí mismo las condiciones sociales y económicas que producen mejores niveles de salud. Aun en la mayoría de los países industrializados se encuentran diferencias sistemáticas en la carga de enfermedad entre distintas poblaciones, con mayores concentraciones de enfermedad entre los sectores sociales más pobres. Estas disparidades son mayores en Estados Unidos que en otros países del norte europeo con un nivel de desarrollo similar. De hecho, hay bastante evidencia proveniente de los países desarrolla-

dos pero que también puede aplicarse empíricamente en los países subdesarrollados, de que la mortalidad, especialmente en la infancia, tiende a ser menor en las sociedades cuyas diferencias sociales son menores. Por ejemplo, entre el grupo de naciones con un PBI per cápita mayor a U\$S 20.000, la variación en las tasas de sobrevivencia de niños menores a 5 años se sitúa entre 990/1000 en EEUU a 995/1000 en Suecia. Entre las naciones con un PBI per cápita entre U\$S 1.000 y 2.000, el rango es entre 99/1000 en Swazilandia a 990/1000 en Cuba, la que a su vez tiene igual o aún mejor sobrevivencia que EEUU con un PBI per cápita 20 veces menor.

Las funciones principales de los sistemas de salud incluyen la provisión de servicios efectivos, la generación de recursos humanos e infraestructura, el financiamiento de esos servicios y recursos, y la recolección de datos para poder evaluar el desempeño y planificar acciones y políticas.

Valores inherentes a los sistemas de salud

Un sistema de salud debiera garantizar que cualquier paciente tenga la posibilidad de recibir un servicio adecuado en el momento y lugar adecuado y por el prestador adecuado (Rodwin, 1984).

Varias iniciativas de la Organiza-

ción Mundial de la Salud (OMS) han enfatizado la importancia de ciertos valores que debieran enmarcar el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud. Estos son la calidad, la equidad, la relevancia y la eficiencia.

Calidad: la calidad de la atención puede verse tanto desde la perspectiva clínica (“cómo la atención prestada por un médico o grupo de médicos afecta la salud de sus pacientes”) como desde la perspectiva poblacional (“cómo los sistemas de salud afectan la salud de las poblaciones y reducen las disparidades entre subgrupos poblacionales”). Los indicadores clínicos de calidad engloban los cuatro componentes referentes a la adecuación de los recursos, entrega de servicios, desempeño clínico y resultados. Por otro lado, una variedad de recursos son necesarios para entregar servicios de alta calidad por parte de los sistemas de salud: personal adecuadamente calificado y entrenado, buena infraestructura de servicios, financiamiento suficiente para los servicios de atención primaria, acceso adecuado de la población a esos servicios, desarrollo de sistemas de información y mecanismos efectivos de regulación y rectoría por parte del Estado.

Equidad: se trata de un concepto difícil de operacionalizar pero que significa que todos los individuos merecen la misma oportunidad para

acceder a los servicios de salud necesarios. Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la salud es considerada un “bien meritorio”. La equidad puede ser horizontal cuando los individuos con iguales necesidades reciben igual atención o vertical cuando los individuos con mayores necesidades reciben también más atención.

Relevancia: implica que los servicios cubiertos, fundamentalmente por el Estado, son consistentes con las prioridades sanitarias de un país. Estas prioridades guardarán relación con la carga de enfermedad que representan las diferentes patologías en función de la incidencia, prevalencia, severidad y discapacidad así como la existencia de un tratamiento efectivo y sustentable financieramente.

Eficiencia: todos los valores desarrollados anteriormente, necesitan ser considerados en el contexto del costo-efectividad de las intervenciones. Una intervención eficiente es cuando se alcanzan los resultados deseados con el menor uso de recursos.

Medicina Familiar, Atención Primaria y Servicios de Salud

La Medicina Familiar, como especialidad orientada hacia la atención integral y continua, la promoción de la salud y prevención de enfermedades así como la prestación de servicios en el primer nivel de atención, se ve

cada vez más como un modelo ideal para llevar a cabo estas funciones. La conferencia convocada por la OMS en Alma Ata en 1978, “Salud para todos en el año 2.000” colocó por primera vez a la Atención Primaria de la Salud (APS) en la agenda de los gobiernos y las agencias internacionales como estrategia para lograr mayor eficiencia y equidad de los sistemas de salud. Los servicios incluidos dentro de esta estrategia debían ser esenciales, prácticos, científicamente sólidos, socialmente aceptables, universalmente accesibles, financiables, y focalizados en el desarrollo social y económico. A pesar de la falta de cumplimiento de estos objetivos, Alma Ata disparó una nueva oleada de reformas sanitarias en todo el mundo. Sin embargo, a medida que avanza el conocimiento, los médicos se han volcado a la especialización creciente —entre otros motivos— en el supuesto de que es imposible conocer todo acerca de todos y cada uno de los problemas de salud. Esta tendencia a la super-especialización ha fragmentado la atención a través del desarrollo de médicos y profesionales con interés y competencia sólo en grupos etarios, género, órganos o sistemas o enfermedades. Por otra parte, la especialización no sólo ha producido una descontextualización de los problemas, sino que también ha traído aparejado una desintegración o negación de la esfera psico-

social de las personas, y en muchos casos una despersonalización profunda de la atención con deterioro de la relación médico-paciente. Ello conspira no sólo contra la satisfacción del usuario, sino también contra la eficiencia de las prestaciones.

Un sistema de salud orientado a la especialización también amenaza la equidad. Ninguna sociedad tiene recursos ilimitados para proveer servicios de salud; ni siquiera en los países más desarrollados, incluyendo aquellos que mayores recursos destinan a la atención médica. Los cuidados especializados son más caros que los cuidados primarios, por lo que son menos accesibles para los individuos que no pueden pagarlos. Además, los recursos gastados en cuidados altamente técnicos orientados a las enfermedades compiten con los destinados a proveer servicios básicos y esenciales, especialmente para los grupos más vulnerables con desventajas socio-económicas, culturales, demográficas o epidemiológicas. Lamentablemente, esta misma tendencia se ve también en los países en vías de desarrollo en general y en Latinoamérica en particular. De hecho, estos países, que están enfrentando las consecuencias de una creciente fragmentación institucional y un sector privado cada vez menos regulado, se vuelven también cada vez más incapaces para rediseñar los sistemas de salud hacia los objetivos

de la APS. Como resultado, muchas iniciativas y programas orientados a la APS en diferentes países latinoamericanos fueron experiencias que terminaron en frustraciones o fracasos. Las causas de estas fallas pueden ser atribuidas al financiamiento inadecuado, recursos humanos mal entrenados, poco tiempo de dedicación o equipamiento insuficiente para los problemas que debían enfrentar. En definitiva, la calidad de los cuidados era habitualmente tan pobre que podía considerarse este tipo de atención más como un tipo de atención “primitiva” que primaria o “primordial”, particularmente cuando la APS estaba limitada sólo a la atención de los pobres y a los cuidados más básicos y simples.

Por el contrario, en los países desarrollados, a excepción de Estados Unidos y algunos pocos países más, la APS ha sido mejor articulada dentro del sistema global porque ha estado más asociada a la práctica de la Medicina Familiar, integrada horizontalmente dentro de equipos de salud con otros profesionales como enfermeros, trabajadores sociales, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, etc.

Organización de la atención médica

Los servicios de atención médica se organizan habitualmente en tres

diferentes niveles. El primer nivel de atención es donde se interrelacionan los servicios de atención primaria y otros servicios sociales que se brindan a nivel local, en cada comunidad; el segundo nivel comprende la atención de problemas que requieren cuidados más especializados e incluye los servicios brindados por los especialistas médicos y quirúrgicos así como los servicios hospitalarios de baja y mediana complejidad. El tercer nivel incluye los servicios diagnósticos y terapéuticos, médicos y quirúrgicos de alta complejidad. A su vez, los servicios de salud pueden estructurarse dentro de modelos de regionalización o dispersión. Los primeros se caracterizan por la organización y coordinación de los servicios dentro de áreas definidas geográfica o políticamente, personal y servicios asignados para cada nivel de atención y flujo ordenado y regulado de pacientes entre los diferentes niveles. Este modo operativo, cuyo modelo es el Sistema de Salud del Reino Unido (NHS), existe en mayor o menor medida en España, Portugal y en la mayoría de los países europeos; Canadá y Australia dentro de los países desarrollados y en Cuba, Costa Rica y algunos sectores o distritos en Argentina, Brasil, Chile y México, dentro de los países latinoamericanos. En el modelo británico, el Primer Nivel de Atención (Atención Primaria) está a cargo exclusivamen-

te de Médicos de Familia (GP's) y el equipo de salud, quienes practican en grupos pequeños/medianos exclusivamente en el ámbito ambulatorio. El segundo nivel de atención (Atención Secundaria) está a cargo de especialistas de mayor demanda (medicina interna/pediatría y subespecialidades, cirugía general, ortopedia, tocoginecología, psiquiatría, etc.), quienes practican en clínicas ambulatorias pertenecientes al hospital y resuelven las interconsultas de los GP's. Atienden también a los pacientes internados. El tercer nivel de atención (Atención Terciaria) se encuentra a cargo de subespecialistas

hospitalarios (cardiocirujano, algunas subespecialidades clínicas o quirúrgicas), quienes practican en hospitales terciarios de referencia. Una de las características más salientes del NHS inglés y de los modelos regionalizados en general es, por un lado, la integración tanto horizontal (médico de familia y equipo de salud) como vertical (médico de familia y especialista) y, por otro, la concordancia entre el tipo de prestador (médico de familia o especialista) y el nivel de atención. Un diagrama de cómo se organizan los servicios británicos puede observarse en la figura 1.



Figura 1. Características de la organización del sistema de salud del Reino Unido (NHS)

El modelo de dispersión, por el contrario, se caracteriza por la ausencia de áreas definidas geográfica o políticamente, un rol menos definido de los prestadores para cada nivel de atención y la ausencia de ordenamiento y regulación de los pacientes entre los diferentes niveles.

Este modelo de dispersión, propio de los sistemas plurales y fragmentados, cuyo modelo es el sistema de salud de EEUU, se observa también en la mayoría de los países latinoamericanos y países en desarrollo en general. La mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos presentan

una multiplicidad de sistemas verticales (público, seguridad social y privado), cada uno con sus propios modelos de organización de la atención médica. Además, se observa falta de integración horizontal y vertical y ausencia de concordancia entre el nivel de atención y el tipo de prestador.

Es importante señalar que si bien la mayoría de las necesidades de salud pueden resolverse en el nivel primario, la mayoría de los gastos se realiza en el nivel secundario o terciario. Aun en el Reino Unido, donde más del 60% de los médicos son Médicos de familia, que brindan 60% de los cuidados ambulatorios, solo consumen 10% del presupuesto del NHS, mientras que más de 2/3 de los gastos se realizan fuera del primer nivel de atención. Sin duda, en términos de costo-efectividad, los servicios de Atención Primaria son los que producen mayor valor en cuanto a expectativa de vida en función de los recursos consumidos, si se los compara con los servicios secundarios o terciarios tal como se ve en la figura 2. Cuando se analiza la Atención Primaria con la atención hospitalaria en relación con ciertos indicadores de equidad en la entrega de los servicios, se observa la paradoja que los servicios públicos, en particular los hospitales, son usados más por los ricos que por los pobres. Un estudio en 11 países sobre la distribución de beneficios en relación con la distri-

bución del gasto público y las tasas de uso, demostró que el quintilo superior de ingresos (20% más alto) recibía más del 30% de los beneficios (WB, 1998). Este sesgo pro ricos era debido al uso desproporcionado de servicios hospitalarios. Por el contrario, la distribución de servicios de Atención Primaria es siempre más beneficiosa para los pobres.



AVAC: año de vida ajustada por calidad (QALY)

Figura 2. Efectividad de los servicios de salud: “Más no es siempre mejor”

El médico de Atención Primaria como “gatekeeper”

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 cuando se requiere atención médica, y que esa puerta sea controlada por un médico de familia. Además de razones técnicas, existen razones sociales 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.

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 adoptado connotaciones peyorativas crecientes a medida que se entronizaba en las organizaciones de salud de EEUU, con el advenimiento del *managed care*, modalidad de atención cuyo objetivo es controlar sus costos por medio de la regulación de la oferta de servicios. Es así que la mayoría de los seguros privados en EEUU introdujeron a partir de la década de 1970 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 familia designado para cumplir esta función. La mayoría de los seguros pagan al médico de atención primaria por capitación y ponen a este en mayor o menor riesgo financiero por el costo incurrido por sus pacientes si utilizan servicios especializados u hospitalarios. 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. Sin embargo, en este marco el médico de atención primaria también ha sido identificado por el público estadounidense 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 EEUU? 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 médico de familia como sirviendo a otros intereses distintos al bien común. Pensemos si no en el caso del Reino Unido donde el médico de fa-

milia (GP, General Practitioner) es una institución amada, jerarquizada y defendida por todos —familias, comunidades, políticos— aun cuando cada británico debe estar obligatoriamente registrado con un GP y que, excepto emergencias, es virtualmente imposible acceder a un especialista sin que medie una derivación del primero. En todo caso, el médico “gatekeeper” de los sistemas públicos europeos, de 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 las personas. Por lo tanto, si bien puede generar molestias y enojos en parte de la clase media acomodada europea o canadiense (que tiene a EEUU 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 EEUU, poseen.

Para el caso estadounidense, 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 EEUU 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 los siglos XVI y XVII sobre la elección personal del destino que a cada uno le toca, hace que el mantenimiento de la salud sea visto 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 una “commodity” 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.

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 ha-

cia los otros niveles de atención. Es desde esta perspectiva que se intenta rescatar el rol que el MAP debe tener como coordinador de los cuidados, para lo cual hay sobrada evidencia a favor de su mayor efectividad y calidad, 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 años.

Hay entonces maneras 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; 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 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 médicos de familia es necesario diseñar los incentivos adecuados. Por ejemplo, para incentivar a que los pacientes consulten a los médicos de familia 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 sobrederivación 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 médico de familia es remunerado por capita-

ción, 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 médico de familia 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 médico de familia por evitar las consultas al especialista, debieran eliminarse definitivamente. Otras alternativas, tales como la capitación de los especialistas, favorece la integración de estos con los médicos de familia tal como se ha experimentado en muchos seguros privados en EEUU, ya que no hay incentivos financieros que alienen 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 médico de familia al consultorio del especialista.

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, 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 EEUU.

Atributos de los sistemas y servicios de salud basados en la atención primaria

Hay evidencia cada vez más contundente de que la APS se correlaciona con mejores resultados sanitarios. Lamentablemente, esta evidencia proviene mayoritariamente de los países desarrollados. Hacia mediados de la década de 1990 se condujeron varios trabajos que estudiaron la relación entre la orientación a la APS de los sistemas de salud y los costos y resultados sanitarios en 13 países industrializados (B. Starfield, 1994). El primer hallazgo fue que cuanto mayor la orientación a la APS del sistema de salud, más fuerte el fortalecimiento de la APS dentro del modelo de práctica profesional. El segundo fue que los países que tenían menos orientación a la APS (EEUU, Alemania, Bélgica, entre otros), tenían mayores costos y peores indicadores

sanitarios, especialmente los indicadores de morbilidad infantil, que aquellos con mayor orientación. Asimismo, hallazgos similares se observaron dentro de EEUU, donde los estados con mayor densidad de profesionales de APS en relación a su población, tuvieron mejores resultados y menores costos. De muchos de estos estudios de correlación se desprende que si bien las políticas de atención primaria no pueden corregir la inequidad social, cuyo mayor determinante es la mala distribución de la renta, sí puede morigerar sus efectos perjudiciales sobre la salud individual y colectiva. Si la APS como política a favor de los sectores más vulnerables y excluidos depende en gran medida del involucramiento del Sector Público para contrarrestar los efectos indeseados de las políticas pro mercado, los países que fortalezcan sus políticas orientadas a la APS debieran ser también los países con los mejores resultados en relación a sus recursos.

Sistemas de salud orientados a la atención primaria

Los siguientes son algunos de los criterios que, a juicio de Barbara Starfield (1998), definen, más allá de las declamaciones públicas y los documentos, a un sistema de salud con basamento real en la atención primaria. Con la simple observación

de esas características el lector podrá analizar cuán orientado a la atención primaria se encuentra el sistema de salud de su país.

Tipo de sistema

Se considera que la atención primaria regulada es el mayor grado de compromiso que un sistema de salud puede alcanzar en este sentido. Implica que los niveles de cuidados estén bien definidos e integrados verticalmente, que la puerta de entrada al sistema de atención se hace a través de un médico generalista y que las políticas y los incentivos del Estado influyan en la localización de los médicos, los hospitales y en la asignación de los demás recursos de acuerdo con las necesidades de la gente y no concentrados en áreas geográficas o en grupos poblacionales particulares. Este modelo se puede observar en el Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, España y Cuba, entre otros países. En Brasil se está llevando a cabo una interesante experiencia de desarrollo y fortalecimiento de la APS, conocida como Programa de Saúde da Família (PSF), que hoy ya alcanza a casi 70 millones de brasileños cubiertos por equipos básicos de salud conformados por un médico generalista y una enfermera. En Chile se está consolidando en el sector público y recientemente en algunos seguros privados, el modelo de Salud

Familiar. En México este modelo se está extendiendo en la Seguridad Social y se está considerando para el Seguro Popular de Salud para la población sin cobertura. En la Argentina este sistema está organizado de esta manera en el sector público de algunas provincias, y en los sistemas de atención de algunas obras sociales y seguros privados que están adoptando de manera creciente este modelo de atención.

Tipo de médico de atención primaria

Los médicos de familia/generalistas son el recurso ideal para el desarrollo de un sistema de salud centrado en la atención primaria, ya que su entrenamiento y práctica se concentran en forma exclusiva en esta disciplina, como ocurre en la mayoría de los países europeos (en especial el Reino Unido, España, Portugal, Dinamarca y Holanda) y en Canadá, Australia y Cuba. Otros países, como EEUU, Suecia y Alemania, constituyen su recurso en atención primaria con médicos de familia/generalistas, clínicos y pediatras generales. Este es también el modelo de provisión de cuidados primarios prevalente en Argentina.

Acceso financiero a la atención de la salud

Los sistemas con cobertura universal a través de un seguro nacional o provincial son los más conducentes al acceso a los servicios de atención primaria. Tal es el caso de Gran Bretaña, Canadá y España. Otros países, si bien tienen cobertura universal, está fragmentada en mutuales o seguros privados, lo que hace que la atención sea más heterogénea (Holanda y Alemania).

Porcentaje de médicos especialistas

Un valor inferior a 50% de médicos especialistas (o mayor al 50% de médicos generalistas) se considera indicativo de que el sistema está orientado a la atención primaria (Reino Unido y Canadá). Otros países, como Holanda, Alemania y Francia, presentan porcentajes algo mayores (50% a 70%) de especialistas, aun cuando la proporción (“mix”) entre especialistas y generalistas no es críticamente baja. EEUU, con una relación de especialistas/generalistas de dos a uno, ha desarrollado políticas públicas activas en sintonía con las fuerzas del mercado asegurador privado, con el objetivo de alcanzar para el año 2010 una relación generalista/especialista de uno a uno. En Argentina, a pesar de que el 70% de

sus médicos se definen como especialistas, ni siquiera han comenzado a plantearse políticas públicas claras para modificar este patrón, aun cuando seguramente las obras sociales, el PAMI y los seguros privados podrían ser considerados por el Estado como aliados naturales para este propósito.

Remuneración del generalista en relación con el especialista

Evidentemente, la remuneración del médico es uno de los incentivos más poderosos para la elección y la práctica de la especialidad. Por lo tanto, un país en donde los generalistas ganan en forma similar a los especialistas, como Gran Bretaña, Holanda, Canadá o España (con una relación 0,7 a 1) tienen mayor probabilidad de alcanzar un equilibrio adecuado. En EEUU la relación promedio es de alrededor de 0,5 a 1, aunque en los sistemas gerenciados se está acercando a 0,7. En Argentina, la distribución del ingreso entre los médicos depende mucho más del área geográfica o del medio donde ejercen su práctica. De todos modos, la relación entre los honorarios del generalista probablemente se aproxime a la mitad de la del especialista, aunque también esto está cambiando en los grandes centros urbanos, con mayor penetración de modelos gerenciados pertenecientes a obras sociales y prepagas.

Características de la práctica del médico de atención primaria

Las características de la práctica del médico de atención primaria y del equipo de salud como tal consisten en ser el primer contacto con el sistema de salud y atender en forma longitudinal a una población definida a cargo. La atención debe ser integral y centrada en la familia y en la comunidad. Además, el médico de familia es quien debe ejercer la coordinación de los cuidados con los otros niveles de atención médica. Estos atributos, que definen el perfil ideal de este profesional, estarán modulados por los sesgos inherentes al tipo de organización y los incentivos que se apliquen en el sistema de cuidados. Sobre la base de las características expuestas, se pueden identificar algunos criterios comunes que definen los modelos exitosos de sistemas de salud basados en la atención primaria (cuadro 1). Las características de algunos países seleccionados en relación al mix médico, acceso y cobertura pueden observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Mix médico, acceso y cobertura en países seleccionados

	% MAP	Tipo de médico que hace AP	Acceso al especialista	Seguro de Salud
España	37%	MF/PG	Solo por derivación del MAP	Universal
Canadá	52%	MF	Por derivación del MAP o libre decisión del usuario pero el esp. cobra menos la consulta	Universal
Holanda	35%	MF	Solo por derivación del MAP	Universal
Alemania	20%	MF/ESP	Solo por derivación del MAP	Universal
Reino Unido	60%	MF	Solo por derivación del MAP	Universal
USA	40%	MF/IG/PG/ESP	Por derivación del MAP (HMO's) o libre decisión del usuario	84%
Argentina	30%	ESP/PG/IG/MF	Por libre decisión del usuario o por derivación del MAP	60 %

MF: médico de familia, Esp: especialista, PG: pediatra general, IG: internista general

Consideraciones finales

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 en Latinoamérica 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, algunos sistemas de salud en nuestra región y sus procesos de reforma (por ejemplo, Brasil) y dejar de intentar copiar las malas experiencias de EEUU.

Referencias

Berwick DM. Quality of Health Care. Part 5: Payment by Capitation and the Quality of Care. *N Eng J Med* 1996;335:1227-31.

Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary Care Physicians should

be Coordinators, not Gatekeepers. JAMA 1999;281:2045-9

Bodenheimer TS. Capitation or Decapitation. Keeping your head in Changing Times. JAMA 1996;276:1025-31.

Bodenheimer TS. Innovations in Primary Care in the United States. BMJ 2003; 326: 796-9.

Clancy CM, Hillner BE. Physicians as gatekeepers: the impact of financial incentives. Arch Intern Med 1989;149:917-20.

Eisenberg JM. Doctor's Decisions and the Cost of Medical Care; 1986. Health Administration Press Perspectives.

Ellwood P. Managed Care. A Work in Progress. JAMA 1996;276:1083.

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;345:1312-7.

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;339:1516-21.

Grumbach K, Selby J, Damborg C, et al. Resolving the Gatekeeper Conundrum: what Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists. JAMA 1999;282:261-6.

Grumbach K. Primary Care in the United States: The Best of Times, The Worst of Times. N Eng J Med. 1999;341:2008-10.

Kassirer J. Doctor Discontent. N Eng J Med 1998;339:1543-5.

Rothman A, Wagner E. Chronic Illness Management: what is the role of primary care?. Ann Intern med 2003; 138: 256-61.

Rubinstein A. El Médico de Atención Primaria como Gatekeeper: Marcus Welby o Joseph Mengele? Evidencia en Atención Primaria 2002; 5: 2-5 (editorial).

Rubinstein A, et al. An Evaluation study of Primary Care Physicians in the Modification of Health Care Utilization Patterns. J Gen Int Med 1994; 9, supp. 2: 65 (abs).

Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy; 1998. Oxford University Press.

Starfield B. Is primary care essential?. The Lancet 1994; 344:1129-33.

Tabbush V, et al. Changing Paradigms in Medical Payment. Arch Intern Med 1996; 156:357-60.

Thompson DF. Understanding Financial Conflicts of Interest. N Eng J Med 1993;329:573-6.

Williams TF, et al. The referral process in medical care and the university clinic's role. J Med Ed 1961;36:899-907. University Press. Oxford. 1998

WONCA-WHO. Improving

health systems: The contribution of Family Medicine. A guidebook. WONCA 2002.

Cuadro 1. Criterios que definen los sistemas de Salud con Orientación a la Atención Primaria

- Alto compromiso de la sociedad (por ejemplo, sistemas nacionales de salud, cobertura universal, pago jerarquizado a los médicos de atención primaria).
- Mejor y más eficiente uso del personal no médico (por ejemplo, enfermeros para sustituir al médico en tareas de prevención en la comunidad, manejo de problemas crónicos).
- Fuerte regulación del Estado si el sistema prevalente es privado, para asegurar una distribución apropiada de los servicios y un equilibrio entre generalistas y especialistas.
- Pago a los especialistas por salario o capitación, para asegurar una más eficiente asignación de los recursos.

- Pago por capitación a los generalistas, con incentivos adicionales para estimular la coordinación de los servicios y las prácticas prioritarias.
- Acceso restringido al especialista para alentar el primer contacto con el generalista y facilitar la coordinación.
- Población a cargo con servicios definidos para los generalistas.
- Organización de servicios primarios en centros de salud y no en consultorios individuales ni en hospitales de alta complejidad.
- Lineamientos claros en cada área, para delimitar la incumbencia y la responsabilidad en la implementación de los servicios.

(Modificado de B. Starfield)

***Médico. Jefe del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires**
Presidente del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria