



El papel de filtro del médico de cabecera y la reforma del National Health Service vista desde Barcelona

J. Gené
ABS Castelldefels

Correspondencia: Joan Gené Badia. ABS Castelldefels. c/ Marconi s/n. 08860 Castelldefels.

(The gatekeeper role of the general practitioner and the reform of the National Health Service as seen from Barcelona, Spain)

La llegada del gobierno laborista ha despertado expectativas de cambio en el National Health Service (NHS). El nuevo ejecutivo desea abandonar la perspectiva excesivamente economicista que había planteado la reforma del gobierno conservador. Quiere favorecer el desarrollo de un servicio más equitativo, orientado hacia las necesidades, que integre mejor los servicios sociales y sanitarios, que busque la cooperación más que la competición, que confíe en la planificación más que en el mercado, que persiga la calidad, reduzca desigualdades, promueva la salud y facilite la participación¹. Este golpe de timón obedece más al posicionamiento ideológico del nuevo laborismo que a una decisión de gestión basada en el análisis de los resultados de la reforma realizada por el gobierno conservador.

Pocas y confusas evidencias sobre la reforma iniciada en 1991

No existe una evaluación oficial y exhaustiva de los cambios introducidos por el gobierno conservador en 1991. Únicamente encontramos estudios no controlados que analizan aspectos parciales o experiencias locales. Este tipo de evidencias dificulta que puedan considerarse por separado el efecto de cada una de las distintas reformas que se introdujeron simultáneamente. Es difícil asegurar que los resultados observados son consecuencia de la asignación de presupuestos a los médicos generales («*general practitioners fund holders*» —GPFH—) ya que también han sido influidos por las reformas en garantía de calidad, la separación entre proveedores y compradores o el cambio cultural que se produjo dentro del NHS. Tampoco es posible neutralizar la contaminación que existió entre las consultas reformadas y las que no lo estaban. Como suele ocurrir en este tipo de cambios también hay un importante sesgo de selección. Algunos de los resultados que alcanzaron los adoptadores tempranos no fueron conseguidos por aquellos que se incorporaron más tarde a la reforma²⁻³.

Resultados poco claros de la reforma del partido conservador

A pesar de que esta reforma perseguía fundamentalmente un aumento de la eficiencia, no queda demostrado que haya podido contener el gasto o mejorar el coste efectividad de las intervenciones. Las evidencias sobre el efecto de los GPFH en las derivaciones al nivel especializado y en el traslado de servicios desde los hospitales hasta las consultas de los médicos generales, son ambiguas y no permiten establecer ninguna conclusión²⁻⁵. Únicamente parece que se ha conseguido una mejoría importante en la prescripción, pero a expensas de una estructura organizativa que ha incrementado considerablemente los costes de transacción.

Existen algunos datos que apuntan hacia una mejoría en la calidad asistencial, pero se desconocen sus efectos sobre la salud. A pesar que la reforma ha mejorado sensiblemente la capacidad de elección de los médicos generales, no ha conseguido que el paciente obtuviera el mismo beneficio^{2,3,6}, lo que ha repercutido negativamente sobre la satisfacción de los usuarios². Adicionalmente la asignación del presupuesto sanitario a los médicos de cabecera despertó un debate sobre sus consecuencias éticas, especialmente en relación a sus efectos sobre la equidad. No existen pruebas de que se haya producido una clara selección adversa de pacientes, pero parece evidente que existían diferencias en cuanto a la financiación y el acceso al nivel especializado entre la población cubierta por GPFH y la que no lo estaba. También se temía que los médicos generales utilizaran la derivación a cirugía electiva como un mecanismo de equilibrar el presupuesto.

Una encuesta reciente realizada a una muestra de diez mil médicos del Reino Unido de todas las especialidades observaba un descontento general con la reforma iniciada en 1991. Los profesionales consideraban que el paso de un modelo de gestión cooperativa a otro de competitiva basado en el mercado interno, los GPFH, los contratos y la facturación había tenido un impacto negativo. Curiosamente al mismo tiempo se

mostraban satisfechos con su situación laboral y sus perspectivas profesionales futuras⁷.

Los nuevos grupos de atención primaria no son nuestros centros de salud

La nueva política sanitaria del partido laborista sitúa de nuevo a la atención primaria de salud en el eje central de su reforma. Durante este año los médicos generales deberán empezar a trabajar en colaboración con unos grandes grupos locales que encargarán o comprarán servicios de atención primaria para la población que atienden⁸. Será interesante ver cómo logran que los poderosos GPFH que actualmente cubren a más de la mitad de la población y que no sólo son profesionales independientes, sino que están acostumbrados a tomar sus propias decisiones sobre el presupuesto, compartan esta responsabilidad con enfermería, otros profesionales de atención primaria, representantes de las autoridades locales y la población general. Esta reforma sigue otorgando el presupuesto hospitalario a la atención primaria y desea reforzar el papel de filtro del primer nivel asistencial. Únicamente deja abierta la posibilidad de que en algunos casos, grupos de atención primaria se integren verticalmente con los *trusts* hospitalarios⁹. Los catalanes sabemos que este modelo organizativo, que es altamente efectivo en entornos de mercado real como Estados Unidos, induce a grandes ineficiencias en situaciones oligopolísticas y de comprador único, como las que se producen en el Reino Unido o Cataluña¹⁰. En ningún caso la tendencia de los laboristas a hacer desaparecer los GPFH debe hacernos pensar que los británicos están avanzando hacia un modelo como el que tenemos actualmente en España. Sus hospitales, a diferencia de los nuestros, no tendrán un presupuesto propio ya que deberán ganarse a sus clientes. Su atención primaria, que gestionará el presupuesto de sus servicios junto a las derivaciones y la farmacia, tampoco evoluciona hacia el modelo de nuestros centros de salud, como parecen señalar los detractores de las iniciativas de autogestión que tímidamente se han intentado desarrollar en nuestro país¹¹. En el Reino Unido el ámbito de la atención primaria se beneficiará de una mayor inversión y seguirá liderando la totalidad del sistema sanitario.

El «gatekeeping» un valioso instrumento de gestión

Las evaluaciones internacionales muestran que los países donde los médicos generales disponen de una lista de pacientes y son el punto de referencia para la consulta inicial a todo nuevo problema de salud, son más efectivos y eficientes que los que permiten una libre circulación de pacientes dentro del sistema¹²⁻¹⁴. Inclu-

so un país como Francia, que tradicionalmente ha antepuesto la libertad a todo tipo de valores, en estos momentos está intentando mediante la introducción de incentivos en el copago que los pacientes se fidelicen a un médico general (*médecin référent*) que les sirva de referente para todo tipo de problemas de salud. Incluso las HMO norteamericanas que han adoptado un *gatekeeping* agresivo con un fuerte componente economicista, están consiguiendo que éste sea aceptado por sus profesionales¹⁵.

Los principios del *gatekeeping* son muy simples. Dado que para la mayoría de patologías desconocemos cuál es el ámbito asistencial que mejor puede resolverlas, es lógico procurar que la mayoría se atiendan a nivel de atención primaria ya que es conocido que los médicos de familia solucionan los problemas con menos recursos que los especialistas¹⁶. Adicionalmente la continuidad asistencial que genera esta técnica mejora la satisfacción de los pacientes y reduce la utilización de servicios hospitalarios¹⁷⁻¹⁹. Los médicos de familia/generales son más eficientes que los especialistas en descartar la presencia de enfermedades severas en toda nueva demanda del paciente²⁰. Este papel de filtro asegura que exista un nivel de patología más elevado en el ámbito hospitalario y por lo tanto incrementa el valor predictivo positivo de los tests y de los diagnósticos que se apliquen en este segundo ámbito asistencial. El riesgo de subtratamiento que comporta este filtro es inferior al de sobrettratamiento que acompaña el facilitar el acceso directo al nivel especializado²⁰.

España sigue siendo diferente

Sorprende que un país como el nuestro que partía de una tradición de *gatekeeping*, aunque fuera rudimentario, basado en los «cupos» y los «volantes», esté últimamente avanzando en una línea totalmente distinta. La reforma de la atención primaria iniciada en 1986 permitió el libre acceso de los niños a los pediatras hasta la edad de 14 años y algunos de los programas de atención a la mujer desarrollados actualmente por las autonomías no son más que accesos directos de la población a la atención ginecológica. Recientemente el gobierno catalán ha introducido un cambio legislativo que permite que los hospitales generen sus propias primeras visitas, y la reciente publicación de las líneas generales de su plan de servicios no plantea en ningún momento la posibilidad de incentivar el *gatekeeping*, tal como había propuesto la subcomisión que estudió el tema. Me gustaría pensar que esta actitud refractaria al *gatekeeping* obedece más al desconocimiento de la realidad internacional, que a un deseo de anteponer los intereses de los hospitales a los de los ciudadanos.

Bibliografía

1. Chisholm J. Primary care and the NHS white papers. *Br Med J* 1998;316:1687-8.
 2. Harrison S, Coudhry N. General Practice Fundholding in the UK National Health Service: Evidence to Date. *J Public Health Policy*. 1996;17:331-46.
 3. Robinson R. The impact of the NHS reforms 1991-1995: a review of the research evidence. *J Public Health Med* 1996;18:337-42.
 4. Coulter A, Bradlow J. Effect of NHS reforms on general practitioners' referral patterns. *Br Med J* 1993;306:433-7.
 5. Howie J, Heaney D, Marwell M. Evaluating care of patients reporting back pain in fundholding practices. *Br Med J* 1994;309:705-10.
 6. Smith R, Wilton P. General practice fundholding: progress to date. *Br J Gen Pract* 1998;1253-7.
 7. Goldacre MJ, Lambert TW, Parkhouse J. Views of doctors in the United Kingdom about their own professional position and the National Health Service reforms. *J Public Health Med* 1998;20:86-92.
 8. Groves T. Reforming British primary care (again) *Br Med J* 1999;318:747-8.
 9. Dixon J, Holland P, Mays N. Developing primary care: gatekeeping, comisioning and managed care. *Br Med J* 1998;317:125-8.
 10. Martí JL, Grenzner V. Modelos de Atención Primaria en Cataluña. Cuadernos de Gestión Para el Profesional de Atención Primaria 1999;5:(en prensa).
 11. Gené- Badía J. Labour's health policy is having pradaoxical effect in Iberian countries. *Br Med J* 1999;318:466.
 12. Starfield B. Is primary care essential. *Lancet* 1994;344:1129-33.
 13. Sips F. A common basis for general practice/family medicine in Europe. *J Fam Pract* 1995;41:24-6.
 14. Boerma GW, Van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1997;47:481-6.
 15. Halm EA, Causino N, Blumental D. Is Gatekeeping Better Than Traditional Care? *JAMA*; 1997;278:167-8.
 16. Greenfield S, Nelson EC, Zibkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz et al. Variations in Resource Utilisation Among Medical Specialties and Systems of Care. Results from Medical Outcome Study. *JAMA* 1992;267:1624-30.
 17. Hjortdahl P. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287-90.
 18. Hjortdahl P, Borchgrevink. Continuity of care: influence on practitioners'knowledge about their patients on use of resources in consultation. *BMJ*1991;303:1181-4.
 19. Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners'knowledge about, and sense of responsibility towards their patients. *Fam Pract* 1992;9:3-8.
 20. Franks P, Glancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revised - protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992;327:424-7.
-