

ARTÍCULO ESPECIAL

La ley de acceso a servicios de salud y la educación médica en los Estados Unidos *

The Affordable Care Act and medical education in the United States

Willam Keck MPH

Profesor Emérito Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Médica del Noreste, Ohio, Estados Unidos.

El Proyecto de Ley de Protección al Paciente y Acceso a Servicios de Salud (ACA)

En marzo de 2010 el proyecto de Ley de Protección al Paciente y Acceso a Servicios de Salud llegó al Presidente Obama, cuya firma lo convirtió en ley¹. Era el resultado de más de un año de un rencoroso debate político y público, acompañado de un intenso cabildeo por parte de grupos que representaban varios intereses especiales. El Dr. Georges Benjamin, director ejecutivo de la Asociación Norteamericana de Salud Pública (*American Public Health Association*) describió este producto final como 'un cuerpo de regulaciones con múltiples capas o niveles, expansiones en el seguro público, mandamientos, subsidios que ayudan a comprar seguros privados, e incentivos dirigidos a mejorar el sistema, que afectarán a diferentes grupos de personas en diferentes momentos.' La ley es larga y compleja, y contiene acápites sobre los cuales se puede pronunciar todo el mundo a favor o en contra; la verdadera definición del compromiso político.

Desde la creación en los años 60 del seguro médico gubernamental para el adulto mayor (Medicare) y para los pobres y discapacitados (Medicaid), es esta la primera y más abarcadora legislación en salud que amplía el acceso al seguro médico en los EEUU en casi 50 años. Dicha ley no cambia la estructura básica de la industria de los servicios médicos. De los países industrializados, los EEUU es el único que continúa sin escoger un solo método para el financiamiento y provisión de servicios médicos a la mayoría de su población. El método a utilizar depende del grupo al que el ciudadano pertenezca.

- Los militares y los Nativos Americanos reciben servicios médicos pagados y suministrados por el gobierno federal, un sistema 'socializado' como el de Gran Bretaña o Cuba.
- Los servicios médicos para personas de 65 años o más son pagados por el seguro médico nacional (Medicare), a la vez que son suministrados por instituciones y profesionales médicos privados.
- Los servicios médicos para los pobres y los discapacitados son pagados por el seguro médico gubernamental (Medicaid) a nivel nacional y estadual y son suministrados por instituciones y profesionales médicos privados.
- Los demás se acogen al seguro privado que, con frecuencia, es financiado por empleadores y empleados a través de descuentos de sus salarios, o pagado al contado ("out-of-pocket") en caso de que el seguro no sea costeable. Antes de la ACA, entre 45 y 50 millones de personas no tenían seguro médico alguno (cerca de un 16% de la población), lo cual constituyó un argumento importante en los debates para aprobar la nueva ley.

En vez de crear un programa de seguro médico nacional de cobertura universal, el Congreso confeccionó un programa para ampliar la cobertura del seguro médico hasta las dos terceras partes de los no asegurados en un período de diez años a través de:

- La regulación y subsidio al seguro privado para ampliar la cobertura y disminuir los costos.
- La ampliación de la elegibilidad para Medicaid. (La ley exigía a los estados ampliar el número de personas cubiertas por Medicaid, pero más tarde la Corte Suprema de EEUU dictaminó que el gobierno federal no puede exigir a los estados que amplíen este grupo, sino que solo puede solicitárselo. Hasta el momento, 23 estados se han rehusado ampliar el acceso a Medicaid, dejando sin acceso a seguro médico a ocho millones de personas elegibles.)

Además de ampliar el acceso a los servicios, la ley promueve un cambio profundo en la naturaleza y cultura de la prestación de servicios médicos. Los incentivos financieros del gobierno para los proveedores están cambiando: en vez de recibir reembolsos por cada servicio ofrecido, los reciben sobre la base de los resultados en la salud de los pacientes. Se hace énfasis en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades y, más frecuentemente, en los cuidados ofrecidos a los pacientes; se hace obligatoria la comunicación y colaboración con otros sectores de la comunidad. Mientras persigue estos "objetivos", la ley necesita de más prevención así como del desarrollo de sistemas para mejorar la coordinación de la atención; requiere y ayuda a financiar el desarrollo de los archivos médicos electrónicos, ofrece estímulos financieros para mejoras en la salud de los pacientes a la vez que se disminuyen los costos; incrementa los fondos para las iniciativas de salud pública; apoya la idea de que las clínicas médicas organicen su trabajo de forma que sea el paciente el centro de atención ("patient-centered medical homes"); mejora la compensación para los que

proveen servicios de atención primaria; y apoya investigaciones encaminadas a mejorar el funcionamiento de los servicios.

Estos son muchísimos cambios que suscitan preguntas importantes, entre ellas: ¿existen suficientes proveedores de atención primaria para ocuparse de los 35 millones nuevos pacientes que se espera tengan seguro médico?, ¿qué nuevas habilidades se requieren de los médicos en servicios basados en un enfoque de sistemas? Y ¿cómo se puede lograr una mayor coordinación con otros profesionales de la salud?

Impacto de la Ley ACA en la Educación Médica de Pregrado

Esta ley no se pronuncia sobre el tema de la educación médica de pregrado. Sin embargo, está teniendo un importante impacto indirecto debido a la necesidad de graduar médicos preparados para ejercer su profesión en un entorno que evoluciona rápidamente con acuerdo al ACA.

En los EEUU, la matrícula en las escuelas de medicina se ha incrementado cerca de un 10% en los últimos 10 años, pero eso ni siquiera se acerca a lo que se necesita para cubrir las necesidades previstas. Existe también un desencuentro entre los problemas de salud y las especialidades en las que se han formado los graduados. Hay demasiados especialistas y sub-especialistas pero no suficientes médicos en la atención primaria. Sucede además que son pocos los médicos que eligen ejercer en áreas desprovistas de servicios de salud. Esta situación se explica en parte por el alto costo de la educación médica y los grandes préstamos que muchos estudiantes tienen que pedir para poder pagar sus estudios. Los que se encuentran más endeudados tienden a poner la mira sobre las especialidades más lucrativas para así poder enfrentar sus obligaciones financieras con mayor rapidez. Sin embargo, queda claro que, aun cuando haya más estudiantes optando por las especialidades de atención primaria en el futuro, las enfermeras y los asistentes médicos de todo tipo tendrán que integrarse mejor en la amalgama de profesionales de la salud si queremos cubrir las necesidades de la población.

Un dato alentador lo brindan las encuestas realizadas a estudiantes de medicina. Ellas reflejan el beneplácito que sienten los estudiantes en cuanto a la ampliación del acceso a los servicios médicos para los no-asegurados. Sin embargo, revelan también que los estudiantes conocen poco sobre la ACA. A pesar de la existencia de esta legislación, la educación en políticas de salud es mínima en la mayoría de las escuelas de medicina de los EEUU. El grueso de esas instituciones solo destina diez horas o menos al tema a lo largo de cuatro años de estudio. Cada vez más los estudiantes demandan mayor contenido sobre la políticas de salud, pero el plan de estudio en medicina se ha institucionalizado durante los últimos 50 años y su estructura se mantiene con mucho celo. Por tanto, el cambio se va produciendo con mucha dificultad y renuencia, aunque ya todas las escuelas han comenzado a impartir los elementos básicos de la ACA. Fuentes externas, como la *Kaiser Family Foundation*, están preparando programas tutoriales disponibles en Internet, para que aquellos estudiantes que deseen conocer más sobre la ley que aquello que su programa de estudio les ofrece, puedan tener fuentes adicionales de fácil acceso.⁷

Mientras que el cambio curricular relacionado con la ACA es mínimo y mayormente enfocado hacia una revisión didáctica de sus aportes hasta el momento, es probable que pronto se produzcan importantes y verdaderos cambios curriculares. Como comentó uno de mis colegas: "A corto plazo sucederá menos de lo esperado, pero a largo plazo sucederá mucho más de lo que se hubiese anticipado."⁸

Varios factores relacionados con la ACA y el cambio en la práctica médica promueven la revisión de qué y cómo se enseña a los estudiantes de medicina. Estos factores incluyen:

- La creación dentro de la ACA de nuevos programas de préstamos otorgados a los estudiantes, programas que eximen de su devolución a los que prestan servicios en el Cuerpo Nacional de Servicios Médicos, el que a su vez es una fuente de profesionales para centros de salud comunitarios⁹. Ya se ven las primeras señales de que esta iniciativa está atrayendo a un mayor número de estudiantes a la atención primaria. En años recientes, se verificó un incremento del 20% de los graduados que optan por las residencias en medicina familiar.⁴
- La necesidad imperiosa de desarrollar una fuerza de trabajo de alta calidad en el sector salud, capaz de producir resultados excelentes en términos de procesos y satisfacción de pacientes y comunidades provoca muchas preguntas acerca del programa de estudio actual:
 - ¿Para los estudiantes, qué cantidad de ciencias básicas es realmente necesaria aprender?
 - ¿Cuántos años de formación se necesitan? ¿Acaso es exagerado tener un programa de estudios de ocho años (cuatro años de universidad y cuatro más en la escuela de medicina), o serían suficientes seis años, como ocurre comúnmente en el resto del mundo?
 - ¿Cómo aprender mejor en equipos que incluyan estudiantes de otras profesiones de salud?
 - ¿Cómo hacer un mejor uso de escenarios de aprendizaje fuera de los hospitales?¹⁰
- La posibilidad de agregar a la primera parte de los exámenes para el ejercicio de la profesión (USMLE) preguntas sobre políticas de salud y la ACA apropiadamente dicha.⁶

Mientras que las escuelas de medicina en los EEUU se encuentran claramente en las primeras etapas de la preparación de sus estudiantes para un cambio en el modo del ejercicio de la medicina, varios indicadores muestran que sí se está produciendo un cambio:

- En la literatura médica hay mayor presencia de artículos que describen la necesidad del cambio y que recomiendan varios nuevos enfoques.
- La Asociación Norteamericana de Medicina (*American Medical Association*) ha dado fondos a 11 escuelas de medicina para que desarrollen programas de estudio innovadores, como proyectos-piloto.¹¹
- En estos momentos en la mayoría de las escuelas de medicina se imparten algunas clases sobre aspectos de la ACA.
- Algunas escuelas de medicina están haciendo un pilotaje de sus propios cambios más profundos, en busca del desarrollo de un programa de estudio centrado en la mejora de la calidad de la práctica médica que encuentra modelos en elementos de la ACA.¹²

- La Asociación Norteamericana de Colegios Médicos (*Association of American Medical Colleges*) ha desarrollado la iniciativa " *Readiness for Reform*" (Listos para la Reforma) [R4R], la cual procura ayudar a las escuelas a evaluar hasta dónde están preparadas para responder a la ACA.¹³

Resumiendo: la necesidad de cambio para preparar a los profesionales de la salud a ejercer en un nuevo medio, es ampliamente reconocida. Las discusiones sobre qué hacer son cada vez más sólidas y existen muchos programas pilotos que ya se están llevando a cabo. Sin embargo, no existe ni un proceso centralizado para el desarrollo de un plan de estudio, ni requisitos para su implementación. Así pues, mientras que las asociaciones nacionales de profesionales hacen su mejor esfuerzo por brindar orientación y la literatura médica refleja un número cada vez mayor de experiencias específicas, todavía depende de los claustros de profesores de cada institución la decisión acerca de cuál será la naturaleza de su propio programa de estudio y cuáles los cambios que deben ser implementados.

Impacto de la ACA en la Educación Médica de Postgrado (Formación en Residencias)

En cuanto a la educación médica, es en el área de la formación en la etapa de las residencias donde la ACA ha surtido mayores efectos, de manera tanto directa como indirecta. De manera indirecta, en términos de los cambios legislados en la práctica médica, los mecanismos de reembolso (por parte de las compañías aseguradoras o el gobierno) y las fuentes de financiamiento para la educación médica de postgrado, elementos estos que están transformando el ambiente en que los residentes comienzan a trabajar. De manera directa, en términos de la creación y financiamiento para los programas del Centro Docente de Salud para la Educación Médica de Postgrado (THCBME), con la intención de ofrecer formación en centros de salud comunitarios de los barrios, en lugar de hacerlo en los hospitales.

Los EEUU poseen un sólido sistema de educación médica de postgrado que produce una fuerza de trabajo de alta calidad, pero que no llega a ser la fuerza de trabajo que necesitamos. El número y tipo de especialistas así como su distribución no se corresponden con las necesidades de la salud de nuestra población. Entre los médicos, hay insuficiente diversidad étnica y hay una brecha entre los conocimientos y habilidades que se adquieren y los requeridos para los nuevos escenarios de la práctica médica, tanto para los nuevos galenos como para los experimentados.¹⁴

Ciertamente, a medida que cambia la práctica en los hospitales debido a la ley, los residentes que trabajan en los hospitales encontrarán un nuevo énfasis en la prevención, así como la práctica de trabajo en equipos con otros profesionales, tanto en los hospitales como en las comunidades, los que tienen la intención de mejorar los resultados en salud de sus pacientes a la vez que reducen los costos debido a un mejor manejo de las enfermedades agudas y crónicas.

La educación médica de postgrado se financia en gran parte con fondos públicos, complementados por los provenientes de otras fuentes. En los EEUU, la medicina es la única profesión que disfruta de un sólido apoyo financiero por parte del gobierno. En el 2012, la cifra aportada sobrepasó los \$15 mil millones para la formación de residentes. De estos fondos, el 90% provenía de Medicare y Medicaid.^{14,15}

Hasta la fecha no ha habido grandes requisitos acerca del uso que ha de darse a estos fondos, salvo la estipulación de que deben solamente financiar programas de residencias acreditados. La ACA no cambia esta situación, ya que no contempla nuevos requisitos. Los datos sobre el costo directo o los resultados de la educación médica de postgrado no son completos, ni estandarizados, ni auditados. La formación de los residentes transcurre más en los hospitales que en los escenarios comunitarios o ambulatorios en los que ejercerán. El financiamiento no se vincula con objetivos relacionados con la preparación de un número apropiado de médicos de atención primaria o de especialistas, su distribución geográfica, o cualquier otro elemento relacionado con los intereses de las políticas públicas.¹⁴

Es preocupante también el hecho de que los profesores médicos reportan que los planes de estudio ponen insuficiente énfasis en la coordinación de atención al paciente, la atención en equipo, los costos de atención, la tecnología de la información en la salud, las competencias culturales o el logro de mejoras en la calidad del servicio; todas ellas son competencias fundamentales para la nueva práctica médica contemporánea.¹⁴ Encuestas recientes realizadas a residentes y profesores muestran que conocen muy poco acerca de los costos de los procedimientos de diagnóstico (análisis complementarios) y que los residentes no se sienten preparados para brindar servicios competentes desde el punto de vista cultural.¹⁴

La buena noticia es que en estos momentos las agencias de acreditación de residencias están remodelando sus sistemas de acreditación en formas que deben ayudar a los residentes a estar mejor preparados para ejercer dentro de una industria de atención médica que evoluciona rápidamente.¹⁴ También, algunas instituciones, como el Instituto de Medicina, sugieren que los incentivos financieros en la educación médica de postgrado, de cualquier fuente, deberían ser dirigidos a apoyar el mejoramiento de los resultados de la formación ¹⁴. Considero justo decir que las grandes sumas de dinero involucradas y los cambios dramáticos que se van desarrollando en el estilo de la práctica de la medicina han destinado muchísima atención a la formación de residencia y que se avecinan cambios significativos.

Otro experimento menos conocido es el que se lleva a cabo a través del programa para la Educación Médica de Postgrado de los Centros de Salud Docentes. Es este un esfuerzo directo para poner a prueba el concepto de formación de postgrado basada en la comunidad al financiar las residencias en centros de salud comunitarios que amplían o establecen nuevos programas de residencia en atención primaria. Contrariamente a lo que sucede con los programas de residencia financiados por Medicare y Medicaid, este exige que se informe sobre el desempeño del residente, la calidad de la atención al paciente y los resultados clínicos. Once centros han recibido financiamiento y la evaluación del trabajo que realizan deberá aportar elementos para la creación de futuras políticas y leyes que buscan mejorar la fuerza laboral en salud.^{16,17,18}

Considero que la educación médica en los EEUU está recibiendo más atención en estos momentos que la que haya tenido desde la publicación del *Flexner Report* de 1910, a resultas de la cual se desarrollaron los sistemas de educación médica que hasta hoy rigen en los EEUU y Canadá. El paso hacia el cambio tanto en la educación médica de pregrado como en la de postgrado se va acelerando en la medida en que cambian la cultura y la naturaleza de la "atención a la enfermedad" en EEUU.

Como dijera el que preside el Departamento de Medicina Familiar en mi facultad de medicina: "Se aviene una ola de cambios. La educación médica de postgrado está en el frente de la ola y la de pregrado está por el momento escondida dentro del cuerpo de la ola." ¹⁹

Un elemento que nos hace reflexionar es el hecho de que, de acuerdo a la CAA, el financiamiento para la educación médica de postgrado dirigido a los Centros de Formación Médica tiene una duración de solo cinco años y requeriría entonces renovación por el Congreso. Además, cualquier cambio en el contenido o estilo de la educación médica de postgrado que sea financiado por cualquier otro dinero federal tendría también que ser aprobado por el Congreso. En estos momentos, la disfuncionalidad y "el tranque" en el Congreso norteamericano--donde el Partido Republicano ha intentado derogar la ACA no menos de 54 veces--no hace más que aumentar el nivel de incertidumbre en la búsqueda de una evolución racional de todo este proceso de reforma en salud. Sin embargo, creo que sería imposible volver a la situación que teníamos antes del 2010, pues ya han ocurrido demasiados cambios y la mayoría de los profesionales comprenden que el sistema anterior era insostenible.

Y aquí viene a la mente un comentario que se le atribuye a Sir Winston Churchill durante la Segunda Guerra Mundial. Él dijo: "Los Estados Unidos siempre harán lo correcto, después que hayan agotado todas las demás alternativas".²⁰ Aún no hemos intentado hacer "todas las demás", pero al parecer sí hemos comenzado a dar los primeros pasos hacia una mejor formación de nuestros médicos.

Agradecimiento

Agradecemos a los colaboradores de Medicc Rew por la traducción realizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Patient Protection and Affordable Care Act. March 23, 2010. [Citado: diciembre de 2014]. Disponible en: <http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>
2. Benjamin GC, Brown TM, Ladwig S, Berkman E. The Quest for Health Reform: A Satirical History. Washington DC: The American Public Health Association; 2013. p. 127.
3. Where the States Stand on Medicaid Expansion. Daily Briefing. The Advisory Board Company. [Citado: October 2014]. Disponible en: <http://www.advisory.com/daily-briefing/resources/primers/medicaidmap>
4. Sommers BD, Bindman AB. New Physicians, the Affordable Care Act, and the Changing Practice of Medicine. JAMA. 2012;307(16):1697-1698.
5. Dorsey ER, Nicholson S, Frist WH. Improving the Supply and Distribution of Primary Care Physicians. Academic Medicine. 2011;86(5):541-543.

6. Cullen E. Health Policy in Medical Education: What Young physicians Know About the Affordable Care Act – Comment on “Medical Students and the Affordable Care Act: Uninformed and Undecided”. Arch Intern Med 2012 [Citado: diciembre de 2014]. 172(20): 1605-1606. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1362904>
7. Health Reform: An Overview. Kaiser Family Foundation web based tutorial. 2010. [Citado: diciembre de 2014]. Disponible en: <http://kff.org/interactive/health-reform-an-overview-tutorial/>
8. Comunicación personal: Jeff Susman, MD. Dean, College of Medicine, Northeast Ohio Medical University. August 5, 2014.
9. Petterson S, Burke M, Phillips R, Teevan B. Accounting for Graduate Medical Education Production of Primary Care Physicians and General Surgeons: Timing of Measurement Matters. Acad. Med. 2011;86(5): 605-608.
10. Garson A. Leveraging the Health Care Workforce: What Do We Need and What Educational System Will Get Us There? Acad. Med. 2011;86(11): 1448-1453.
11. Karoub A. Medical Schools Develop Innovative Curriculum. The Michigan Daily. [Citado: 2014, Apr 8]. Disponible en: <http://www.michigandaily.com/news/american-medical-association-conference-plots-new-curriculum>
12. Implementation of Medical Education Reform for the Post-ACA World. Center for Regional Health Improvement. Jewish Healthcare Foundation; 2014. [Citado: diciembre de 2014]. Disponible en: <http://centerforregionalhealthimprovement.org/medical-education-reform/?id=8>
13. Readiness for Reform Initiative (R4R). Association of American Medical Colleges. 2010. [Citado: diciembre de 2014]. Disponible en: <https://www.aamc.org/initiatives/r4r/about/>
14. Graduate Medical Education That Meets the Nation's Needs. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. [Citado: July 29, 2014]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Reports/2014/Graduate-Medical-Education-That-Meets-the-Nations-Health-Needs.aspx>
15. Nguyen N, Sheingold SH. Indirect Medical Education and Disproportionate Share Adjustments to Medicare Inpatient Payment Rates. Medicare Medicaid Res Rev. 2011 Nov 4;1(4): 15-19. .
16. Chen C, Chen F, Mullan F. Teaching Health Centers: A New Paradigm in Graduate Medical Education. Acad Med. 2012;87(12): 1752-1756.
17. Reynolds PP. Commentary: The Teaching Health Center: An Idea Whose Time Has Come. Acad. Med. 2012;87(12): 1648-1650.
18. Rich EC. Commentary: Teaching Health Centers and the Path to Graduate Medical Education Reform. Acad Med. 2012;87(12): 1651-1653.

19. Comunicación personal: John Boltri, MD. Chair, Department of Family and Community Medicine, Northeast Ohio Medical University. August 14, 2014.

20. Sir Winston Churchill. [Citado: diciembre de 2014]. Disponible en: https://www.goodreads.com/author/quotes/14033.Winston_Churchill?page=7

Recibido: 05 de enero de 2015.

Aceptado: 23 de febrero de 2015.