

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN POR PARES

¿Se pueden asignar equitativamente las derivaciones para atención no urgente del Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses?

Hannah Wenger, MD y Jo Henderson-Frost, MD

Resumen

El Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (Indian Health Service, IHS) administra los servicios de atención médica a indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (American Indians y Alaska Natives, AI/AN) en los Estados Unidos. La agencia financia servicios de derivaciones para atención mediante el Programa Purchased/Referred Care (PRC), que prioriza su presupuesto para pagar por atención médica de emergencia. Este comentario responde a un caso sobre la decepción de un médico debido a que el Programa PRC aplazó para su pago una derivación para atención no urgente. El enfoque de 4 cuadrantes de Jonsen et al. (un modelo de análisis de caso microético) se aplica para sugerir que aplazar las derivaciones es justo solo cuando el Programa PRC actúa de manera ecuánime. No obstante, este modelo puede contemplar inadecuadamente las inequidades subyacentes del racionamiento de las derivaciones de atención médica por parte del IHS, una entidad federal que está obligada legal y éticamente a brindar atención médica comprensiva a pacientes AI/AN.

Caso

En una instalación del Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (Indian Health Service, IHS) en Wyoming, un estado en el que la cobertura de Medicaid no se ha expandido en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), la disponibilidad de la atención pediátrica y ginecológica es inconsistente y no se ofrece atención quirúrgica o de otra subespecialidad. El Dr. R trabajó antes en el sector académico y fue contratado recientemente como médico de cabecera en este sitio del IHS. En su primer día, se unió a los administradores y clínicos que se reúnen regularmente en el Comité de Revisión de Purchased/Referred Care (PRC) para revisar las solicitudes de derivación de servicios de atención médica no disponibles en la instalación. En los sitios del IHS que carecen de especialistas, se puede dirigir la financiación del gobierno a organizaciones de atención médica públicas o privadas ajenas al IHS para adquirir la atención especializada necesaria para los pacientes AI/AN. Sin embargo, las solicitudes de derivación para servicios no urgentes rara vez reciben aprobación en los sitios del Dr. R u otros sitios del IHS porque tienen financiación federal insuficiente.

Durante la reunión, se comentó la derivación para la Sra. B. La Sra. B es una paciente de 55 años con gonartrosis bilateral y dolor de rodilla incapacitante, y su médico clínico del IHS solicitó una derivación para una consulta de ortopedia con el fin de evaluar si es candidata para una intervención quirúrgica. La Sra. B se maneja en silla de ruedas y trata el dolor con opioides. No tiene seguro médico privado ni público. El Dr. R y sus médicos clínicos colegas están de acuerdo en que la derivación tiene indicación médica, pero que el comité aplaza la autorización del pago de la derivación de la Sra. B porque se considera que su necesidad médica es crónica y no urgente.

Al Dr. R le preocupa la decisión del Comité de Revisión del PRC y los limitados servicios médicos que se le pueden ofrecer a la Sra. B, particularmente cuando se los compara con los recursos accesibles a los pacientes con seguro médico público o privado con necesidades de atención médica similares en la clínica mencionada.

Comentario

El IHS es una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que administra los servicios de atención médica de aproximadamente 2,6 millones de indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (American Indians y Alaska Natives AI/AN),¹ que tienen derecho legítimo a la atención médica de acuerdo con las obligaciones del gobierno estadounidense con las naciones tribales.² Contrario a Medicare y Medicaid, el IHS no es un programa de derecho a prestaciones ni un programa de seguro médico. La agencia recibe financiación principalmente de asignaciones presupuestarias discrecionales del congreso y recaudaciones de fondos de terceros (por ej., Medicare, Medicaid, Administración de Veteranos, Programa de Seguro Médico para Niños, aseguradoras privadas).¹ Una parte del presupuesto del IHS se usa para autorizar derivaciones de atención médica, definidas como servicios de atención médica no disponibles en las instalaciones del IHS, mediante el Programa PRC.³ Existen normas específicas para “estirar los limitados dólares de PRC” y así permitir las derivaciones de atención médica con el racionamiento en toda la agencia.⁴

Como miembro inscrita de una tribu con reconocimiento federal, la Sra. B califica para los servicios médicos que se ofrecen directamente en la instalación del IHS. La Sra. B ha recibido servicios de atención primaria y se la deriva para atención médica ortopédica que no está disponible en su sitio del IHS. La derivación solicitada por un médico clínico del IHS como el Dr. R no garantiza que el Programa PRC autorice el pago; la autorización requiere que la derivación cumpla los criterios definidos en el Código de Regulaciones Federales y el *Manual de Salud Indígena*.⁵

Criterios del Programa PRC del IHS

Requisitos de residencia del Programa PRC. Para que la derivación de ortopedia de la Sra. B reciba autorización del Programa PRC, debe tener residencia permanente en un área de entrega de PRC (PRC delivery area, PRCD). Este requerimiento asegura que los fondos limitados de PRC se asignen a pacientes que viven en países que se encuentran en tierras tribales o están cerca de ellas. Si la Sra. B no reside dentro del PRCD del sitio del IHS o cumple los criterios de casos especiales, el Programa PRC negará el pago de su derivación.⁶

Requerimientos de notificación al Programa PRC. Salvo en casos de emergencia, el Programa PRC debe revisar una derivación antes de que se acceda a servicios de

derivaciones de atención médica asociados.⁷ Si no se cumple este requerimiento de notificación, el Programa PRC negará el pago de la derivación de la Sra. B.

Asignación de una calificación de prioridad médica por parte del Comité de Revisión de PRC. Cuando los fondos son insuficientes para pagar todas las derivaciones solicitadas al Programa PRC en una instalación del IHS, las derivaciones se autorizan de acuerdo a la “prioridad médica relativa”^{8,9} con criterios de asignación basados en políticas que priorizan a “aquellos que más lo necesitan”.⁹ La documentación médica para los servicios de derivación de la Sra. B fue sometida a revisión y su derivación recibió una calificación de prioridad por parte del Comité de Revisión PRC, un grupo de personal clínico y administrativo, de acuerdo con los siguientes niveles: (I) de emergencia o urgencia severa, (II) preventivo, (III) primario y secundario, (IV) terciario crónico, y (V) excluido.¹⁰ Las derivaciones para los servicios que los Comités de Revisión de PRC consideran de nivel I tienen autorización de pago del Programa PRC en la mayoría de los sitios del IHS y aquellos que se consideran de nivel II a V reciben autorización de acuerdo con los fondos disponibles, la cantidad de derivaciones y la “necesidad médica relativa”.¹¹ Si la derivación de la Sra. B no recibe una calificación de prioridad que le permita la autorización de pago del Programa PRC de su sitio, se aplazará hasta que los fondos estén disponibles.

Uso de recursos alternativos. Los Programas PRC no autorizan el pago de derivaciones salvo que los beneficiarios del IHS como la Sra. B usen otros recursos (es decir, Medicaid, Medicare y seguro médico privado) para los que reúna los requisitos. El IHS es un “pagador de último recurso”¹² y solo autoriza el pago de derivaciones de atención médica que no las cubren otros pagadores.^{12,13}

El caso de la Sra. B en 4 cuadrantes

Analizamos este caso con el **modelo de 4 cuadrantes** de Jonsen, Siegler y Winslade, un marco teórico que aplica los principios de ética biomédica de Beauchamp y Childress (es decir, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) a 4 áreas de casos específicos (cuadrantes): indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y características del contexto.^{14,15} Con el objetivo de enfocar el análisis de nuestro caso en las características del contexto en cuanto a la escasez de recursos y el racionamiento, asumimos que la Sra. B cumple los requisitos del Programa PRC de su instalación del IHS y que el Dr. R considera que la derivación de la Sra. B está indicada, es compatible con los estándares actuales de mejores prácticas para el tratamiento de artrosis y se ajusta a sus preferencias y su calidad de vida. El Dr. R y sus colegas del Comité de Revisión de PRC deben asignar una calificación de prioridad para sus servicios de derivaciones de atención médica.

La intervención ortopédica es el estándar de atención para los pacientes que sufren de dolor incapacitante y trastornos funcionales debido a la artrosis moderada o grave.¹⁶ La Sra. B fue correctamente derivada a los servicios ortopédicos para tratar su dolor crónico y mejorar su movilidad. La intervención ortopédica puede ayudar a reducir el uso de opioides recetados; tratar la obesidad, las endocrinopatías y enfermedades cardiovasculares como comorbilidades, si existieran; y mejorar los determinantes sociales de la salud coexistentes.¹⁷

El Dr. R y sus colegas en el Comité de Revisión PRC están obligados a evaluar la necesidad médica de atención ortopédica de la Sra. B en relación con las necesidades médicas de otros pacientes que reúnen los criterios de PRC en la instalación del IHS y

asignar una calificación de prioridad proporcional. Esperamos que la derivación de la Sra. B se considere de nivel III y se aplazará debido a la insuficiencia de fondos para pagar derivaciones que no son de nivel I. Con una mirada microética de 4 cuadrantes, esto podría ser éticamente apropiado, ya que el Programa PRC revisa de manera justa y ecuánime las derivaciones de pacientes que reúnen los criterios de PRC en el sitio. No obstante, las consideraciones macroéticas históricas, políticas y culturales también son relevantes para el caso de la Sra. B y se integran de manera inadecuada al análisis de nuestro caso si solo se consideran como características del cuadrante “contexto” y no como la base del cuadrante.

Los cuatro cuadrantes no son suficientes

Las obligaciones del gobierno estadounidense con las naciones tribales incorporan derechos legítimos para los servicios de atención médica de AI/AN.² Esta disposición merece ser considerada de manera más completa que como se la trata dentro del modelo de 4 cuadrantes y es un determinante único de la equidad y justicia sanitaria. Las circunstancias históricas y legales de la atención médica de AI/AN en los Estados Unidos son clave para entender la preocupación del Dr. R sobre el resultado de la derivación de la Sra. B.¹⁸ El Dr. R no puede solucionar inmediatamente las desigualdades inherentes en las erogaciones de atención médica per cápita desproporcionadamente más bajas que realiza el IHS en relación con los prestadores de seguro médico públicos y privados de los Estados Unidos, ni puede modificar el marco estructural de la atención médica no urgente según (1) la proximidad geográfica de un paciente a una instalación del IHS, (2) la elegibilidad de un paciente para recibir seguro médico y (3) si, o hasta que punto, el estado de la enfermedad del paciente es urgente o terminal. El Dr. R, la instalación del IHS y el IHS como agencia tienen la obligación ética de administrar los recursos escasos de manera justa y ecuánime mediante el Programa PRC (ver la tabla). No obstante, la administración de recursos únicamente desde una perspectiva de igualdad es inadecuada en este caso. Las desigualdades en la salud de AI/AN está exacerbada por la insuficiencia del gobierno de cumplir su obligación de “asegurar el estado de salud más alto posible para indígenas e indígenas que habitan zonas urbanas y de proporcionar todos los recursos necesarios para implementar esa política”.¹⁹ Cuando se aplica esta perspectiva de nivel macro, el Dr. R probablemente observará que la decisión del Programa PRC sobre la derivación de la Sr. B es fundamentalmente injusta.

Tabla. Asignar atención médica derivada mediante el Programa Purchased/Referred Care del IHS.

Objetivo	Medida
Médico clínico	
Asesorar a los pacientes sobre las políticas y las operaciones del Programa PRC al momento de la presentación de la derivación.	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar barreras para la elegibilidad de los pacientes para el Programa PRC como parte de la atención médica rutinaria. • Brindar orientación anticipatoria para pacientes en el caso de que se autorice la derivación y en los procesos de apelación para los rechazos.
Presentar solicitudes de derivación con documentación concisa y rigurosa de la(s) indicación(es) médica(s) sin identificar ni	<ul style="list-style-type: none"> • Documentar diagnósticos claros y los aspectos relacionados de la evaluación y el tratamiento de los casos que corroboran la

sesgar la información.	<p>solicitud de derivación y su nivel de prioridad médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De-identificar todos los casos del paciente y omitir la situación del seguro médico de los pacientes en las discusiones del comité.
Asegurar que el médico clínico que hizo la derivación esté presente en el comité para tratar las derivaciones de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la completitud y la precisión de las discusiones del comité sobre una derivación. • Contribuir a la determinación del nivel de prioridad médica de la derivación.

Instalación del IHS

Asegurar la asistencia consistente e integral de los miembros en las reuniones del comité a lo largo del tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar plazos administrativos para que los médicos clínicos asistan a las reuniones del Comité de Revisión de PRC de manera rutinaria. • Asegurar que todas las reuniones del comité incluyan suficientes médicos clínicos miembros para adjudicar la(s) indicación(es) médica(s) y el nivel de prioridad de las derivaciones.
Promover la consistencia de la financiación en los periodos del año fiscal.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar derivaciones al Programa PRC para todas las necesidades médicas sin importar la situación de seguro, la elegibilidad y la probabilidad anticipada de la autorización de PRC. • Desarrollar procesos en las instalaciones para evaluar la elegibilidad del seguro médico público y promover la inscripción de los pacientes en estos programas. • Contratar y mantener personal de administración de casos para promover la coordinación de la atención médica para pacientes que cumplen los requisitos de PRC con necesidades de derivación.
Abogar por que se ofrezcan servicios de atención médica directos más integrales.	<ul style="list-style-type: none"> • Abogar por que se contraten y retengan médicos clínicos con especializados. • Fomentar la EMC para que los médicos clínicos generales desarrollen habilidades especializadas. • Brindar plazos clínicos y administrativos para que los médicos clínicos del IHS se conecten con programas especializados accesibles y económicos como el Proyecto ECHO.^{20,21}
Reflexionar sobre los obstáculos y las limitaciones del acceso justo y ecuánime a la financiación de PRC para pacientes que cumplen criterios del IHS.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener información de contacto certera que incluya direcciones postales. • Asesorar a los pacientes sobre la importancia de las notificaciones por escrito para recibir actualizaciones sobre su elegibilidad respecto de la financiación de PRC y la apelación por rechazos de PRC o

aplazos.

Agencia IHS

Desarrollar procesos locales y en toda la agencia que aborde los CDI dentro del Programa PRC.	<ul style="list-style-type: none">• Modificar las políticas existentes del Programa PRC para definir los CDI personales y profesionales y los procesos de resolución relacionados.
Reflexionar sobre los principios de las prioridades médicas de atención del IHS, con foco en la atención preventiva.	<ul style="list-style-type: none">• Debatar y enmarcar las necesidades de nivel I en relación con el tratamiento de enfermedades crónicas y la salud preventiva.• Definir las políticas subyacentes a la “necesidad médica relativa”¹¹ y sus aplicaciones a las derivaciones que alcanzan el mismo nivel de prioridad.

Abreviaturas: EMC, educación médica continua; CDI, conflicto de intereses; IHS, Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses; PRC, Programa Purchased/Referred Care.

Recomendaciones

El racionamiento injusto de las derivaciones de atención médica dentro del IHS justifica la atención tribal, estatal y federal. La equidad sanitaria no se puede lograr sin este esfuerzo tripartito para remediar las injusticias, promover la equidad y abogar por los pacientes AI/AN. El sistema de racionamiento actual asume que es más económico priorizar la atención urgente por sobre la atención preventiva o de enfermedades crónicas, pero se requiere investigación para saber si la evidencia sustenta este supuesto y hasta qué punto lo hace. Se debe abogar por la inscripción a Medicaid y Medicare para todos los pacientes que cumplen los criterios del IHS, ya que la expansión de estos programas en los estados en los que las naciones tribales residen aumentará la capacidad del Programa PRC de financiar más derivaciones de atención médica.²² Las asignaciones federales al IHS deben ser adecuadas para poder cumplir las necesidades de atención médica de AI/AN y promover la equidad.²³ La determinación de que el IHS se considere un “pagador de último recurso”¹² justifica el escrutinio legal y ético respecto de si este elemento de la política socava las obligaciones del gobierno federal con las naciones tribales y cómo lo hace.² Por último, se debe respetar la soberanía de las naciones tribales, y se debe abogar por que las tribus diseñen y administren infraestructura sanitaria que eleve la salud de sus ciudadanos de manera que se produzca y sostenga la equidad.

References

1. IHS profile. Indian Health Service. August 2020. Accessed November 18, 2020. [https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/ihsprofile/#:~:text=Indian%20Health%20Service%20\(IHS\)%20direct,and%20tribally%20managed%20service%20units](https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/ihsprofile/#:~:text=Indian%20Health%20Service%20(IHS)%20direct,and%20tribally%20managed%20service%20units)
2. Native American health: historical and legal context: federal trust relationship. In: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Communities in Action: Pathways to Health Equity*. Washington, DC: National Academies Press; 2017:Appendix A.
3. Farb J. Indian Health Service: spending levels and characteristics of IHS and three other federal health care programs. US Government Accountability Office. December 10, 2018. GAO-19-74R. Accessed August 31, 2020. <https://www.gao.gov/assets/700/695871.pdf>

4. Purchased/referred care (PRC): history. Indian Health Service. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/prc/history/>
5. Purchased/referred care (PRC): requirements: eligibility. Indian Health Service. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/prc/eligibility/requirements-eligibility/>
6. Purchased/referred care (PRC): requirements: purchased/referred care [PRC] delivery areas. Indian Health Service. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/prc/eligibility/requirements-purchased-referred-care-prc-delivery-areas/>
7. Purchased/referred care (PRC): requirements: notification. Indian Health Service. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/prc/eligibility/requirements-notification/>
8. Indian Health Service. Indian Health Manual. Part 2: chapter 3—Purchased/referred care. Section 2-3.7: purchased/referred care medical priorities. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/ihm/pc/part-2/chapter-3-purchased-referred-care/#2-3.7>
9. Indian Health Service. Understanding the Purchased/Referred Care Program: part 4. *Director's Blog*. September 22, 2011. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/newsroom/directorsblog/september2011/>
10. Indian Health Service. Indian Health Service medical priority levels. Manual Exhibit 2-3-B. Accessed August 31, 2020. https://www.ihs.gov/sites/ihm/themes/responsive2017/display_objects/documents/pc/58619-1_Manual_Exhibit_2-3-B_IHS_MedicalPrioritiesRolesAndResponsibilities.pdf
11. Indian Health Service. Indian Health Manual. Chapter 3—Purchased/referred care. Section 2-3-20. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/ihm/pc/part-2/chapter-3-purchased-referred-care/#2-3.20>
12. Indian Health Service. Indian Health Manual. Part 2: chapter 3—Purchased/referred care. Section 2-3.8: payor of last resort requirements. Accessed August 31, 2020. <https://www.ihs.gov/ihm/pc/part-2/chapter-3-purchased-referred-care/#2-3.8>
13. US Government Accountability Office. Indian Health Service: facilities reported expanding services following increases in health insurance coverage and collections. September 2019. GAO-19-612. Accessed August 31, 2020. <https://www.gao.gov/assets/710/701133.pdf>
14. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 8th ed. McGraw-Hill; 2015.
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford University Press; 2012.
16. American Academy of Orthopaedic Surgeons. *Surgical Management of Osteoarthritis of the Knee: Appropriate Use Criteria*. December 9, 2016. Accessed August 31, 2020. https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/surgical-management-knee/smoak-auc_hardcopy-treatment_1.4.171.pdf
17. Artiga S, Hinton E. Issue brief: beyond health care: social determinants in promoting health and health equity. Kaiser Family Foundation. May 10, 2018. Accessed August 31, 2020. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>
18. National Indian Health Board. *The National Tribal Budget Formulation Workgroup's Recommendations on the Indian Health Service Fiscal Year 2021*

Budget. April 2019. Accessed August 31, 2020.

https://www.nihb.org/docs/04242019/307871_NIHB%20IHS%20Budget%20Book_WEB.PDF

19. Indian Health Care Improvement Act, 25 USC §1602 (2020).

20. Indian Country ECHO website. Accessed September 1, 2020.

<https://www.indiancountryecho.org>

21. University of New Mexico. Our story. Project ECHO. Accessed September 1, 2020. <https://echo.unm.edu/about-echo/model/>

22. Warne D, Frizzell LB. American Indian health policy: historical trends and contemporary Issues. *Am J Public Health*. 2014;104(suppl 3):S263-S267.

23. Tobey M, Armstrong K, Warne D. The 2019 partial government shutdown and its impact on health care for American Indians and Alaska Natives. *J Health Care Poor Underserved*. 2020;31(1):75-80.

Hannah Wenger, MD (ella) es médica internista general y miembro del cuerpo docente de los Programas de Medicina Rural en el Hospital General de Massachusetts en Boston. Brinda atención clínica a Sicangu Lakota Oyate en la Reserva Indígena Rosebud en Dakota del Sur.

Jo Henderson-Frost, MD (ella) es becaria en el Programa de Liderazgo de Medicina Rural en el Hospital General de Massachusetts en Boston. Brinda atención primaria en la Unidad de Rosebud del Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses de la Reserva Indígena Rosebud en Dakota del Sur.

Nota del editor

El caso al que responde este comentario fue desarrollado por el personal editorial.

Cita

AMA J Ethics. 2021;23(3):E215-222.

DOI

10.1001/amajethics.2021.215.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.

Copyright 2021 American Medical Association. Todos los derechos reservados.
ISSN 2376-6980