



22 de Junio de 2005

Cinco Mitos de La Medicina Socializada

John Goodman

En EE.UU. hay cerca de 14 millones de personas—más de un tercio de las que no están aseguradas—que son, en principio, elegibles para obtener atención médica gratis al hacerse miembros del programa Medicaid o del Programa de Seguro Estatal para la Salud de los Niños. Y aún así ellos no se toman la molestia de inscribirse.

Para entender porque ellos no lo hacen, usted tal vez podría ir a la sala de emergencias del Hospital Parkland en mi ciudad Dallas. Los que no están asegurados y los pacientes de Medicaid van a ese lugar para obtener atención médica. Todos son atendidos por los mismos doctores. Todos reciben el mismo tratamiento. Si son admitidos al hospital, ellos utilizan las mismas camas. Desde el punto de vista del paciente, no hay razón suficiente para inscribirse en Medicaid, porque ellos reciben la misma atención estén o no estén formalmente asegurados. Los doctores y los enfermeros reciben el mismo salario sin importar quien está enrolado en qué plan.

Las únicas personas que verdaderamente se preocupan si alguien está o no está enrolado en Medicaid son los administradores de los hospitales, porque eso determina como reciben ellos su dinero. Por lo tanto ellos en efecto tienen empleados pagados para pasar por la sala de emergencias y tratando de persuadir a las personas para que se inscriban en Medicaid. Más de la mitad del tiempo ellos fallan. Luego ellos literalmente van de habitación en habitación en el hospital, tratando de convencer a los pacientes admitidos para que se enrolen en Medicaid. Y aún así a veces no lo consiguen.

Ahora, no es tan raro que las personas vayan a los cuartos de emergencia de los hospitales para obtener atención médica. Es una característica común de los sistemas de salud alrededor del mundo. Puede que no sea una forma eficiente de proveer atención médica, pero lo mismo se hace en Toronto y en Londres.

Los canadienses se enorgullecen del hecho de que los pacientes que reciben cuidado gratis en la salas de emergencia en Toronto están “asegurados”. Pero en Dallas, estamos avergonzados de decir que nuestros pacientes no están “asegurados”, aunque el cuidado que ellos reciben en Dallas es probablemente mejor que aquel que reciben los pacientes de Toronto.

Mito: “Un Derecho a La Atención Médica”

Las personas que creen en la medicina socializada han llegado a creer muchos mitos. Uno de esos es que la medicina socializada te da un derecho a la atención médica. Si

usted le pregunta al encargado del Hospital Parkland y a su homólogo en Toronto o Londres cual es la diferencia entre estos dos sistemas, yo creo que los tres dirían que en Toronto y Londres las personas tienen un “derecho” a la atención médica, mientras que en Dallas las personas no lo tienen. Eso simplemente no es verdad.

Si usted es un ciudadano de Canadá, usted en realidad no tiene derecho a cualquier atención médica en particular. Usted no tiene un derecho a una cirugía de corazón. Usted ni siquiera tiene derecho a un espacio en la cola de espera.

Si usted es la persona número cien en la cola esperando para recibir una cirugía del corazón, usted no tiene derecho a la cirugía número cien. Otras personas pueden pasarse y si lo hacen. De vez en cuando, hasta los estadounidenses van a Canadá y se saltan la cola, porque los estadounidenses pueden hacer algo que los canadienses no pueden—los estadounidenses pueden pagar por su atención médica. Los hospitales canadienses adoran admitir pacientes estadounidenses, porque eso significa dinero que entra a sus presupuestos.

El gobierno británico dice que, en cualquier momento dado, hay alrededor de un millón de personas esperando entrar a los hospitales. De acuerdo al Fraser Institute, casi 900,000 pacientes canadienses están en lista de espera en cualquier momento dado. Y, de acuerdo al gobierno de Nueva Zelanda, 90,000 personas están en lista de espera allá.

Esas personas constituyen solo entre el 1 y el 2 por ciento de la población de esos países, pero acuérdesse que solo cerca del 15 por ciento de la población en realidad entra a un hospital cada año. Muchas de las personas que están esperando lo están haciendo con mucho dolor. Muchos están arriesgando sus vidas mientras esperan. Y no hay un mecanismo de mercado en estos países para obtener atención antes para las personas que la necesitan antes.

Mito: “Mejor Calidad”

Otro mito tiene que ver con la calidad del cuidado que los pacientes reciben. Los ministros de salud ingleses le han dicho por años a los ciudadanos ingleses que su sistema de salud es la envidia del mundo. Los ministros de salud canadienses dicen casi lo mismo. De hecho, los doctores canadienses e ingleses ven 50 por ciento más pacientes que los doctores estadounidenses, y, como resultado, ellos tienen menos tiempo para dedicarle a cada paciente. En Inglaterra, el típico clínico general casi no tiene tiempo de tomar su temperatura y escribirle una prescripción. Y aún si descubren que algo está mal con usted, ellos pueden que no tengan la tecnología para resolver su problema.

De entre las personas con fallas crónicas renales, solo la mitad de los estadounidenses que reciben diálisis la reciben en Canadá, y solo un tercio la reciben en Inglaterra. El grado de cirugías coronarias estadounidense es tres o cuatro veces más que lo que es en Canadá, y cinco veces lo que es en Inglaterra.

Inglaterra es el país que inventó el CAT scanner, en los 1970s. Por un tiempo exportó más de la mitad de los CAT scanners usados en el mundo. Pero ellos compraron muy pocos para sus propios ciudadanos. Hoy, Inglaterra tiene la mitad de CAT scanners por cabeza de lo que se tiene en EE.UU. Un problema similar ocurre en Canadá.

Mito: “Más Por Su Dinero”

Otro mito es que aunque EE.UU. gasta más en el cuidado médico, los estadounidenses no recibimos más. Ese argumento muchas veces se basa en la expectativa de vida, la cual no varía mucho entre los países desarrollados, y en la mortalidad infantil, la cual es en realidad mayor en EE.UU. que en los otros países desarrollados.

¿Qué recibimos por nuestro dinero? La primera cosa que necesitamos hacer es separar los fenómenos con los que nosotros no tenemos nada que ver de aquellos con los que sí. En EE.UU., la expectativa de vida al nacer para los hombres afro americanos es de 68 años, mientras que para los asiáticos americanos es de 81 años. Nosotros encontramos grandes diferencias en la expectativa de vida entre las mujeres también. Nadie piensa que esas diferencias se deben al sistema de atención médica.

¿Qué, entonces, debiéramos observar si de verdad quisiéramos comparar la eficiencia de los sistemas de cuidado médico? Deberíamos observar esas condiciones para las cuales nosotros sabemos que los servicios médicos pueden hacer una gran diferencia. Entre las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, solo una quinta parte de ellas mueren en EE.UU., comparado con un tercio de ellas que mueren en Francia y Alemania, y casi una mitad de ellas que mueren en el Reino Unido y en Nueva Zelanda. Entre los hombres que han sido diagnosticados con cáncer a la próstata, menos de la quinta parte de ellos mueren en EE.UU., comparado con la cuarta parte de ellos que mueren en Canadá, casi la mitad de ellos que mueren en Francia, y más de la mitad de ellos que mueren en el Reino Unido.

Mito: “Acceso Igual”

Tal vez no haya noción alguna más arraigada al seguro de salud nacional que la idea de que hay acceso igual a la atención médica. Cada primer ministro de salud en Inglaterra, desde el día que se inició el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés), ha dicho que ese es el principal propósito del NHS. Cosas similares son dichas en Canadá y en otros países.

El gobierno inglés—a diferencia de casi cualquier otro gobierno—estudia el problema de vez en cuando para ver que tipo de progreso se está realizando. En 1980, ellos tuvieron un significativo reporte que decía, esencialmente: “Nosotros en realidad no hemos progresado mucho en obtener igualdad en acceso a la atención médica en nuestro país. De hecho, parece que las cosas están peor en 1980 que hace 30 años cuando el Servicio Nacional de Salud Inglés fue creado”.

Todos lamentaron los resultados del reporte y todos prometieron mejorar la situación. Hubieron muchos artículos escritos, muchas conferencias, y muchas discusiones. Otros diez años pasaron y ellos realizaron otro reporte, el cual dijo que las cosas habían empeorado aún más. Hoy ya tenemos mucho tiempo esperando el tercer reporte, pero nadie espera que la situación haya mejorado.

Es verdad que las minorías raciales y étnicas reciben menos en EE.UU. Pero en esto no estamos solos. En Canadá, los grupos indígenas son los Cree y los Inuits. En Nueva Zelanda, ellos son los Maoris. En Australia, los Aborígenes. Esas poblaciones tienen más problemas de atención médica, expectativa de vida más corta, mortalidad infantil más alta, más necesidades de atención médica, y ellos reciben menos atención médica. Cuando la atención médica es racionada, las minorías raciales y étnicas no salen bien paradas como resultado de estos esquemas de racionalización.

Un estudio canadiense demostró grandes desigualdades entre las regiones de atención médica de British Columbia. En algunos casos, habían diferencias de gasto de 10 a 1 en servicios proveídos en un área comparada con otra área. Eso probablemente no sorprendería a muchos analistas de políticas públicas; pero uno simplemente no se encuentra con este tipo de data usualmente. Pero si tuviésemos la data, nosotros probablemente descubriríamos que hay desigualdades similares en el acceso a la atención médica alrededor del mundo desarrollado.

Yo estoy especialmente interesado en los ancianos, porque yo veo que—no solo en Inglaterra y Canadá, pero también en EE.UU.—cuando las personas tienen que hacer decisiones sobre quien recibirá atención y quien no, las personas frecuentemente escogen a los pacientes más jóvenes. Encuestas de los ancianos demuestran que los ciudadanos ancianos en EE.UU. dicen que es mucho más fácil conseguir una cirugía, ver doctores, ver especialistas, y entrar en los hospitales, que lo que dicen los ancianos de otros países.

Mito: “Menos Trámites”

Luego tenemos el mito de que el seguro nacional de salud es una manera eficiente de ofrecer atención médica. Yo escucho esto frecuentemente repetido por los defensores del seguro de salud nacional en EE.UU. Probablemente la estadística más ilustrativa para los hospitales es la duración promedio de estadía. En general, los hospitales eficientes reciben y dan de alta a las personas más rápido. De acuerdo a ese criterio, el sector de hospitales estadounidense es el más eficiente en el mundo. Y yo pienso que por muchos otros criterios no sería muy discutible que el sector de hospitales estadounidense es mucho más eficiente que los sectores de hospitales de otros países.

En Inglaterra, donde en cualquier momento dado hay un millón de personas esperando para entrar en los hospitales ingleses, 15 por ciento de las camas están vacías, y otro 15 por ciento de ellas están llenas con pacientes crónicos que realmente no necesitan los servicios de un hospital; ellos simplemente están ahí utilizando a los hospitales como un asilo de ancianos costoso. Por lo tanto, efectivamente, casi un tercio de las camas están cerradas al uso de los pacientes que requieren cuidados críticos.

Un estudio comparó a Kaiser de California con el NHS y concluyó que, después de todas las adecuaciones propias, Kaiser gasta aproximadamente lo mismo por persona que lo que Inglaterra gasta en su población. Pero las personas enroladas en Kaiser estaban recibiendo más atención médica, más acceso a especialistas, y otros servicios.

Muchas veces escuchamos que Medicare y Medicaid son eficientes. El gobierno dice que Medicaid gasta solo cerca de un 2 por ciento de su presupuesto en costos administrativos. Pero eso ignora todos los costos que son transferidos a los doctores y a los hospitales. Cuando usted incorpora todos esos costos, resulta que en realidad Medicare no es eficiente para nada.

Lo que Falta es El Capitalismo

Mientras que nuestro sistema de atención médica tiene más orientación de mercado que los de las otras naciones industrializadas, nosotros en realidad no tenemos un mercado libre en atención médica en EE.UU. La mitad del gasto es hecho por el gobierno. Mucho del resto es incurrido por instituciones burocráticas. El mercado de cirugía cosmética es casi el único mercado en el que los pacientes en realidad están gastando su propio dinero. Y ¿adivinen qué? Funciona como un mercado real. Las personas reciben precios de paquete. Ellos pueden comparar precios. Y a lo largo de la década de los 1990s, el precio promedio de la cirugía cosmética de hecho disminuyó en términos reales, aún mientras hubo todo tipo de innovaciones tecnológicas que nos dicen que elevan los costos en otras situaciones.

Mucho de lo que le estoy diciendo hoy aquí lo aprendí, no de los derechistas que critican el sistema nacional de seguro, pero de personas que creen en este sistema. Si usted analiza mi libro, probablemente hay miles de diferentes referencias, y un 95 por ciento de ellas son referencias a reportes gubernamentales, estudios académicos, e investigaciones de periódicos. Y en casi todos los casos, el autor de esos reportes es alguien que cree en la seguridad nacional de salud. No importa cuantos problemas ellos documenten, no importa sobre cuantas fallas ellos escriban, ellos no renuncian a su fe en el sistema.

Todos ellos creen que todas las fallas sobre las cuales ellos escriben pueden ser desaparecidas mediante reformar. Todos ellos creen que nosotros simplemente no nos hemos esforzado lo suficiente para reformar el sistema y hacerlo funcionar. Lamentablemente, ellos están equivocados. Virtualmente todos estos problemas son consecuencias inevitables de la politización de la medicina. ¿Por qué estos sistemas sobre-proveen a los saludables y proveen de menos a los enfermos? Bueno, en EE.UU., cerca de un 4 por ciento de los pacientes gastan la mitad del dinero. Si usted es un político con la labor de distribuir dólares para atención médica, usted no puede tomar el riesgo político de gastar la mitad de su dinero en un 4 por ciento de los votadores—un 4 por ciento que podrán estar muy enfermos para ir a las urnas y votar por usted.

¿Por qué es tan ineficiente el sector de hospitales? Porque está en el interés propio de los administradores de hospitales ser ineficientes. Los pacientes de cuidados crónicos y

las camas vacías son las camas baratas. Son los pacientes que requieren de cuidados críticos que cuestan dinero.

¿Por qué los ricos y poderosos pueden saltarse las líneas de espera? Porque esas son las personas que controlan el sistema. Ellos pueden cambiar el sistema. Si los miembros del parlamento, los ricos, y los poderosos tuviesen que esperar por atención médica la misma cantidad de tiempo que cualquier otra persona, estos sistemas no durarían más de un minuto.