

MITO 17: un sistema privado paralelo reduciría los tiempos de espera en la sanidad pública.

En Canadá, como en todas partes, el sistema sanitario público sigue padeciendo el problema de las largas listas de espera para recibir determinados tratamientos. Los enfermos sufren y se inquietan, temiendo no llegar a recibir los tratamientos necesarios. Cuando los medios de comunicación tocan el tema, también crean en los canadienses dudas sobre la calidad de su sistema sanitario.

En respuesta a las expectativas de la gente, las autoridades federales y provinciales prometen abordar el problema de las listas de espera, pero tienen que tener en cuenta un gran número de propuestas contradictorias. De lo que se habla más a menudo es de permitir, simultáneamente al sistema público, un sistema paralelo en el que establecimientos privados ofrezcan servicios a aquellos pacientes que pueden pagarlos. Los defensores de este sistema afirman que los desembolsos privados permitirán aumentar el total de recursos disponibles para los servicios sanitarios y reducirán las listas de espera en el sistema público; en consecuencia, todos recibirán tratamiento más rápidamente. Según ellos, Canadá es uno de los últimos países que se resisten a seguir la evolución lógica hacia un sistema mixto. Afirman que sólo es cuestión de tiempo que Canadá comprenda que ésta es la solución y la ponga en práctica.

El problema de las listas de espera

A Canadá le queda aún mucho camino que recorrer para solventar el problema de las listas de espera y, para empezar, tiene que comprender la situación. Para reducir las listas de espera es preciso conocer el número de pacientes incluidos en las listas, desde cuándo y qué tipo de tratamientos tienen más demora. La mayor parte de las clínicas y proveedores de servicios sanitarios llevan sus propias listas pero, debido a la negligencia de los gobiernos para coordinar y centralizar esos datos, nadie sabe cuantos pacientes están a la espera de un tratamiento en todo el país, ni siquiera en cada provincia. Tampoco es posible transferir pacientes a otra región con listas de espera más cortas ⁽¹⁾, aunque algunas provincias están buscando una solución al problema ⁽²⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾.

No hay acuerdo sobre el criterio para establecer el inicio del período de espera para un tratamiento. Algunos sostienen que comienza cuando el médico remite a los pacientes al especialista. Otros dicen que empieza cuando el especialista decide que es necesaria una intervención. Otros afirman que comienza en el momento en que los pacientes son incluidos en las listas de espera de los hospitales (5). Dado que no hay consenso, se utilizan diferentes métodos para definir el inicio de la espera. Por ejemplo, el Instituto Fraser sitúa el período de espera desde que el médico deriva al paciente al especialista hasta el momento en que recibe tratamiento (6). En cambio, los análisis de datos provinciales demuestran que las demoras no son tan largas como los médicos creen (7).

Otros datos contrarios a un sistema privado paralelo

Los problemas administrativos no dejan ver una gran verdad: los sistemas privados paralelos no reducen las listas de espera en los establecimientos públicos. En realidad, los estudios demuestran que, por el contrario, tienden a aumentarlas.

Un estudio reciente sobre las repercusiones de la financiación privada en los servicios sanitarios públicos ha demostrado que los países que adoptaron sistemas paralelos públicos y privados tienen listas de espera muy largas. Por ejemplo, en Inglaterra y en Nueva Zelanda, donde existen sistemas privados paralelos, el tiempo de espera en el sistema público parece mayor que en los países que utilizan un solo sistema, como Canadá (8).

Las listas de espera en Inglaterra y Nueva Zelanda son también mayores que las de otros países como los Países Bajos, que tienen hospitales privados destinados sólo a los pacientes más ricos, al margen del sistema público (8).

Los analistas también examinaron la variación del tiempo medio de espera dentro de un mismo país según la coexistencia o no de sistemas sanitarios públicos y privados. Estudios realizados en Australia e Inglaterra demostraron que las listas de espera de los pacientes de los hospitales públicos son más largas en las regiones donde hay más servicios de salud privados (9) (10).

Esto confirma los datos procedentes de Manitoba donde, hasta 1999, los pacientes pagaban gastos hospitalarios suplementarios o gastos "de material médico" cuando decidían operarse de cataratas en una clínica privada (la intervención quirúrgica la pagaba el sistema sanitario provincial).

Los estudios de Manitoba constataron que, entre 1998 y 1999, el tiempo medio de espera para un cirujano que ejercía únicamente en el sector público era de unas 10 semanas, mientras que para un médico que trabajaba en el público y en el privado a la vez, esa espera era de unas 26 semanas (7).



Para terminar, el estudio alude a la tendencia en los sistemas privados paralelos de "seleccionar minuciosamente" a los pacientes más jóvenes y con mejor salud, que necesitan tratamientos más sencillos o más baratos, dejando al sistema público los casos que requieren tratamientos complejos y costosos (11) (12).

En Australia, a pesar de que se aprobaron normativas para evitar que las personas mayores pagarán más de manera sistemática, las cuotas del seguro privado siguen siendo más bajas para los jóvenes (13). El seguro privado se utiliza, sobre todo, para los tratamientos no urgentes; en Australia, entre 2001 y 2002, solamente el 8 por ciento de los ingresos en hospitales privados eran casos urgentes mientras que en los hospitales públicos se elevaban al 42 por ciento (13).

El problema de la falta de recursos

La impresionante cantidad de datos fehacientes en contra de la implantación de un sistema privado paralelo pone en evidencia la inconsistencia de los argumentos utilizados para defender tal sistema. En primer lugar, puesto que los profesionales sanitarios no pueden estar en dos lugares a la vez, la creación de un sistema privado paralelo anima a los médicos y enfermeros a dejar los hospitales públicos por los privados, que en Canadá pagan mejores salarios (1). Como la mayoría piensa que el número de médicos y enfermeros es insuficiente, no se entiende cómo el éxodo hacia los centros privados podría reducir las listas de espera en el sistema público (1).

En segundo lugar, puesto que el sector privado paga salarios mas elevados, los médicos que trabajan en ambos sectores tienen interés en mantener largas listas de espera en el público para inducir a los pacientes a utilizar los servicios privados; es lo que los economistas llaman un "efecto perverso" (9).

Un sistema privado paralelo sólo puede ofrecer servicios con mayor rapidez a quienes tienen medios para pagarlos. Sin embargo, dificulta el acceso a los pacientes que están en lista de espera en el sistema público y va en contra de una de las características fundamentales del sistema público, orgullo de los canadienses: que los ciudadanos deben recibir atención sanitaria en función de sus necesidades y no de sus posibilidades económicas (14).

Referencias:

- (1) Sanmartin C et al. 2000. « Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light. » Canadian Medical Association Journal; 162(9): 1305-1310.
- (2) Cardiac Care Network of Ontario. 2005. « About CCN. » <http://www.ccn.on.ca/mission.html>.
- (3) Saskatchewan Surgical Care Network. 2005. « About SSCN. » <http://www.sasksurgery.ca/about-sscn.html>.
- (4) Western Canada Waiting List Project. 2005. « About WCWL. » <http://www.wcwl.ca/about/synopsis/>.
- (5) Sanmartin C. 2003. « Toward Standard Definitions for Waiting Times. » Healthcare Management Forum; Summer: 49-53.
- (6) Esmail N and M Walker. 2004. « Waiting your turn: Hospital waiting lists in Canada (14th edition) » <http://www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=pb&id=705>.
- (7) DeCoster C et al. 2000. Waiting Times for Surgery: 1997/98 and 1998/99 Update. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/waits2.pdf>.
- (8) Hughes Tuohy C et al. 2004. « How does private financing affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. » Journal of Health Politics, Policy and Law; 29(3): 359-396.
- (9) Duckett SJ. 2005. « Private care and public waiting. » Australian Health Review; 29(1): 87-93.
- (10) Besley T et al. 1998. « Public and private health insurance in the UK. » European Economic Review; 42(3-5): 491-497.
- (11) Schokkaert E and C Van de Voorde. 2003. « Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system. » Health Policy; 65(1): 5-19.
- (12) Gonzalez P. 2004. « On a policy of transferring public patients to private practice. » Health Economics; online pre-publication October 20.
- (13) Vaithianathan R. 2004. « A critique of the private health insurance regulations. » Australian Economic Review; 37(3): 257-70.
- (14) Abelson J et al. 2004. « Canadians confront health care reform. » Health Affairs; 23(3): 186-193.

http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth17_f.pdf

Traducido con la autorización de Canadian Health Services Research Foundation, copyright (original marzo 2005)