

CASmadrid.org

Coordinadora Anti-Privatización de la Sanidad Pública de Madrid



www.casmadrid.org

info@casmadrid.org

Abajo los mitos

Mito: los servicios médicos con ánimo de lucro harían más eficaz el sistema sanitario

La masificación de las urgencias y las listas de espera son hechos que, a menudo, se citan como demostración de que el sistema sanitario falla, especialmente el sistema público. Buena parte de los pacientes y los médicos que soportan esas deficiencias creen que debería darse mayor cabida a las sociedades médicas con ánimo de lucro para que el sistema fuera más eficaz. Piensan que la eficacia del sector privado y la búsqueda de rentabilidad pueden ser la panacea.

¿Realmente sería ésta la solución? Si bien hay quienes afirman con vehemencia que las clínicas lucrativas ofrecen servicios más eficaces y a menor coste, la gran mayoría de los estudios demuestran exactamente lo contrario: los contratos con este tipo de clínicas no reducen ni las listas de espera ni los gastos. De los documentos estadounidenses se deduce también que los pacientes que se atienden en clínicas lucrativas tienen mayor riesgo de fallecimiento que los que acuden a las otras clínicas.

Fondos públicos, servicios privados

La mayoría de datos obtenidos del estudio de la atención sanitaria con ánimo de lucro provienen de Estados Unidos, donde coexisten hospitales públicos y privados, con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro. Los datos son claramente favorables a la atención no lucrativa.

Un análisis comparativo reciente, que incluye 149 estudios y datos clínicos recogidos a lo largo de 20 años, ha permitido constatar la eficacia de estos centros sanitarios en relación con los lucrativos, desde el punto de vista de la accesibilidad, calidad y rentabilidad. Los investigadores analizaron seis tipos de instituciones: hospitales, residencias de ancianos, organismos de atención sanitaria integral (HMO), hospicios, centros de diálisis y psiquiátricos. En resumen: 88 estudios constataron que los centros sin ánimo de lucro obtuvieron un mayor rendimiento mientras que 43 consiguieron el mismo nivel. Sólo 18 estudios demostraron que los centros lucrativos tenían mejores resultados (1). Las diferencias son particularmente claras en el caso de los hospitales psiquiátricos: de 17 estudios, sólo uno llegó a la conclusión de que los centros lucrativos son más eficaces (2). Los investigadores estadounidenses también examinaron lo que sucede cuando los gobiernos contratan hospitales con fines lucrativos para que se encarguen de proporcionar servicios médicos. A partir de datos del programa federal Medicare, descubrieron que los gastos en el sector de la salud aumentan más rápidamente en los colectivos atendidos en hospitales con ánimo de lucro que en los atendidos en hospitales no lucrativos (3). Entre 1990 y 1994, los hospitales con ánimo de lucro cobraban unos 8.115 dólares por cada paciente hospitalizado, mientras que los

hospitales no lucrativos facturaban 7.490 dólares. Por otra parte, los primeros tuvieron un gasto administrativo mucho más elevado por paciente y día (4).

En algunos casos, incluso se ve afectada la salud de los pacientes. En efecto, los estudios revelan que, en Estados Unidos, la calidad de los cuidados es mejor en el sistema no lucrativo ya que registra mejores tasas de inmunización, de realización de mamografías y de otros servicios preventivos (5). Un buen ejemplo de ello lo constituyen la diálisis y los trasplantes de riñón, que son financiados por el seguro médico pero realizados en centros de diálisis tanto lucrativos como no lucrativos. Un reciente análisis sistemático que incluyó 500.000 pacientes en diálisis controlados durante un año, demostró que los pacientes tratados en centros lucrativos tienen mayor probabilidad de morir que los tratados en centros sin ánimo de lucro. Si se extrapola el dato a todos los estadounidenses dializados, se deduce que, hasta 2.500 muertes prematuras podrían achacarse al tratamiento en centros lucrativos (6). Por otra parte, las personas tratadas en clínicas de este tipo tienen menor probabilidad de ser derivados para trasplante renal (7).

Aunque cada vez hay más evidencia, algunos analistas canadienses siguen cuestionando la pertinencia de aplicar los datos estadounidenses a la política de Canadá, a causa de las diferencias entre los dos sistemas respecto a la adquisición, financiación y prestación de servicios (8). Sin embargo, las pruebas a favor de la atención no lucrativa se remontan a unos veinte años atrás y el sector estadounidense de atención lucrativa ha sufrido muchos cambios durante ese período, por lo que se demuestra que la tasa de mortalidad de los centros lucrativos estadounidenses es mayor, con independencia del sistema administrativo existente (9).

Un sistema mixto

Los partidarios de la sanidad lucrativa a menudo acusan a Canadá de tener un sistema « de pago único », contrario a los intereses de la empresa privada. Sin embargo, ya existen en Canadá establecimientos con ánimo de lucro como, por ejemplo, centros de diagnóstico, laboratorios y otros servicios privados que, como algunos afirman, acortarían los tiempos de espera.

Algunas provincias permiten a su personal, sobre todo a los médicos, que trabajen al tiempo en el sistema público y en el privado. Por ejemplo, las provincias de Manitoba y Alberta tienen un sistema mixto para intervenciones de cataratas, que se pueden realizar tanto en centros públicos como privados. En ambas provincias, los pacientes se vieron obligados a pagar más por gafas de calidad y por ciertos gastos de hospitalización, hasta el punto de que los gobiernos tuvieron que aprobar leyes que eliminaran la facturación adicional. En la actualidad, los sistemas sanitarios de esas provincias asumen la totalidad del coste del tratamiento (10,12).

La coexistencia de prestaciones tiene un problema: el riesgo de que se desvíen los recursos del sistema público hacia el privado. Como los médicos y los enfermeros no pueden estar en dos sitios a la vez, cuantos más servicios presten en el sector privado, menos podrán ofrecer en el sector público (13), lo que aumentaría aún más las listas de espera en el público. En efecto, aunque los cirujanos de oftalmología de Alberta y Manitoba no descuiden a sus pacientes del sector público para atender a los del privado, la demora para intervenciones de cataratas de los cirujanos que trabajan en los dos sectores será mayor que la de los que trabajan solamente en el sistema público.

Si bien la vocación de los médicos que trabajan en clínicas con ánimo de lucro es la de curar enfermos, sus propietarios y gestores también quieren obtener beneficios

económicos. Los objetivos pueden colisionar, a veces incluso en detrimento de los pacientes. Como afirma Robert Evans, economista de la salud de la Universidad de Columbia Británica: « el interés por conseguir rentabilidad es el mismo en cualquier parte » (13).

Referencias

- (1) Vaillancourt Rosenau P and Linder SH. 2003. "Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States." *Social Science Quarterly*; 84(2): 219-241.
- (2) Vaillancourt Rosenau P and Linder SH. 2003. "A comparison of the performance of for-profit and nonprofit U.S. psychiatric inpatient care providers since 1980." *Psychiatric Services*; 54(2): 183-187.
- (3) Silverman EM et al. 1999. "The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending." *New England Journal of Medicine*; 341(6): 1523-1528.
- (4) Woolhandler S and Himmelstein DU. 1997. "Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States." *New England Journal of Medicine*; 336(11): 769-774.
- (5) Himmelstein DU et al. 1999. "Quality of care in investor-owned vs. non-profit HMOs." *Journal of the American Medical Association*; 282(2): 159-163.
- (6) Devereaux PJ et al. 2002. "Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis." *Journal of the American Medical Association*; 288(19): 2449-2457.
- (7) Garg PP et al. 1999. "Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation." *New England Journal of Medicine*; 341(22): 1653-1660.
- (8) Currie G et al. 2003. "What does Canada profit from the for-profit debate in health care?" *Canadian Public Policy*; 29(2): 227-251.
- (9) Devereaux PJ et al. 2002. "A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals." *Canadian Medical Association Journal*; 166(11): 1399-1406.
- (10) Armstrong WL. 2000. "The consumer experience with cataract surgery and private clinics in Alberta." *Consumers' Association of Canada*.
- (11) DeCoster C et al. 1998. "Surgical waiting times in Manitoba." *Manitoba Centre for Health Policy*.
- (12) DeCoster C et al. 2000. "Waiting times for surgery: 1997/98 and 1998/99 Update." *Manitoba Centre for Health Policy*.
- (13) Evans RG et al. 2000. "Private highway, one-way street: the Deklein and fall of Canadian medicare?" *Centre for Health Services and Policy Research*; Health Policy Research Unit paper 2000:3D.

Publicado inicialmente en marzo del 2002. Revisado y aumentado en marzo del 2004.

Traducido del francés en mayo del 2008 por Carlos Conca para CAS Madrid, con la autorización del Canadian Health Services Research Foundation.

© FCRSS 2004

http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/myth13_f.php