

Robert Evans analiza los sistemas de salud de América del Norte

“EE.UU. es muy ambivalente sobre la equidad”

Por Nicolás Rosenfeld

Fortalezas y debilidades, cuestiones culturales, el rol de la tecnología y la política en los sistemas de salud de los países desarrollados de nuestro continente bajo la lupa de este reconocido experto canadiense.

Nacido en Canadá, el Dr. Robert Evans es uno de los principales economistas de la salud del mundo. Sus estudios comparativos de los sistemas y de las estrategias de financiamiento lo convirtieron en asesor del gobierno canadiense y consultor de numerosos gobiernos y agencias públicas en los cinco continentes. Es miembro vitalicio honorario del *Canadian College of Health Services Executives*, de la *Canadian Health Economics Research Association*, y miembro de la *National Academy of Social Insurance in the United States*. Integró la *British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs* y el *National Forum on Health* de su país. Gradua-

do en Economía política por la Universidad de Toronto, recibió su PhD en Economía de la Universidad de Harvard y es autor de varios libros sobre Economía de la Salud y temas vinculados.

–En función de su experiencia, ¿qué país cuenta con el mejor sistema de salud?

–Creo que diferentes países se ven mejor dependiendo del criterio con que se los mire. No creo que se pueda elegir a uno solo. Si observamos a cada uno, podemos identificar las características que ocasionan problemas y las que funcionan bien. De acuerdo a mis investigaciones, diría que los países más exitosos son aquellos que crearon

sistemas universales, que no se basan en los mecanismos de mercado para prestar atención médica a la gente, aunque sí pueden utilizar dichos mecanismos en la compra de insumos y de servicios.

A grandes rasgos, varios países europeos cuentan con buenos sistemas de salud. Los más exitosos hasta ahora son aquellos que han pasado lo que podría denominarse una “primera etapa” en la cual dejan de lado las cuestiones financieras en lo que se refiere a acceso a la atención esencial. No obstante, todavía ninguno ha encontrado un enfoque adecuado para la gestión de la atención de la salud.

El sistema canadiense, por ejemplo, funciona muy bien en lo referente a la provisión de servicios médicos y hospitalarios, puesto que ofrece un acceso universal, en condiciones de igualdad; no hay acceso diferencial para gru-

Culturas y marketing

“Me inquieta el hecho de que mucho de lo que se describe como cultural a nivel de la sociedad está, en realidad, interactuando con la cultura de la profesión médica y de la prestación de atención sanitaria –dice Evans–. Por ejemplo, pensemos por qué somos una sociedad que consume tantos medicamentos: ¿por motivos culturales? Si es así, cabe preguntarse por qué esto sucede ahora. No pasaba hace veinte años. Así pues, mucho de lo que supuestamente se debe a diferencias culturales es, en definitiva, estimulado por el marketing de la industria de la atención médica y de los medicamentos”.



pos privilegiados. La prestación de servicios médicos sigue muy de cerca la necesidad de los pacientes. En los estudios que analizan a quién se ha dirigido la atención, se ve claramente que se la ha destinado a aquellos que realmente la necesitan.

Por otro lado, no hemos podido identificar exactamente qué servicios se ofrecen; los prestadores reciben dinero, pero no sabemos si los servicios son necesarios o no. Si bien sabemos que la atención sanitaria está dirigida a las personas que la necesitan, no sabemos – en definitiva – si están recibiendo los servicios que realmente requieren. Y es así como encontramos diferentes patrones de atención médica a lo largo del país. Por ejemplo, tomemos a mi ciudad, Vancouver (una de las ciudades del país con menor uso hospitalario para problemáticas cardíacas) como base 100. Si uno se traslada hacia el este se llega a 135 en Alberta, y en Toronto esta cifra aumenta un 50%. Saliendo de los centros metropolitanos, la utilización se incrementa un 100%. Nadie se ocupa de determinar el por qué de estas grandes diferencias en los patrones de cuidado de la salud. Por lo tanto, no

administramos seriamente la prestación de atención médica, sino que dejamos que los médicos y los hospitales hagan lo que consideran apropiado. Sin embargo, no les damos tanto dinero como quisieran. En pocas palabras, imponemos restricciones financieras sin haber creado un sistema de información gerencial.

Comparemos el sistema canadiense con el sistema de salud de veteranos de EE. UU. Este último provee atención médica a un grupo poblacional determinado sin restricciones financieras, tal como lo hace el sistema de Canadá. La diferencia es que ellos han desarrollado en los últimos 10 años un sistema de gestión mucho más sofisticado, con registros electrónicos, datos que se transmiten fácilmente entre los profesionales de la salud, almacenados en un sistema informático centralizado al que puede acceder cualquier miembro de la cadena de atención médica. Un médico o un enfermero pueden entrar a la habitación de un paciente, conectar su computadora a la red y tener acceso a la historia clínica de ese paciente. Si desea recetar un medicamento, lo carga en la computadora que está conectada a la

“Los factores culturales son de suma importancia, especialmente en EE.UU. Su población es muy ambivalente con respecto a la equidad: por un lado creen que son una sociedad justa y leal; por otro, muchos piensan que la gente recibe lo que se ha ganado, incluyendo la atención médica.”

farmacia y realiza el pedido online, lo cual queda registrado en la historia clínica. Descubrieron que este sistema marcaba una gran diferencia en cuanto a la calidad de la atención médica. El sistema de veteranos solía ser una de los sistemas más precarios y hoy en día es uno de los más sofisticados de Estados Unidos.

Los planes de salud de Kaiser, en el oeste de los Estados Unidos, hacen algo parecido. Poseen una base de datos que permite determinar quién le hizo qué a cada paciente, por qué y cuál fue el resultado. Nosotros no podemos hacer esto, no estamos siquiera cerca. Podemos determinar qué se pagó, quién presentó la factura y qué procedimiento se realizó (si aparece en la factura), pero poco sabemos de los motivos o resultados de lo que se ha hecho. Creo que esta es la situación de la mayoría de los sistemas de los países de altos ingresos: han logrado resolver mayormente esa primera etapa de cobertura universal, quizás imponiendo algunas restricciones relacionadas con los costos.

–El alto nivel de los costos de Estados Unidos, comparado con otros países como Reino Unido, no necesariamente trae aparejados mejores resultados. ¿Cómo influyen los factores culturales en la equidad?

–Esa es una pregunta tan importante como difícil. Puedo dar apenas una respuesta parcial, no definitiva. Un amigo mío suele contar este chiste: los escoceses consideran a la muerte como algo inminente, los canadienses, como algo inevitable, y los californianos; tan sólo como una de las opciones. Creo que los factores culturales son de suma importancia, especialmente en el caso de EE.UU. Su población es muy ambivalente con respecto a la equidad: por un lado creen que son una sociedad justa y

"Los países más exitosos son aquellos que crearon sistemas de salud universales que no se basan en los mecanismos de mercado para prestar atención médica, aunque sí pueden utilizarlos en la compra de insumos y de servicios".



leal; por otro, muchos piensan que la gente recibe lo que se ha ganado, incluyendo la atención médica (el acceso, la calidad, etc.). No les resultan tan "chocantes" las desigualdades en el cuidado de la salud tanto como en Europa o Canadá. Hay mucha tensión allí sobre esta idea de que uno obtiene lo que se merece, es decir que uno es, en algún punto, responsable de lo que le sucede, incluidos los problemas de salud. Esta creencia tiene un origen religioso: el puritanismo. Esta veta no ha desaparecido totalmente. Se refleja hoy en la manera de pensar de muchos: si uno tiene algún problema de salud es porque probablemente ha hecho algo mal. Tal idea está muy arraigada en la cultura. Es más, hay un estudio de un médico de la Universidad de Yale que afirma que las diferencias en el estado sanitario de la sociedad se deben a la mala alimentación, a los problemas genéticos, a la imprudencia en la sexualidad, etc. Otro tema interesante es la fe de los estadounidenses en la tecnología, por lo cual sería difícil contener los costos en ese país.

—¿Hay alguna forma de eliminar el 20 o 30% de gastos burocráticos, de manera de poder utilizar estos recursos para mejorar los servicios?

—Sí, existe. Pero ahí es donde comienza a jugar la política. No debemos olvidar una idea básica y fun-

damental de la economía de la salud: cada dólar que se gasta es un dólar del salario de una persona. Es una obviedad contable, por supuesto; sin embargo, la implicancia de quitar dinero de la burocracia es la destrucción de los ingresos y la caída de las acciones de las compañías aseguradoras. Esto solamente puede llevarse a cabo si se cuenta con la voluntad política y el poder para tomar esta medida. El hecho de que alguien esté haciendo algo inútil no significa que la persona no quiera seguir cobrando un sueldo. Este es el *quid* de la cuestión. Mucha de la pérdida de las aseguradoras consiste en analizar los riesgos de las personas y tratar de venderle a aquellas que representan bajos riesgos, evitando a las de altos riesgos. Es preciso, entonces, formular paquetes de seguros complejos de modo de atraer compradores sanos.

Hace unos dos años se realizó un estudio muy interesante. Un grupo de investigadores de Montreal y de Nueva York descubrieron que sus hospitales locales utilizaban el mismo sistema contable y se dieron cuenta de que podían comparar los costos relativos a los pacientes con los mismos problemas. Se concentraron en pacientes con enfermedades coronarias y hallaron que los costos intrahospitalarios en EE.UU. eran un 82% más altos y los resultados eran iguales. En gran parte, la diferencia se debía al mayor gasto burocrático y a mayores costos por determinados servicios. Suponga que usted dirige un sanatorio en EE.UU. e ingresa un paciente con la credencial de una aseguradora. Usted se pregunta: ¿tendrá cobertura todavía?, ¿lo habrán despedido? Si está cubierto, ¿qué alcance tendrá su cobertura?, ¿habrá cambiado la cobertura de su plan? En su sanatorio trabaja un equipo de gente que se dedica a

analizar estos asuntos. Luego, cuando se de cuenta de que no tenía cobertura, se pregunta: ¿podré recuperar mi dinero? Así pues, el de EE.UU. es un caso extremo en este sentido.

En un sistema universal, en cambio, se pueden reducir estos gastos de estructura, como se ha hecho en Canadá, donde muchos médicos despidieron a sus empleados administrativos y contrataron a enfermeros cuando se adoptó el sistema de cobertura universal. Este un ejemplo emblemático.

—¿Considera que las tecnologías de la información y la comunicación pueden ser una solución?

—Sí, definitivamente. Ahora bien, la tecnología no determina el espectro de aplicaciones. Lo importante es saber qué uso que se le da a la tecnología así como los fundamentos y resultados de tal utilización. Para responder estas preguntas se necesita información, que luego ayude a modificar la situación y sirva como insumo para las políticas.

—¿Que condición no puede faltar para lograr equidad en salud?

—Quizás lo más importante que debemos entender sea que no se puede comenzar la gestión de un sistema para la equidad, la eficacia o la eficiencia hasta que no se haya podido establecer a un sistema de cobertura universal, o algo similar al menos, y que sea financiado por el Estado. Estas, por cierto, son condiciones necesarias pero no suficientes. Tenemos mucho trabajo por delante si queremos administrar mejor nuestros sistemas de salud. En este sentido, no creo que los países de altos ingresos estén mucho más adelantados. Si fallamos, nuestro futuro será como en EE.UU.: altos costos para los pacientes y una gran desigualdad, cosa que no queremos.

Traducción: Paula Fredes
fredespaula@yahoo.com.ar