



Francia: la racionalización del sistema de salud. El control del gasto sanitario y el mito de Sísifo

France: The Rationalisation of the Health System. Health Cost Containment and the Myth of Sisyphus

■ Martine M. Bellanger

Resumen

El informe anual de la Organización Mundial de la Salud clasificó en el primer puesto al sistema de salud francés en el año 2000. Esta clasificación hacía referencia a los buenos resultados en términos de salud, la capacidad del sistema para responder a las demandas de los usuarios y al equitativo modo de su financiación. Tal sistema debería proporcionar a sus protagonistas algunas razones objetivas para estar satisfechos. Sin embargo, todas las semanas se debaten temas que están relacionados con el control del gasto sanitario, sobre el lugar que deben ocupar las cajas del seguro de enfermedad, el papel de la atención ambulatoria y hospitalaria, y sobre las esperas que en términos de seguridad sanitaria deben soportar los usuarios. Por todo esto, debemos preguntarnos si estamos hablando del mismo sistema y a qué retos y dificultades se enfrenta el sistema de salud francés.

Para responder a esta pregunta, en este artículo presentaremos, en primer lugar, un sistema de seguro de enfermedad que sufre un déficit crónico y refractario a cualquier reforma. A continuación describiremos la oferta de atenciones ambulatorias y hospitalarias, insistiendo en las principales transformaciones producidas en la última década. Transformaciones que están marcadas por una cierta racionalización mediante esfuerzos dirigidos a la coordinación de las atenciones, la convergencia de las formas de financiación de los hospitales públicos y privados y, finalmente, a la reducción de las desigualdades en términos de salud.

Palabras clave

Financiación. Racionalización. Regionalización. Equidad. Francia.

Abstract

The World Health Organization annual report ranked the French health care system as number one in 2000. This ranking was based on criteria such as good health outcomes, system

La autora es "Senior Lecturer" en Economía de la Salud. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes (Francia). Email: martine.bellanger@ensp.fr. La traducción es de Santiago Prieto.

responsiveness and fairness of funding. Such a system should give satisfaction to its stakeholders. Nevertheless, every week discussion and concern is raised over the issues of cost containment, the functioning of health sickness funds, the role of hospital and ambulatory care, or the users' expectations in terms of waiting lists and the effect on safety. So we could ask ourselves if we are talking about the same system, and which issues and problems the French health system has to face.

In order to answer this question, the paper presents an overview of the French national health insurance system which carries a chronic debt that no reform has yet eradicated. Following on from this, we describe both ambulatory and hospital care suppliers, focusing on the main changes which have occurred over the last decade. To some extent, they have been coloured by a rationalisation of the system consisting of a care follow-up programme, the merging of public and private hospital funding, and the reduction of health inequalities.

Key words

Funding. Rationalisation. Regionalization. Equity. France.

■ El sistema de salud francés descansa fundamentalmente sobre un sistema nacional de seguro de enfermedad conocido como Seguridad social o "Sécu".

La estructura actual del sistema del seguro de enfermedad se basa en el Decreto del 4 de octubre de 1945 por el que se creó la Seguridad social, que se compone de cuatro ramas:

- Enfermedad, maternidad e invalidez.
- Accidentes de trabajo.
- Vejez y viudedad.
- Familia.

El seguro obligatorio de enfermedad, una de las ramas de la Seguridad social, se desarrolló en Francia como prolongación de una tradición mutualista que vio su despegue a lo largo del siglo XIX. En efecto, en 1900 había censadas trece mil sociedades de seguros mutuos, que contaban con dos millones y medio de afiliados. En 1940, el número de afiliados a estas sociedades se estimaba en unos diez millones (1).

Como consecuencia del juego entre las diferentes fuerzas sociales, la clase obrera por un lado y la patronal por otro, el principio de aseguramiento iría sustituyendo progresivamente al de previsión en un momento en el que se intensificaba el progreso industrial. La Ley votada el 30 de abril de 1930 instauraba un régimen de protección obligatoria para los asalariados de la industria y el comercio cuyos salarios estaban por debajo de un determinado límite. En vísperas de la Segunda Guerra Mundial, dos terceras partes de los franceses se beneficiaban de una cobertura social en caso de enfermedad (1).

La Seguridad social fue creada en el contexto particular de la Liberación: los principios de solidaridad y de intervencionismo del Estado fueron puestos al servicio del desa-

rollo económico y el bienestar para construir un "nuevo orden social". A cambio del privilegio de la seguridad y de la redistribución de las rentas, hechos de los que el Estado se convertía en garante, las organizaciones obreras (que pasaban a ser una parte preponderante en la gestión de la nueva institución) aceptaban participar en los esfuerzos de reconstrucción y de crecimiento económico. De esta manera, la eficacia económica y el progreso social convergían, según el modelo keynesiano, en el plan francés de Seguridad social (2).

Las Ordenanzas del 4 de octubre de 1945 establecían cuatro principios fundamentales: solidaridad, redistribución de los recursos, igualdad y libre acceso a los servicios.

El sistema de seguro obligatorio de enfermedad afectó en un principio a los obreros de la industria y el comercio, extendiéndose progresivamente a los demás estamentos de la población: a los estudiantes en 1948, a los militares de carrera en 1949, a los explotadores agrícolas en 1961 y a los trabajadores autónomos no agrícolas a lo largo del período 1966-1970.

En sus comienzos, el sistema francés de protección social se inspiraba en el modelo de Bismark, ya que estaba basado en el principio de solidaridad profesional. Sin embargo, desde mediados de la década de los años noventa ha evolucionado y ello por dos razones. Por un lado, se consideró que la financiación del seguro de enfermedad no debía descansar sólo en las cotizaciones sociales derivadas del trabajo; y, por otro lado, se vio la conveniencia de la ampliación de la cobertura ante la enfermedad a todas las personas que residen de forma regular en Francia (véase más adelante).

En 1999, tres grandes regímenes y otros diez más pequeños cubrían al 99,8% de la población. El 0,2% restante fue incluido en el sistema de seguro obligatorio de enfermedad en el año 2000, cuando fue introducida la "Cobertura médica universal" (*Couverture médicale universelle*, CMU). Esos tres grandes regímenes son:

- La "Caja nacional del seguro de enfermedad de trabajadores asalariados del comercio y la industria" (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés du commerce et de l'industrie*, CNAMTS) gestionada bajo el régimen general de la Seguridad social. Se trata del mayor régimen de cobertura de trabajadores y de retirados, además de los parados y los dependientes de ellos, lo que representa el 84% de la población. Por su parte, desde 2000, los beneficiarios de la CMU han aumentado progresivamente hasta llegar a representar el 2,6% de la población en 2003. Esta organización posee una estructura piramidal, que comprende una caja nacional, las cajas regionales y las cajas locales o primarias. Estas últimas afilian a los asegurados y reembolsan los cuidados.
- La "Mutualidad social agrícola" (*Mutualité sociale agricole*, MSA), que cubre a los explotadores y a los asalariados agrícolas, lo que representa el 7% de la población.

- La "Caja del seguro de trabajadores autónomos no agrícolas" (*Caisse d'assurance des travailleurs indépendants non agricoles*, CANAM), que cubre al 5% de la población.

Además, existen regímenes especiales, algunos de ellos administrados por el régimen general como, por ejemplo, el de funcionarios o el de estudiantes. Finalmente, otros regímenes son administrados de forma autónoma, como es el caso del régimen de los mineros, el de los empleados de los ferrocarriles (*Société nationale des chemins de fer*, SNCF) y el régimen de los marineros.

A su vez, el seguro complementario de enfermedad es voluntario y se ofrece bien por aseguradoras comerciales privadas, o bien por asociaciones sin ánimo de lucro, como las mutualidades o las sociedades de previsión. Este seguro funciona principalmente como un sistema de tercer pagador y cubre parcial o totalmente los "tickets moderadores", forma como se denomina el "copago" en Francia. Introducido en 1978, el seguro complementario de enfermedad se ha extendido considerablemente y en 2004 se estima que el 85% de la población se beneficia de este tipo de cobertura. Es más, si se incluyen los beneficiarios de la CMU complementaria, en dicho año el porcentaje total representa alrededor del 92%.

Entre 1980 y 2003, la asunción de cargos correspondientes a los gastos de salud observó una variación: la proporción de la financiación pública pasó del 79,4 al 75,5%. En 2003, la parte del seguro complementario y la contribución correspondiente a los usuarios representaba para el conjunto de los gastos en salud, respectivamente, el 12,3 y 10,9%. Por su parte, los fondos públicos locales contribuirían con el 1,3% restante. El porcentaje pagado por los usuarios es relativamente importante si se compara con el de otros países europeos. Además, desde enero de 2005 se pide una participación a tanto alzado de un euro por cada consulta o acto médico y por cada análisis de laboratorio. Este cargo no es reembolsado por el seguro de enfermedad complementario. Finalmente, la introducción en julio de 2005 de la figura del "médico de cabecera", comparable al *gate keeper* en el sistema inglés, puede conducir a un aumento de la tarifa y del ticket moderador si la consulta a un especialista no es indicada por dicho médico (véase más adelante).

La financiación del seguro de enfermedad: un déficit crónico

Desde la década de los noventa, uno de los mayores problemas que conoce el sistema de Seguridad social francés es la constancia de sus déficit, explicados en gran medida por los gastos del seguro de enfermedad. Muchos expertos han demostrado que las contribuciones sociales acrecientan el coste de los puestos de trabajo y repercuten en el nivel de empleo. El plan Juppé, apellido del Primer ministro que lo introdujo en 1996, ha proporcionado el punto de partida para la reforma de la financiación del seguro de enfermedad. Así, la fuente de financiación ha sido trasladada parcialmente desde las cotizaciones sociales hacia un "impuesto" lla-

mado "Contribución social generalizada" (*Contribution sociale généralisée*, CSG), que se aplica a la totalidad de las rentas (es decir, a las del trabajo más las del capital) con tasas variables en función de su origen. Desde 1998, y con el fin de extender la base de la financiación, la CSG (con una tasa del 5,25%) ha sustituido a las cotizaciones sociales de los empleados incluidos en los regímenes del seguro de enfermedad. La CSG se aplica también a las rentas que proviene de los subsidios, como ocurre en caso de paro o enfermedad, con un tipo del 3,95%. Cuando se trata de jubilaciones, la tasa de la CSG es del 4,35%, en función de un aumento del 0,4% al aplicar la Ley de 13 de agosto de 2004 de reforma del Seguro de enfermedad.

Desde 1996 el incremento anual de los gastos del seguro de enfermedad, conocido como "Objetivo nacional de gastos de seguro de enfermedad" (*Objectif national de dépenses d'assurance maladie*, ONDAM), es votado por el Parlamento en el marco de la Ley de financiación de la Seguridad social. Este ONDAM corresponde a los gastos del seguro de enfermedad previstos para el año siguiente, y cubre el conjunto de las prestaciones en forma de atenciones en ambulatorios y hospitales, así como en especie (subsidios). Este procedimiento democrático cede el protagonismo a los informes periciales y al debate. Pero, como ninguna medida concreta o efectiva limita a los actores del sistema sanitario a ese objetivo, el ONDAM es rebasado sistemáticamente (tabla 1). El riesgo es que este instrumento, a la vez técnico y político, al final pierda credibilidad y se convierta en un mero indicador del fracaso en el control de costes, en lugar de ser lo que se había supuesto: el instrumento para un pilotaje efectivo (3).

A pesar de las diferentes medidas tomadas al cabo de diez años, en vísperas de la presentación de los Presupuestos generales del Estado por el Primer ministro el 28 de septiembre de 2005, las previsiones del déficit del Seguro de enfermedad son poco optimistas. En el mejor de los casos se pretende reducirlo al nivel de 2004, que alcanzó los 11.600 millones de euros; es decir, el doble que en 1995 (figura 1). Pero el margen de maniobra de los poderes públicos se ha reducido. En efecto, la reforma de 2004 del Seguro de enfermedad ya ha pedido mucho a los asegurados sociales. La ya mencionada participación a tanto alzado de un euro por consulta o acto médico, el aumento del costo fijo por día de ingreso en un hospital, la ampliación de la base de la CSG para ciertas rentas y, todavía más, el aumento de los honorarios de los médicos especialistas han sido otros tantos esfuerzos que se han exigido a los asegurados. El Gobierno vigila de cerca los medicamentos, de los que los franceses hacen un gran consumo

Tabla 1. "Objetivo nacional de gastos de Seguro de enfermedad" (ONDAM). Diferencia entre lo "previsto" y lo "real" (%).

Año	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ONDAM previsto	1,7	2,4	1,0	2,9	2,6	4,0	5,3	4,0
ONDAM real	1,5	4,0	2,6	5,6	5,6	7,2	6,4	5,2

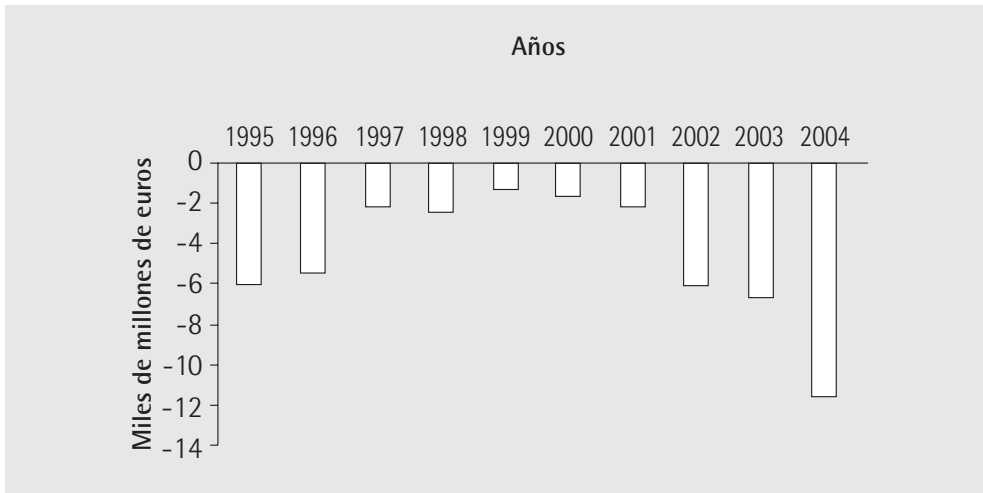


Figura 1. Déficit del Seguro de enfermedad entre 1995 y 2004, en miles de millones de euros (Fuente: CNAM).

(una receta en Francia consta de 4,5 medicamentos por término medio, frente a 0,8 en los países del norte de Europa). De ahí que pueda solicitarse a las empresas farmacéuticas que contribuyan a la reducción del déficit. Además, el Gobierno y las cajas de seguro de enfermedad piden a los médicos que se impliquen en pro de la reforma de tal seguro; algo que, ciertamente, no ha sido el caso y ello a pesar del aumento de los honorarios de los que se han beneficiado desde 2002.

Un sistema de salud marcado por las necesarias transformaciones estructurales

En la mayor parte de los países europeos ya se han producido reformas estructurales inspiradas en una filosofía política denominada "Nueva gestión pública" (*Nouveau management publique*, NMP). En Francia tal filosofía se ha traducido en la investigación del control de los costes colectivos, adaptando los gastos a las necesidades y desarrollando la concertación para favorecer la consecución de tal objetivo. Así, la reforma del seguro de enfermedad acometida durante el verano de 2004 ha unificado la regulación y la financiación bajo los auspicios de un "Alto consejo para el futuro del Seguro de enfermedad" (*Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*). Es decir, se trata de racionalizar sin racionar. Asimismo, se trata también de disminuir las desigualdades regionales y sociales sin limitar demasiado la autonomía de los actores, simbolizada particularmente en la libre elección de médico y la libre prescripción.

La organización del sistema de salud francés tiene un carácter dicotómico: el sector ambulatorio y el hospitalario; el sector público y el privado; el sector sanitario y el social... y la lista no es exhaustiva. En otras palabras, los métodos de regulación y de financiación son diferentes. Es más, la falta de coordinación entre los diferentes servicios constituye uno de los puntos flacos del sistema de salud francés y ello a pesar de que durante la última década se han hecho grandes esfuerzos para paliar las consecuencias de esa doble organización.

Después de haber recordado algunas características del sistema, presentaremos a continuación las transformaciones que son necesarias.

Cuidados ambulatorios: del libre acceso al “trayecto de cuidados coordinados”

Las atenciones ambulatorias son provistas por la práctica “liberal o privada”, que ofrece cuidados médicos dispensados por médicos generales o por especialistas.

De acuerdo con la llamada “Carta médica”¹ de 1927, la “medicina liberal” descansa sobre los siguientes principios: libertad de instalación, libertad de prescripción, libertad del paciente para elegir médico, y libertad de negociación de tarifas. Tan sólo este último principio ha sido limitado en términos de negociación individual. En efecto, desde 1971 las tarifas son establecidas mediante negociaciones entre los sindicatos médicos y los regímenes del seguro de enfermedad bajo la supervisión del Estado.

Alrededor de las dos terceras partes de los médicos tienen práctica individual. El resto trabajan en grupos de pequeñas dimensiones. Los médicos que han firmado un convenio con el seguro de enfermedad son remunerados en el acto en función de tarifas definidas a nivel nacional sobre la base de una “Clasificación común de las prestaciones médicas” (*Classification commune des actes médicaux*, CCAM). Ésta ha sido creada en 2004 y sustituye al “Nomenclátor general de actos profesionales” (*Nomenclature générale des actes professionnels*, NGAP), en vigor hasta entonces. Al aceptar la escala de tarifas determinadas mediante negociación, los médicos pertenecientes al “sector I” se benefician de la obtención de ciertas ventajas acordadas por el régimen del seguro de enfermedad que paga sus contribuciones sociales (4). Hace, aproximadamente, una década, entre 1993 y 1997, se incorporaron limitaciones para controlar los gastos sanitarios en los acuerdos con el seguro de enfermedad. Asimismo, ese control se ha acompañado de la puesta a punto de normas de buenas prácticas, conocidas como *Références médicales opposables* (RMO), y que impiden la utilización de determinados procedimientos médicos, pruebas clínicas o medicamentos. Estas RMO han sido

¹ Nota de la Redacción (N. de la R.). Se refiere a la declaración firmada por los sindicatos médicos franceses (*Union des syndicats médicaux de France*, USMF) el 30 de noviembre de 1927, donde se asentaban los principios sobre los que descansa la práctica médica en Francia y que se conoce como *Charte médicale* de 1927.

Tabla 2. Profesiones sanitarias. Densidad por 100.000 habitantes.

Profesiones sanitarias	1970	1980	1994	2002
Total de médicos	124	194	321	338
Médicos generales	n.d.	122	163	177
Médicos especialistas	n.d.	72	158	161
Total de enfermeras	n.d.	457	576	690
Enfermeras liberales	n.d.	42	77	98
Total de cirujanos dentistas	n.d.	56	68	68
Total de masajistas-quinesioterapeutas	n.d.	64	76	93
Masajistas-quinesioterapeutas liberales	n.d.	50	58	73
Total de farmacéuticos	n.d.	68	96	104

n.d., no disponible. Fuente: Éco-Santé France, 2004.

promulgadas por la "Agencia nacional de acreditación y evaluación en salud" (*Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé*, ANAES), convertida en la "Alta autoridad en salud" (*Haute autorité de santé*, HAS) según la Ley de 13 de agosto de 2004.

El sistema de salud francés tiene que hacer frente a una densidad de médicos bastante elevada, 338 por cada 100.000 habitantes en 2002 (tabla 2), de los que alrededor del 60% practican la medicina de manera "liberal". Esa densidad enmascara el contraste que existe entre el norte y el sur de Francia, por ejemplo, hay 220 médicos en la región de Picardía, frente a 410 en Provenza-Alpes-Costa Azul. Además, esa diferencia es mayor con respecto a los especialistas, cuyas proporciones por 100.000 habitantes se cifran en 100 y 210, respectivamente. Esta desigual distribución en la oferta de atención afecta también a los servicios hospitalarios (véase más adelante).

En Francia, a pesar de que se practica una medicina liberal, no existe competencia en los precios². Sin embargo, en 1980, debido a la presión ejercida por ciertos médicos, el Gobierno creó el denominado "sector II" de tarifas médicas para aquellos profesionales que quisieran

² N. de la R. En Francia, la mayoría de los médicos ejercen como profesionales liberales (*médecins libéraux*), esto es, en su propia consulta, si bien, en principio, están obligados (*conventionnés*) a respetar el acuerdo (*convention*) de cobrar a sus pacientes unos honorarios que están fijados de antemano, merced a un pacto entre el sindicato médico (USMF) y las aseguradoras o cajas de salud (*caisses d'assurance maladie*). Los médicos que se acogen a este esquema remunerativo pertenecen al llamado "sector I" (*secteur I*) de tarifas médicas. Por el contrario, aquellos otros que deciden establecer sus honorarios profesionales según su criterio (*non conventionnés*) están adscritos al "sector II" (*secteur II*).

disfrutar de cierta libertad con respecto al convenio existente con el seguro de enfermedad. Como consecuencia de ello, los médicos acogidos a este sector están autorizados a disfrutar de unos honorarios superiores, hasta un 50% por término medio, a los pactados con las aseguradoras. La porción de sus tarifas que excede los honorarios convenidos es pagada por los propios pacientes o sus seguros complementarios. En 2003, el 38% de los especialistas estaban incorporados al "sector II", en su gran mayoría asentados en la región de París y en el sur de Francia, frente a tan sólo el 15% de los médicos generales. Si bien es cierto que los médicos acogidos al "sector II" pagan contribuciones sociales más altas que sus colegas del "sector I", también lo es que sus ingresos son más elevados.

En general, las rentas de los médicos son muy distintas, en gran medida por la diversidad de las especialidades, y han aumentado a lo largo de los últimos veinte años. Así, en 2002 la renta media anual de los médicos con ejercicio en la "medicina liberal" era de 55.000 euros para los generalistas, 100.000 para los cardiólogos y 200.000 para los radiólogos (5).

Precisamente, en julio de 2005 el sistema de salud francés tenía la particularidad de ofrecer un acceso libre a los cuidados, sin hacer distinción entre atenciones primarias o secundarias. Los pacientes que necesitaban atención podían elegir el médico a quien consultar y, asimismo, podían dirigirse directamente a un especialista que tuviera práctica liberal o ejerciera en un hospital. Tan sólo un pequeño porcentaje de médicos generales desempeñaba el papel de médico de referencia que había sido introducido en 1996 por el Plan Juppé.

La puesta en marcha de la reforma del seguro de enfermedad desarrollada en la Ley de 13 de agosto de 2004 vino a modificar el panorama al incorporar el denominado "trayecto de atenciones continuadas" (*parcours des soins coordonnés*), en el que se incluye un "médico de cabecera". Este médico, que con frecuencia es un médico general, remite al paciente a un especialista y éste debe facilitarle un informe después de la visita. Este sistema coordinado se extiende a todos los pacientes de más de dieciséis años que no estén afectados por una enfermedad crónica de los denominados "Padecimientos crónicos de larga duración" (*Affection de longue durée*, ALD). Ciertas especialidades, como la ginecología, la oftalmología y la psiquiatría, están excluidas del trayecto de atenciones continuadas.

Los usuarios beneficiarios del seguro obligatorio de enfermedad que no respeten el escalón del médico de cabecera y accedan sin referencia a un especialista, deberán pagar más cara esa consulta y el ticket moderador será más alto. Además, el especialista está autorizado a facturar la consulta a un precio superior en un 17,5% sobre la tarifa base. De tal manera, por una consulta a un especialista cuya tarifa base es 25 euros, el aumento puede ser de 7 euros, lo que significa 32 euros. Sin embargo, no se modifica el reembolso por el seguro de enfermedad y los seguros complementarios tampoco cubren la diferencia. Aún más, a partir de enero de 2006 el reembolso corre el riesgo de disminuir para los pacientes que rechacen los seguros de atención médica coordinados. Es difícil saber qué porcentajes de reembolso serán aplicados entonces, ya que están discutiéndose en la actualidad, y qué porcentaje de reembolso del sobrecosto podrá ser aceptado o no por los seguros complementarios.

En cualquier caso, algunos se preguntan qué efectos tendrá esa disposición en un país en el que los especialistas son, a la vez, tan numerosos (tabla 2) y con frecuencia mejor considerados que los médicos generales. Los problemas en éste y otros contextos persisten, y suponen una dificultad a la hora de conseguir los resultados esperados. Así, en Gran Bretaña, donde ese principio se aplica desde siempre, los médicos generales a la vez que menos numerosos, son considerados los únicos soportes del National Health Service (3).

La atención hospitalaria: objetivo de la racionalización y tendencia a la convergencia de los sectores público y privado en un contexto de regionalización

Una vez que hayamos descrito la estructuración de la oferta de cuidados hospitalarios, pasaremos a recordar las principales transformaciones que han conocido desde mediados de los años noventa.

En Francia existen dos grandes categorías de hospitales en función de sus estatutos: hospitales públicos y hospitales privados. Dentro de éstos se distingue entre: hospitales privados con fines lucrativos, a menudo conocidos como "clínicas", y hospitales privados sin ánimo de lucro, pertenecientes a fundaciones, mutualidades y congregaciones religiosas.

Asimismo, un cierto número de estos hospitales privados sin ánimo de lucro participan en el servicio hospitalario público, y de hecho son denominados hospitales PSPH (*Hôpitaux participant au service public hospitalier*). Dado que estos hospitales han sido financiados hasta 2004 por los Presupuestos Generales, igual que los hospitales públicos, con frecuencia han sido agrupados con ellos.

Los hospitales privados con fines lucrativos estaban financiados sobre la base de los precios de las estancias, habiéndose incluido desde 1992 tal financiación en el llamado "Objetivo cuantificado nacional" (*Objetif quantifié national*, OQN) que definió el monto provisional de gastos de seguro de enfermedad a repartir entre las clínicas (hospitales) privadas. Desde 1996 ese objetivo ha sido incorporado al ONDAM y se ha regionalizado.

Por tanto, si se mantienen las formas de financiación (tanto si ocurriera ahora como si ello fuera más adelante), dos grandes categorías de establecimientos sanitarios se reparten la oferta de cuidados hospitalarios: los hospitales públicos y los hospitales privados con ánimo de lucro. Estos últimos representan aproximadamente la tercera parte de los centros de hospitalización y también de las admisiones; además, aunque totalizan más de la cuarta parte del conjunto de camas, en ciertas especialidades tal proporción alcanza el 45%, como en cirugía, y más del 30% en ginecología. Estas clínicas están especializadas y cubren el 50% de la actividad quirúrgica y de medicina ambulatoria. Su cuota de mercado puede alcanzar hasta el 80% en la cirugía de catarata, y más del 60% de las estancias por cirugía del aparato digestivo (apendicectomías, colecistectomías o herniorrafias). Es decir, en su mayoría actos quirúrgicos menores (1).

Los hospitales públicos virtualmente poseen el monopolio de los tratamientos en urgencias, la atención psiquiátrica y la investigación, ello en función de sus prerrogativas institucionales. En la práctica también deben hacerse cargo de la acogida y los tratamientos de los ancianos y personas socialmente vulnerables. Además, estos hospitales públicos cubren la mayor parte de la cirugía mayor y las intervenciones en las que la vida corre peligro como consecuencia de accidentes en la vía pública o las tentativas de suicidio, por ejemplo. Por último, cubren las tres cuartas partes de las cargas debidas a pacientes precisados de tratamientos continuados y de readaptación, y los cuidados de larga duración.

Así pues, el sistema hospitalario francés es una mezcla de sector público y sector privado que en parte actúan según los principios del mercado. En algunos casos ello conduce a la selección de los pacientes por parte de las clínicas privadas, que pueden transferir a los hospitales públicos a los que están en muy malas condiciones.

Las diferentes formas de financiación han llevado a una segmentación del mercado en función del tipo de cuidados, y no por la competencia en los precios. Tal división se ha acrecentado a medida que ha ido desarrollándose el proceso de reestructuración de los hospitales; un proceso que, especialmente a través de las fusiones o mediante el bloqueo de camas, ha sido más importante en el sector privado que en el público.

Por lo demás, como en la mayor parte de los países de la Unión Europea, el número de camas por cada mil habitantes ha ido disminuyendo de forma regular a lo largo de los dos últimos decenios, a la vez que la duración de la estancia media ha seguido la misma tendencia y el número de admisiones hospitalarias (tabla 3) ha aumentado.

En el plano interregional, el sistema de salud francés se caracteriza por una oferta de servicios cuyo reparto a comienzos de los años 2000 todavía está marcado por importantes dife-

Tabla 3. Actividades de los hospitales en Francia 1975-2001.

	1975	1980	1997	2001
Hospitales: total de estancias				
Número de camas por 1.000 hab.	10,6	9,7	8,5	8,0
Número de admisiones por 1.000 hab.	168	232	230	212
Duración media de las estancias (días)	19	12,3	11	11
Hospitales: estancias de corta duración				
Número de camas por 1.000 hab.	6,3	5,2	4,3	4,0
Número de admisiones por 1.000 hab.	154	209	204	188
Duración media de las estancias (días)	11,9	7	5,9	5,7

Fuente: Éco-Santé France, 2004.

rencias. Los procesos históricos de decisión, aun pudiendo ir unidos a los avatares políticos y económicos, con frecuencia están en el origen de las opciones de implantación de los servicios, del reparto entre los sectores público y privado, del desarrollo de ciertas profesiones o de prácticas contractuales. Si nos referimos a los servicios ofrecidos para cuidados agudos se constata la persistencia de diferencias tanto intra como interregionales. Así, en 2001, mientras que el número medio de camas de corta estancia era cuatro por cada mil habitantes en toda Francia, sólo era de 3,5 en Poitou-Charentes y más de 4,5 en Limusin. A su vez, la región de La Isla de Francia se hallaba en el nivel medio con cuatro camas por cada mil habitantes. Mientras tanto, el departamento del Valle del Marne sólo disponía de 2,4 camas cuando París contaba con nueve. Más aún, estas disparidades en la oferta de cuidados hospitalarios a menudo coinciden con las diferencias en la oferta de cuidados ambulatorios descritas más arriba.

Para paliar las limitaciones del sistema, y en particular en lo referente a las desigualdades, se han llevado a cabo esfuerzos para la racionalización de la oferta de cuidados hospitalarios que han ido acompañando al proceso de regionalización. Así, en 1991, surgieron los "Esquemas regionales de organización sanitaria" (*Schémas régionaux d'organisation sanitaire*, SROS) que, con una duración de cinco años, fueron concebidos para acercar la oferta de los cuidados a las necesidades de salud. A través de este ejercicio de planificación regional se ha tratado de hacer partícipes del objetivo de la racionalización a un número creciente de asociados.

En el terreno hospitalario esta regionalización se reforzó en 1996 mediante la creación de las "Agencias regionales de hospitalización" (*Agences régionales de l'hospitalisation*, ARH). Éstas son las protagonistas esenciales del sistema de regulación de la política hospitalaria con la intención de repartir mejor los recursos entre las regiones, así como en el interior de ellas. En efecto, por las ARH pasa la mayor parte de los recursos concedidos a las instituciones sanitarias.

Sin embargo, la medida más importante que afecta a los hospitales ha sido, sin duda, la anunciada en el plan "Hospital 2007". Presentado en noviembre de 2002, este plan tiene como principal objetivo reactivar la política de inversiones hospitalarias y corregir las desigualdades, tanto en el aspecto de construcción como de equipamientos. Integrados en los "Contratos de objetivos y de medios" (*Contrats d'objectifs et de moyens*, COM) y firmados por cada institución y "su" ARH, estas operaciones inmobiliarias son facilitadas por las "alianzas entre el sector público y privado" (*Public-Private Partnerships*, PPP).

Merced a esa colaboración, la convergencia entre los sectores privado y público ha echado a andar. El paso a la "tarificación por actividad", o financiación basada en el *case-mix*, representa una de las innovaciones en la política hospitalaria. Así, se ha previsto que esta forma de fijación de tarifas sea la base de un nuevo procedimiento de asignación de recursos para los centros sanitarios públicos y privados. Tal sistema combina financiación por patología con remuneración por acto. Además, queda un espacio para las "Misiones de interés general",

siempre reacias a cualquier remuneración por acto: investigación, servicios de urgencias, redes, etcétera, y cuya ubicación será decidida de acuerdo con las ARH.

Esta reforma pretende reducir las grandes desigualdades en los recursos que existen entre instituciones con actividades equiparables. Debería haber estado finalizada en 2005 en el campo privado y en 2008 en el público, a la vez que debía ir acompañada de una reorganización interna: a los servicios médicos existentes vendrían a sumarse los llamados "polos de actividad", con orientación gerencial/empresarial. El hospital ha llevado a cabo así su revolución bajo la etiqueta de la "Nueva gestión pública" (3).

Desde esta perspectiva, el Decreto de 4 de septiembre de 2003 ("que sostiene la simplificación de la organización y el funcionamiento del sistema de salud") simplifica las disposiciones sobre planificación y cooperación sanitaria. Se trata de un sistema más flexible y más evolucionado en el contexto del refuerzo de la regionalización en la aplicación de la política de oferta de cuidados. El "Esquema regional de organización sanitaria", conocido como de "tercera generación", se convierte en el único instrumento de organización. Pasa a integrar a la psiquiatría, que previamente estaba separada, y tiene en cuenta las necesidades del conjunto de la población. Se propone fijar los cambios necesarios en la oferta de cuidados preventivos, curativos y paliativos para responder a las necesidades tanto en salud física como mental. Bajo una óptica de optimización de los recursos, pretende la articulación de las capacidades de las instituciones sanitarias con la medicina estrictamente privada en las ciudades y la oferta de cuidados del sector social y sociosanitario (6).

Finalmente, el sistema de salud conoce una última y significativa evolución marcada por los procesos de acreditación de los servicios y los procedimientos, con la intención de mejorar la calidad de la atención. Aplicada, en primer lugar, al hospital por la ANAES, la acreditación se ha extendido a todo el sistema. Recientemente, el consejo de administración de la "Caja nacional del seguro de enfermedad" (*Caisse nationale d'assurance maladie*, CNAM) ha pedido incorporar un sistema de seguro de calidad para los cuidados ambulatorios y las redes de cuidados dependientes de varios gestores. Incluso, las compañías privadas de seguros ya han desarrollado métodos de evaluación de la calidad. Así, con la regionalización del sistema francés de salud, la evaluación y la gestión de la calidad están a punto de proporcionar una nueva dinámica al sistema, cuyas iniciativas en términos de reforma se han aplicado durante mucho tiempo al control de los costes sin haber sido realmente eficaces. Esta tendencia se ha visto confirmada por la creación de la "Alta autoridad en salud" (*Haute autorité de santé*, HAS), por la Ley del 13 de agosto de 2004, que reforma el seguro de enfermedad. La HAS sustituye a la ANAES y extiende su acción a todo el espectro de prácticas médicas, definiendo guías maestras de actuación (*guidelines*) y creando procesos de evaluación basados en una amplia escala de parámetros.

A pesar de la positiva evolución de la organización de los servicios de salud, los profesionales sanitarios, y en particular los de los hospitales, se quejan de la creciente presión que se ejerce sobre ellos. Los apremios en el trabajo derivados de la implantación de la jornada semanal

de 35 horas, el control del rendimiento y la falta de medios, tanto financieros como de recursos humanos, son invocados y reflejan cierto malestar por parte de los profesionales sanitarios. Éstos pueden experimentar cierta nostalgia por las condiciones de trabajo de otra época, cuando las relaciones humanas con los pacientes eran lo primero, mientras que los cambios a los que se han visto sometidos les obligan a intervenciones que, sobre todo, son consideradas técnicas. Los estudios en curso sobre el absentismo en el medio hospitalario parecen traducir esas dificultades de adaptación de los profesionales a un entorno turbador. En Francia, la escasa asociación de los profesionales, que al definir las reformas fueron denominados como de "a pie de obra", puede significar un obstáculo real para su implicación en el desarrollo de esas reformas.

Naturalmente, estos elementos no excluyen otros factores que pueden depender de la resistencia a los cambios en un sistema que durante mucho tiempo ha descansado, y aún lo hace, sobre ciertos corporativismos. Como en otros países, en Francia el cuerpo médico juega un importante papel en la puesta en marcha de las políticas. En este caso ha podido oponerse a ciertas transformaciones y bloquear la aplicación de reformas, como fue el caso de la limitación de gastos propuesta por el Plan Juppé. El fracaso de la implantación del "médico de referencia" en el marco de ese Plan deriva de esa lógica. El desarrollo de la figura del "médico de cabecera", como ya hemos dicho antes también corre el riesgo de tropezar con dificultades, puesto que los médicos no están realmente motivados para participar en la reforma actual del seguro de enfermedad.

Efectos del sistema sobre la salud de la población: avances para paliar las desigualdades y las injusticias

La búsqueda de la igualdad en la asignación regional de los recursos, intensificada por la reforma Juppé, sigue siendo un asunto de actualidad. La infradotación de ciertas regiones del Norte de Francia, junto con un entorno socioeconómico difícil, ha podido tener consecuencias sobre el estado de salud de la población. En 1998 esas regiones se caracterizaban por índices comparados de mortalidad para los hombres superiores al resto de Francia. Tal exceso de mortalidad masculina era del 35% en Norte-Paso de Calais y del 18% en Picardía. Sin embargo, las desigualdades sociales y geográficas en Francia en términos de prevención son más importantes que las concernientes al acceso a los cuidados. En virtud del principio de equidad se trata, pues, de conceder más recursos a las regiones desfavorecidas social y económicamente.

La Organización Mundial de la Salud considera que la mejora de la salud de la población y la reducción de las desigualdades en esa materia son las dos metas fundamentales a cuyo alrededor se articulan los resultados de los sistemas de salud. Con respecto al primer punto es indiscutible que Francia ha visto, a través de indicadores como el de la esperanza de vida al nacer, que se han hecho progresos; incluso aunque perduren situaciones de contraste. Así, con

una esperanza de vida de 83 años para las mujeres en 2002, frente a 75,9 en 1970, Francia se sitúa en el segundo lugar entre los países con un nivel de desarrollo económico comparable, justo después de Japón.

Sin embargo, existen importantes diferencias en cuanto a la esperanza de vida. La primera está ligada al sexo, ya que los hombres viven menos por término medio (75,5 años en 2002). Una segunda fuente de diferencias reside en las condiciones socioeconómicas. En efecto, los factores de riesgo son mucho más frecuentes entre las categorías sociales menos favorecidas y se agravan cuando la familia se halla en condiciones precarias. La mortalidad de los obreros a consecuencia del alcoholismo y sus enfermedades asociadas (cánceres de vías respiratorias y digestivas) es diez veces mayor que la de los mandos/ejecutivos. "Este factor multiplicador es de tres a cuatro para los cánceres de pulmón o los accidentes cerebrovasculares" y la distancia tiende a ahondarse, ya que la mortalidad media disminuye (7).

La persistencia de esos factores de riesgo a menudo se suma a un acceso tardío al sistema de cuidados, bien por falta de información o bien por falta de medios. Reducir las desigualdades consiste aquí en facilitar el acceso de los más desfavorecidos a los cuidados. Desde este punto de vista la "Cobertura médica universal", que organiza el pago directo de los gastos por enfermedad y la casi gratuidad para los más pobres, es un auténtico progreso social y médico.

No obstante, las desigualdades en salud no han sido objeto de una preocupación pública explícita hasta mediados los años noventa, a diferencia de otros países como el Reino Unido. La Ley de 9 de agosto de 2004 tiene como objetivo mejorar la salud de la población. La reducción del peso de las enfermedades y de la mortalidad prematura (referida a las muertes antes de los 65 años) tanto a nivel individual como colectivo, constituye una de las orientaciones capitales de esta Ley. Se ha concedido la mayor importancia a la morbilidad y a sus efectos sobre la calidad de vida.

Comentario final

En su conjunto, el sistema de salud francés todavía está administrado generosamente; se trata de un sistema eficaz que se ha perfeccionado en términos de productividad, calidad y equidad a lo largo de la última década, aunque aún queda trabajo por hacer. No obstante, todo intento para eliminar de forma radical los costes suplementarios y el despilfarro de los recursos ha fracasado, como si el sistema de salud francés hubiera dependido históricamente (*path dependent*) de aquellos que se benefician de que se perpetúe la situación.

Asimismo, la concertación que acompaña al proceso de racionalización del sistema de salud francés se ha acelerado. Ello se caracteriza por una armonización de la regulación y la voluntad de reducir las desigualdades, basándose en el conocimiento creciente de las necesidades en salud pública. Pero esta política se desarrolla en un contexto en el que aumentan los gastos en salud, en especial la parte sufragada por los usuarios.

Bibliografía

1. Sandier S, Paris V, Polton D. Health care in transition - France, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2004 (disponible en: www.observatory.dk)
2. Guillemard AM. La vieillesse et l'Etat. Paris: PUF. 1980.
3. Bellanger MM y Mossé P. Santé, les grandes tendances, en L'état de la France. Paris: Editions la Découverte. 2005, 78-79 y 85.
4. Poulhier JP y Sandier S. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2000; 25: 899-906.
5. Bellanger MM y Mossé P. The search for the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting mechanisms in the French health care system. Health Economics. 2005 14.
6. Haut Conseil pour l'Assurance maladie. Rapport sous la présidence de M Fragonard, Paris, 2004.
7. de Kervasoué J (ed.). Le Carnet de santé de la France. Paris: Dunod, 2003. (Véase sobre todo: Garros B y Rodrigues JM. Regard sur la santé des Français.)