



## LA ATENCIÓN PRIMARIA FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

# La atención primaria en Francia



T. Sánchez-Sagrado

*Cabinet medical Dr. T. Sanchez, Neussargues-Moissac, Francia*

Recibido el 25 de mayo de 2015; aceptado el 9 de julio de 2015  
Disponible en Internet el 21 de agosto de 2015

### PALABRAS CLAVE

Atención primaria;  
Sistemas sanitarios;  
Organización

**Resumen** La inadecuada planificación de los profesionales sanitarios en España ha promovido un éxodo de médicos fuera de nuestras fronteras. Francia es uno de los países elegidos por los médicos españoles para desarrollar su actividad profesional.

El sistema de salud francés pertenece al modelo bismarkiano. En este modelo los servicios sanitarios están financiados por cuotas de trabajadores y empresarios. El derecho a la asistencia sanitaria está ligado al trabajo y la provisión de servicios se realiza a través de aseguradoras privadas supervisadas por el estado. La atención primaria en Francia es muy diferente a la española. Los médicos generalistas son profesionales liberales que se instalan en cualquier parte del territorio. Esta falta de regulación de la instalación de los médicos a nivel estatal ha generado un grave problema de desertificación médica con problemas graves de acceso y desigualdades sanitarias. Los médicos franceses no se instalan en zonas rurales o en áreas periféricas de grandes ciudades porque «no son rentables».

El salario médico está ligado a la actividad profesional. Su función es principalmente curativa y no existe el trabajo en equipo ni coordinación entre atención primaria y atención especializada. El acceso a pruebas diagnósticas, especialistas y hospitales es ilimitado, lo que genera duplicidad de servicios, graves efectos adversos para los pacientes e ineficiencias en el sistema. El paciente elige libremente al profesional sanitario y todas las consultas y estancias hospitalarias están sujetas a un copago.

Se requieren 2 años de formación para convertirse en especialista. A partir de ese momento la formación médica continuada es obligatoria, pero apenas existe control.

El sistema francés, calificado en el año 2000 por la OMS como el mejor sistema de salud del mundo, no lo es tanto. Aunque la atención primaria en España es mejorable, a Francia le queda todavía mucho camino por recorrer. . .

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: [teresa.sagrado@gmail.com](mailto:teresa.sagrado@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.004>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Primary care;  
Health care systems;  
Organization

**Primary care in France**

**Abstract** The poor planning of health care professionals in Spain has led to an exodus of doctors leaving the country. France is one of the chosen countries for Spanish doctors to develop their professional career.

The French health care system belongs to the Bismarck model. In this model, health care system is financed jointly by workers and employers through payroll deduction. The right to health care is linked to the job, and provision of services is done by sickness-funds controlled by the Government. Primary care in France is quite different from Spanish primary care. General practitioners are independent workers who have the right to set up a practice anywhere in France. This lack of regulation has generated a great problem of "medical desertification" with problems of health care access and inequalities in health. French doctors do not want to work in rural areas or outside cities because "they are not value for money".

Medical salary is linked to professional activity. The role of doctors is to give punctual care. Team work team does not exist, and coordination between primary and secondary care is lacking. Access to diagnostic tests, hospitals and specialists is unlimited. Duplicity of services, adverse events and inefficiencies are the norm. Patients can freely choose their doctor, and they have a co-payment for visits and hospital care settings.

Two years training is required to become a general practitioner. After that, continuing medical education is compulsory, but it is not regulated.

Although the French medical Health System was named by the WHO in 2000 as the best health care system in the world, is it not that good. While primary care in Spain has room for improvement, there is a long way for France to be like Spain.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Un sistema bismarkiano con tendencia a sistema nacional de salud

El sistema de salud francés pertenece a los llamados sistemas bismarkianos. El modelo Bismarck nace en el siglo XIX en Alemania. El canciller Bismarck aprobó una serie de medidas sociales entre las que se encontraba la protección de los trabajadores no agrícolas en caso de enfermedad, invalidez y vejez. Las contribuciones de empleados y trabajadores eran recaudadas y administradas por entidades privadas bajo la tutela del Estado para satisfacer las necesidades sociales<sup>1</sup>.

No obstante, en Francia, la tendencia última es la de alcanzar objetivos propios de los servicios nacionales de salud (SNS) o modelo Beveridge<sup>2</sup>. Estos modelos se caracterizan por la universalidad de la asistencia sanitaria y aparecen en Europa después de la Segunda Guerra Mundial. Es precisamente el crack y la desaparición de los fondos de los trabajadores de las entidades privadas durante la guerra lo que genera este otro modelo. En los SNS, «el derecho a la asistencia sanitaria no está ligado a la condición de trabajador sino a la condición de ciudadano». El primero de todos es el National Health Service británico, que nace en Reino Unido en 1948 gracias a W. H. Beveridge. En España, el SNS se implanta en 1996 con la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986<sup>3</sup> y se modifica en 2012 con el Real Decreto-Ley 1192/2012<sup>4</sup>, que lo reconvierte en bismarkiano. La universalidad deja de ser un derecho de los ciudadanos y pasa a convertirse en un derecho de los trabajadores. La realidad es más compleja, pero no es el tema que nos ocupa hoy.

El derecho a la asistencia sanitaria en Francia está ligado a la condición de trabajador –sistema bismarkiano–, pero tiende a la universalidad mediante la existencia de un régimen sanitario regulado por el Gobierno. Este régimen proporciona asistencia sanitaria a personas sin trabajo o con ingresos escasos, a inmigrantes, a estudiantes y a ciudadanos con tarjeta sanitaria europea. Los extranjeros no pertenecientes a la Unión Europea y los inmigrantes irregulares solo tienen derecho a asistencia sanitaria urgente. En 2014, el 92% de la población tenía derecho a asistencia sanitaria.

## La atención primaria y el sistema sanitario: provisión de servicios, financiación, libertad de elección, salarios. . .

La provisión de servicios sanitarios la realizan indistintamente hospitales y profesionales privados o públicos. Hay 3 regímenes aseguradores principales: la *Mutualité Sociale Agricole*, el *Régime Social des Indépendants* y la *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (CPAM). La inscripción a uno de ellos es obligatoria y está ligada al trabajo. Las personas sin trabajo tienen asegurada la asistencia sanitaria a través de un régimen especial, la *Couverture Maladie Universelle*, dependiente de la CPAM desde 2009.

En 2012 el gasto público del sistema sanitario francés fue el 77% del coste total del gasto sanitario (9% del PIB). El 64% fue financiado por contribuciones de trabajadores y empresarios y el 16% a través de impuestos especiales exclusivos para la sanidad. Un 12% lo financiaron aseguradoras privadas

y el 8% restante fue costado por el propio paciente. No existe un presupuesto específico para atención primaria (AP).

La AP no es la puerta de entrada al sistema sanitario, como en España o el Reino Unido. El paciente tiene libertad para elegir el médico por el que desea ser tratado, especialista o generalista. No es obligatorio estar inscrito con un médico, aunque en el momento actual la falta de inscripción está sujeta a penalizaciones.

La AP está descentralizada. En Francia existen 92.000 médicos de AP, un 49% del total de los profesionales. La mayor parte de los generalistas, un 68%, desarrollan su actividad como profesionales liberales y trabajan de forma aislada. El médico generalista puede instalarse en cualquier zona de Francia (no existen restricciones como en el Reino Unido, Alemania o Austria). Esta falta de regulación de la instalación de profesionales ha generado un grave problema de «desertización médica» que se ha agudizado en la última *década*. La escasez de profesionales en las zonas rurales y en los barrios periféricos de las grandes ciudades y el exceso de médicos en zonas atractivas como la Costa Azul o zonas con población clase media-alta en las ciudades constituye un problema importante de desigualdad en el acceso y en la oferta de servicios sanitarios para la población que vive en Francia. Desde el año 2010 existe una tendencia a la agrupación de profesionales en las llamadas *maisons de santé* o *centres médicaux*<sup>5</sup>. En estos centros, los profesionales pueden trabajar en grupo o independientemente. Existen diferentes fórmulas asociativas a nivel administrativo. No es posible establecer una comparación entre los centros de salud españoles y los equipos de profesionales sanitarios reunidos en un mismo edificio en las áreas rurales francesas. Es importante resaltar que, en ningún caso, la AP en Francia tiene las características de universalidad, continuidad e integralidad que tiene en España o el Reino Unido<sup>4</sup>.

El salario de un generalista en Francia viene determinado por su actividad. El médico recibe una suma por cada acto médico realizado. En el momento actual esta suma es de 23€ por acto. Las visitas a domicilio llevan un recargo de 10€, al que se añade una cantidad fija por kilómetro de desplazamiento al domicilio. El Gobierno añade la suma de 40€/año por cada paciente crónico registrado en su lista y 5€/año por el resto de pacientes registrados. El número de consultas por paciente/año en Francia es de 4,7 (similar a la media de la Unión Europea), aunque los pacientes pueden consultar a distintos generalistas. En un año, un médico ve de media unos 1.400 pacientes diferentes y realiza unas 5.000 consultas.

En el año 2009 se introdujo la *Rémunération sur Objectives de Santé Publique*<sup>6</sup>, un sistema de puntos similar al que funciona en el Reino Unido: el *Quality and Outcomes Framework*<sup>7</sup>. Un sistema por el cual el *médecin traitant* (MT), o médico de referencia, recibe una cantidad anual por realizar actividades preventivas específicas. Esta cantidad está determinada por el número de pacientes adscritos a la lista del médico (el cupo médico español) y por el registro de 29 indicadores. Estos indicadores están divididos en grupos: 5 dedicados a la organización de la consulta y 24 relacionados con la calidad de la atención médica. El registro de estos datos y su posterior envío al Gobierno no es obligatorio.

La asistencia sanitaria no es gratuita totalmente. El paciente paga por adelantado el precio de la consulta del generalista (sea su MT u otro generalista), que es de 23€, y posteriormente su régimen asegurador se lo reembolsa parcialmente. Este reembolso es de 16,5€, menos 1€ correspondiente al *ticket moderador*. Los niños y las personas con enfermedades crónicas están exentos del pago del *ticket moderador*. La totalidad del coste de la consulta de las personas sin ingresos es pagada al médico por la *Couverture Maladie Universelle* directamente.

### La figura del *médecin traitant* (médico generalista)

En 2004 se introdujo una reforma con incentivos económicos (disminución del copago) para que los adultos mayores de 16 años se registraran con un médico generalista de referencia –*le médecin traitant*–. La introducción de la figura del MT tiene como objetivos principales controlar el gasto, disminuir el *shopping doctor* y facilitar el seguimiento de los pacientes. Una de las medidas adoptadas en esta línea es, por ejemplo, que las visitas a los especialistas que no se realizan con una derivación del MT tienen un precio más alto. Hay algunas especialidades que están exentas de la presentación de esta carta de derivación: Ginecología y Pediatría. El objetivo, poco a poco, se va consiguiendo. Actualmente un 90% de la población está registrada.

La función principal del MT es principalmente curativa. La *Rémunération sur Objectives de Santé Publique* busca la ampliación de las funciones del médico: manejo y seguimiento de las enfermedades crónicas, participación activa en actividades preventivas y un aumento de la eficiencia en la actividad del médico generalista. Existe acceso ilimitado a pruebas diagnósticas y a derivaciones a especialistas y hospitales en todo el territorio francés.

La formación de los médicos de familia se realiza mediante el *diplôme d'études supérieures*. Este diploma consta de una parte teórica con seminarios y grupos de estudios tutorizados y una parte práctica consistente en la realización obligatoria de 6 periodos de prácticas, de 6 meses cada uno, en CS y hospitales. Estas prácticas se realizan en Medicina del Adulto, Ginecología y Pediatría, Urgencias, una consulta/centro médico, un servicio hospitalario y un periodo libre<sup>8</sup>.

Las actividades de formación continuada comenzaron en los años 60 y son obligatorias desde 1996. Sin embargo, solo unos pocos médicos las realizan.

### Atención primaria y atención especializada. Coordinación, historia clínica, cartera de servicios. . .

La historia clínica electrónica comenzó en el año 2008, pero solo un 0,7% de la población dispone de ella. Los médicos utilizan programas informáticos para enviar las facturas electrónicamente y para registrar los datos requeridos por la *Rémunération sur Objectives de Santé Publique*. Existen distintos programas (HELLODOC, MEDICAWIN, FISIMED), pero la mayoría de ellos están enfocados a la gestión económica

de la consulta. La custodia y mantenimiento de la historia clínica no es un requerimiento legal del médico.

La cartera de servicios incluye un paquete mínimo de pruebas diagnósticas y consultas a profesionales. En general, un 75% de la cartera de servicios está financiado por el régimen asegurador del paciente, y otro 25% corre a cargo de una aseguradora complementaria o del propio paciente.

La falta de coordinación entre AP y atención especializada y entre los profesionales es una de las principales debilidades del sistema de salud francés. Simplemente no existe. Esta falta de coordinación conlleva la duplicación de cuidados y la correspondiente elevación del gasto. Además, se producen una mayor cantidad de eventos adversos debido a la falta de seguimiento y a la pobre coordinación de pruebas diagnósticas y tratamientos. Es decir, una calidad de cuidados sanitarios mejorable en eficacia y eficiencia.

La atención continuada de las zonas rurales la realizan los generalistas. Los generalistas cobran 50€/h, independientemente del número de pacientes que vean. La atención continuada se extiende desde las 20:00 a las 24:00 los días de diario, de 12:00 a 24:00 los sábados y de 8:00 a 24:00 los domingos y festivos. En general, los médicos de un determinado territorio se agrupan y realizan la atención continuada por turnos. El acceso a los servicios de urgencias se realiza a través del número de urgencias nacional, el 15. El precio de la consulta de urgencias también es diferente: 42,06€ por las consultas realizadas antes de las 20:00 y 58€ a partir de esta hora y hasta las 24:00.

## Los profesionales de enfermería

Los profesionales de enfermería tienen una forma de trabajo similar a la del MT. Se pueden instalar en cualquier parte del territorio y son profesionales liberales. Sus actividades principales en las zonas rurales consisten en proporcionar los servicios sanitarios en el domicilio del paciente. Los servicios principales son: ayuda a la higiene diaria, toma de TA, medida de la glucemia, inyectables, etc. Su actividad es independiente de la del MT y la relación profesional entre ambos, tal y como la entendemos en España, es inexistente.

## La reforma sanitaria de Marisol Touraine

El pasado 14 de abril de 2015 se votó la modificación de la Ley de Sanidad. El punto principal de la ley, y por el cual los profesionales sanitarios han ido a la huelga y se han manifestado en diferentes ocasiones, reposa sobre la «generalización del *tier-payant*». ¿Qué significa esto?: Marisol Touraine, la ministra de sanidad, quiere universalizar la asistencia sanitaria con la eliminación del copago. ¿Es factible? La respuesta es desconocida. La financiación de este copago no se ha aclarado. En el momento actual, Francia tiene un sistema sanitario en crisis (porque Francia está en un periodo de recesión parecido a aquel en que se encontraba España en el año 2008) y no puede permitirse el lujo de eliminar un copago que ha existido siempre. ¿Quién tiene que financiar este copago?, ¿el paciente, como ha hecho hasta ahora, pero con la obligatoriedad de hacerlo a través de un seguro privado obligatorio?, ¿el estado, que está reduciendo prestaciones porque la financiación no es factible? Además, las aseguradoras que gestionan el cobro y

el pago de la parte complementaria de los servicios sanitarios necesitarían un control estatal para evitar una subida de precios masiva o la selección de pacientes rentables. El tiempo nos dará la respuesta.

La nueva ley no habla de resolver los problemas de desertificación médica. La desigualdad de acceso a los profesionales y a los tratamientos en zonas rurales y zonas marginales de las grandes ciudades no ha recibido respuesta.

## El mejor sistema sanitario del mundo. El informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2000

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud<sup>9</sup> clasificó el sistema de salud francés como el mejor del mundo. A pesar de las críticas publicadas posteriormente debido a la metodología utilizada para la realización del informe, el sistema de salud francés adquirió una gran notoriedad. La realidad dista mucho de la plasmada en aquel informe del año 2000... y aunque el SNS español es mejorable... no hay nada como salir fuera y ver lo que hacen nuestros vecinos para elevar nuestra moral.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiación

No ha existido ninguna financiación.

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Mossialos E, Wenzl M. International profiles of Health Systems, 2014 [consultado 22 Abr 2015]. Disponible en: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802.mossialos.intl\\_profiles\\_2014.v7.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802.mossialos.intl_profiles_2014.v7.pdf)
2. European Observatory on Health Systems and Policies [consultado 22 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.hspm.org/countries/france25062012/livinghit.aspx?Section=1.4%20Health%20status&Type=Section>
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. p. 15207-24.
4. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 186, de 4 de agosto de 2012. p. 55775-86.

5. Questions d'économie de la Santé. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours [consultado 22 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>
6. Ameli.fr. ROSP Médecins traitants [consultado 5 May 2015]. Disponible en: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/index.php>
7. Health & Social Care Information Centre. Quality and outcomes framework [consultado 5 May 2015]. Disponible en: <http://www.hscic.gov.uk/qof>
8. Département de Médecine Générale. Université de Montpellier-Nîmes [consultado 15 May 2015]. Disponible en: <http://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/etudiant/organisation-du-3eme-cycle/>
9. World Health Organization. The World Health Report 2000 [consultado 5 May 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)