
Reformar el sistema francés de salud

Henri Parent

Haute Autorité de Santé. Bon Usage conseil. París. Francia.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” proclama el derecho a la salud. Este derecho se ejercita a través de un sistema de salud.

El sistema francés de salud, a través del seguro de enfermedad, constituye un gran éxito en el plano colectivo, ya que ofrece un acceso amplio e igualitario en la atención sanitaria y ha desempeñado, además de su papel propiamente sanitario, una función importante de cohesión social. Además, el seguro de enfermedad ha permitido el

desarrollo de un sistema sanitario tecnológicamente avanzado con una buena calidad de atención sanitaria.

Los grandes principios del sistema francés de salud

La generalización del seguro de enfermedad a toda la población y la extensión de la cobertura complementaria permiten a prácticamente todos los asegurados franceses, independientemente de su estado de salud, su edad o su nivel de renta, tener un acceso fácil a la atención sanitaria, con un buen nivel de cobertura.

Actualmente, la totalidad de la población está cubierta por el seguro de enfermedad, en la mayor parte de los casos sobre una base profesional o familiar (trabajadores y jubilados, así como sus derechohabientes). Los parados también tienen acceso a la protección social en materia de enfermedad. El seguro universal de asis-

tencia sanitaria permite a los más desfavorecidos contar con una cobertura financiera de la misma.

En el momento de tener que acceder a la atención sanitaria, la mayor parte de las familias sabe que el acceso es sencillo (gracias al pago directo) y que el gasto que en definitiva queda a su cargo es nulo o marginal.

Sin embargo, sigue habiendo problemas. En primer lugar, la existencia de una minoría de personas sin cobertura, que no tienen seguro complementario, plantea un problema social real. Esta minoría se compone sobre todo de familias pobres o modestas, a menudo sin actividad laboral o con una situación laboral precaria.

Además, hay estudios que muestran que la tasa de reembolso de la atención sanitaria en Francia ha disminuido considerablemente a partir de 1983, pasando a ser una de las más bajas, mientras los países escandinavos conservan una tasa de cobertura cercana al 90%.

El carácter universal del seguro de enfermedad permite comportamientos negligentes, incluso laxistas, de consumo y de prescripción. Esto podría explicar por qué en Francia se prescriben entre dos y cuatro veces más analgésicos, antidepresivos y tranqui-

lizantes que en los países vecinos. Además, existen puntos débiles en materia de calidad y de eficiencia de la atención sanitaria.

Finalmente, el sistema de salud francés acapara una parte creciente de la riqueza nacional, lo que reduce los márgenes de maniobra para otras necesidades sociales y plantea la cuestión de la viabilidad financiera del sistema. El hecho de que el gasto del seguro de enfermedad esté creciendo a un ritmo claramente superior al del crecimiento potencial de la economía, es decir, de la masa salarial y las cotizaciones sociales, supone un deterioro que podría poner en peligro los principios de solidaridad y de igualdad que subyacen en nuestro sistema de seguro de enfermedad y su arquitectura misma.

El déficit recurrente del seguro de enfermedad no se puede compensar sistemáticamente mediante un aumento de las cotizaciones o una disminución del porcentaje de cobertura; también debe ir acompañado de reformas estructurales.

El gasto

El gasto sanitario ha aumentado mucho más deprisa que el producto

interior bruto (PIB). La proporción del PIB que supone ha pasado del 7,6% en 1980 a cerca del 10% en 2004.

Los factores más citados para explicar esta dinámica son:

1. La deceleración de la actividad económica.
2. El aumento de la esperanza de vida.
3. La influencia del progreso técnico médico.

Los ingresos

La mayor parte de los ingresos proceden de las cotizaciones y del impuesto de contribución social generalizada (CSG) sobre las rentas procedentes de la actividad. No tienen en cuenta el estado de salud de los asegurados y el número de personas que hay en el hogar, y están muy condicionadas por la evolución del paro (un punto en el paro representa una pérdida de ingresos que puede ir de 600 a 1.200 millones de euros al año).

Las previsiones, contando con que la situación no evolucione, son claras para los próximos años: en caso de un crecimiento del gasto superior a 1,5 puntos de evolución del PIB, el déficit anual pasaría de 29.000 euros en 2010 a 66.000 euros en 2020.

Dada la situación, era indispensable una reforma que el gobierno materializó en la Ley del 13 de agosto de 2004. Se basa en el análisis del *Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie* (HCAAM), que ha demostrado que el margen de maniobra respecto a los gastos e ingresos es limitado, y que hay que desarrollar posibilidades más importantes vinculadas al propio sistema de salud.

La reforma de 2004 ha tratado de responder a esta realidad, lo que ha puesto de relieve que:

1. El seguro de enfermedad debe poder elegir el perímetro de los actos y los productos que reembolsa, y sobre todo hacerlo evolucionar periódicamente.
2. El sistema de atención sanitaria y de reembolso de la misma, por falta de un sistema de evaluación y de procedimientos de buenas prácticas, no está suficientemente orientado hacia la calidad de cara al enfermo.
3. La gestión hospitalaria debe revisarse para reducir las diferencias de coste, tanto en el seno de cada uno de los sectores hospitalarios, públicos y privados, o entre ambos sectores.
4. La oferta de atención sanitaria tiene una distribución muy desigual en el territorio francés y carece de

auténtica organización y de herramientas de gestión.

5. El sistema sanitario no está organizado de forma que se puedan coordinar sistemáticamente todos los medios de los que dispone, situación que se agrava por la compartimentación entre la Atención Primaria y la hospitalaria.

6. La compleja gobernanza del seguro de enfermedad constituye un poderoso factor de ineficacia.

La reforma de 2004

Los principios

El gobierno ha elegido tres ejes para garantizar la viabilidad de los regímenes de seguro de enfermedad y la cohesión social:

- Mejorar la oferta de atención sanitaria y el control medicalizado del gasto sanitario (paso obligatorio por el médico de familia que condiciona los niveles de reembolso, participación de un euro para cada acto y cada consulta, creación de la historia médica personal),
- Implantar una nueva gobernanza del seguro de enfermedad y una clarificación de las responsabilidades.
- Llevar a cabo una reorganización financiera gracias a una organi-

zación más eficiente de la atención sanitaria y a un aumento justo y equilibrado de los ingresos (ampliación de la base de cotización de la CSG para los trabajadores y subida para los jubilados e instauración de nuevos impuestos).

Balance de la reforma

Actualmente, es difícil decir si la reforma Douste-Blazy, que entró en vigor el 1 de enero de 2005, es un fracaso o un éxito, ya que los resultados todavía no son realmente visibles. En cuanto al ramo de enfermedad, los elementos financieros muestran que esta reforma, criticada en algunos aspectos, parece dar fruto en parte. El déficit se ha reducido de 11.600 millones de euros en 2005 a 8.700 millones en 2006.

No obstante, el Tribunal de Cuentas, en su informe de 2007, relativiza la reducción del déficit del régimen general explicando que esta mejora descansa en un aumento importante de la cotización y de los ingresos extraordinarios, más que en una inflexión del gasto que volvió a subir en 2007.

Añade que las rentas de los médicos han crecido sin contrapartida suficiente en materia de control medica-

lizado. Observa que, a pesar de la deceleración del gasto farmacéutico, las recetas en Francia siguen siendo demasiado elevadas con respecto a sus vecinos europeos.

El Tribunal considera asimismo que el gasto hospitalario soportado por el seguro de enfermedad no refleja la realidad del gasto y de los déficits, que a menudo queda oculta.

En cuanto a la gobernanza, el Tribunal observa que “todavía no se ha llegado al equilibrio entre los principales actores”.

En conclusión, el Tribunal de Cuentas considera que “las soluciones actualmente adoptadas no están a la altura de la gravedad de la situación financiera”, y hace un llamamiento a los poderes públicos para que conviertan la reorganización de las cuentas en una prioridad.

El plan de financiación de la Seguridad Social para 2008 trataba de responder a sus recomendaciones.

La Ley de Financiación de la Seguridad Social 2008

Contenido

La Ley de Financiación de la Seguridad Social (LFSS) para 2008 prevé “volver ya en 2008 a un déficit

inferior a 9.000 millones de euros y volver a colocar a la Seguridad Social en una trayectoria de equilibrio”. Las principales medidas previstas incluyen:

El seguro de enfermedad

Fijación de un Ondam (objetivo nacional de evolución de los gastos de seguro de enfermedad) del 2,8%. Con el fin de evitar los riesgos de descontrol, se ha previsto que las revalorizaciones tarifarias no entren en vigor hasta 6 meses después de la firma del acuerdo, y que se suspendan en caso de procedimiento de alerta, cuando hay un riesgo de superar el Ondam en más de 0,75 puntos.

Instauración, a 1 de enero de 2008, de una franquicia de 50 céntimos de euro por caja de medicamentos y acto paramédico y de dos euros por transporte sanitario. Quedan exentos los beneficiarios de la Cobertura Universal Complementaria por enfermedad (CMU), los menores y las embarazadas. El importe de la franquicia, que podrá quedar a cargo de los seguros complementarios, se fija en 50 euros al año.

Mejora de la transparencia sobre el precio por acto en caso de cobro por encima de los honorarios fija-

dos. Bajo pena de sanción, los profesionales sanitarios que vayan a practicar un acto costoso en cirugía, radiología u odontología deberán informar previamente y por escrito sobre el precio del mismo y los posibles reembolsos.

Paso progresivo a la financiación al 100% de la actividad de los hospitales públicos y establecimientos privados sin fines de lucro. El objetivo es asignar más recursos a los centros más dinámicos.

Posibilidad para los médicos de firmar contratos con el seguro de enfermedad. Estos contratos remunerados les permitirán suscribir compromisos de mejora de la práctica profesional.

Ancianos y minusválidos

Mejora de la atención para la enfermedad de Alzheimer: dentro del marco del plan Alzheimer, el número de plazas creadas anualmente de atención de enfermería a domicilio (SSIAD) pasará de 4.000 a 6.000. Se crearán 7.500 plazas en residencias de ancianos y se invertirán 250 millones de euros para renovar o construir centros.

Mejora de la atención a minusválidos: las sumas invertidas pasarán de

378 millones en 2007 a 410 millones de euros en 2008.

Libertad de instalación de los médicos

Reflexión sobre la distribución de los profesionales: los interlocutores deberán definir medios para limitar la instalación en zonas en las que los profesionales son demasiado numerosos. Se fija el mismo objetivo de armonización en el territorio para las farmacias.

Lucha contra los abusos y fraudes

Lucha contra las bajas injustificadas: el Proyecto de LFSS (PLFSS) prevé en particular que, en caso de visita de inspección solicitada por la empresa que determine que se trata de una baja injustificada, las cantidades abonadas por la seguridad social se suspenderán inmediatamente. Hasta la fecha sólo se suspendían las abonadas por la empresa.

Lucha contra el trabajo sumergido: el PLFSS crea unas sanciones mínimas de 6 meses de salario mínimo cuando ningún elemento permita conocer la remuneración del trabajador como contrapartida de un trabajo no declarado.

Críticas

La creación de una franquicia médica para los medicamentos, los actos paramédicos y los transportes sanitarios (limitada a 50 euros al año) constituye una de las medidas más impopulares. Se ha previsto que sólo esta medida aporte 850 millones de euros. El anuncio de que estas franquicias no sirven para reducir el déficit, sino para financiar el plan Alzheimer y la lucha contra el cáncer no ha convencido a los sindicatos y a las asociaciones de enfermos, que lo consideran sobre todo un aumento de la parte que financian los propios pacientes.

Los médicos piensan que deberán duplicar sus esfuerzos limitando, sobre la base de objetivos individuales, las bajas por enfermedad y las prescripciones de medicamentos, dando más importancia a la prevención. El sindicato de médicos más importante compara las medidas gubernamentales con el plan de austeridad de 1995 y denuncia la vuelta del control contable del gasto.

Los médicos internos critican la amenaza que pesa sobre su libertad de instalación, que está en entredicho.

Los sindicatos hospitalarios consideran que la convergencia tarifaria entre hospitales públicos y privados,

con una financiación integral de los centros por actividad, supondrá una selección de los pacientes para buscar mayor rentabilidad. Es inevitable que acelere una reestructuración del sector.

Muchos profesionales han lamentado que la LFSS 2008 contenga tan pocas medidas estructurales para mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria.

Independientemente de los resultados finales sobre las cuentas de la seguridad social, sabemos desde ahora, es decir, en noviembre de 2008, que no se va a alcanzar el equilibrio de las cuentas de la seguridad social y que el PLFSS 2009 deberá buscar fuentes de ahorro e ingresos adicionales.

El Proyecto de Ley de Financiación de la Seguridad Social 2009

El PLFSS 2009 se ha presentado para su debate ante la representación nacional en un contexto en el que el déficit del régimen general del año en curso alcanzará 8.900 millones de euros, lo que se ajusta a las previsiones de la LFSS 2008 y a las de la Comisión de Cuentas de junio de 2008.

El PLFSS 2009 debería, según el gobierno, permitir que el déficit 2009 del régimen general se reduzca a 8.600 millones de euros, en lugar de los 15.000 millones estimados por la CCSS. Para llegar a este resultado prevé a un tiempo 1.400 millones de nuevos ingresos, 1.700 millones de transferencias financieras en el seno de la protección social y más de 3.000 millones de ahorro, de los que 1.000 millones corresponden a los gastos financieros.

En lo que se refiere al ramo del seguro de enfermedad, la ONDAM 2009 se fija en un 3,3%. El cumplimiento de este objetivo supone un ahorro de unos 2.200 millones. Este ahorro se puede derivar de los esfuerzos de control medicalizado del gasto en enfermedad:

1. Subida de 20 puntos del tique moderador (igual) cuando no se siga el circuito de atención sanitaria estándar.

2. Extensión del dispositivo de cita previa previsto por la LFSS para la cirugía ambulatoria a otras actividades hospitalarias.

3. Mejora de las prescripciones (medicamentos, actos paramédicos, etc.) gracias los referenciales y reco-

mendaciones de la alta autoridad, especialmente a las recomendaciones médicas y económicas a un tiempo (estatinas e inhibidores de la bomba de protones en particular).

4. Disminución de los precios fijos de medicamentos y dispositivos médicos.

5. Nuevo estudio de los márgenes de distribución de los medicamentos.

6. Contratos individuales con los médicos.

7. Experimentación de nuevas formas de remuneración (prolongación de la LFSS08).

8. Reducción de las tarifas y de precios para los sectores en los que se han obtenido aumentos de productividad.

También se ha previsto favorecer la participación sistemática de la Unocam (unión de organismos de seguro complementario de enfermedad) en la negociación de los acuerdos con los profesionales sanitarios, y condicionar la validez de un acuerdo a su firma en los sectores en los que la financiación de los seguros complementarios es importante. La firma se puede obtener en este caso mediante una votación por mayoría cualificada del consejo.

La próxima reforma

La limitación de las medidas anunciadas en el PLFSS 2009 para reducir el déficit de la Seguridad Social, habida cuenta de la envergadura de las diferencias anunciadas, hace prever que se están preparando otras soluciones más voluntaristas.

Un proyecto fundamental de reforma de financiación de los gastos sanitarios va a debatirse próximamente, tras el informe de la HCAAM y de la comisión de perímetro de bienes y servicios reembolsables de la alta autoridad.

Este informe preconiza la creación de un “escudo sanitario” que consistiría en fijar, para cada asegurado, un límite para la cuota del gasto que no reembolsa el seguro de enfermedad.

Según los expertos (Bertrand Fragonard y Raoul Briet), la reforma, con la condición imperativa de modular el tope según los recursos, presenta numerosos puntos positivos:

- Sencillez.
- Mejor control de los gastos del seguro de enfermedad.
- Protección de las familias modestas.
- Cobertura equitativa y eficiente.

Con este escudo sanitario, según confiesan sus propios creadores, llega el final de la filosofía actual en la que cada cual cotiza según sus medios y recibe según sus necesidades.

Es el gran debate, sin duda tormentoso, que se abrirá en los próximos meses, sobre la financiación de la atención sanitaria, con el objetivo de definir qué corresponde a la solidaridad y qué a la responsabilidad individual.

Para algunos se trata de una destrucción pura y simple de los principios fundadores de la Seguridad Social —los mismos derechos a la atención sanitaria para todos los asegurados, independientemente de su renta— y de una aplicación del modelo individualizado anglosajón. La reducción progresiva de la cobertura de enfermedad instaurará un doble sector, uno conforme al principio de igualdad, pero cada vez más restringido, otro librado a los mecanismos del mercado y, por lo tanto, no igualitario.

Conclusión

Es inconcebible que el seguro de enfermedad sobreviva recurriendo al crédito, especialmente por razones

de respeto a las generaciones futuras. Por lo tanto, hay que encontrar un camino de “desarrollo sostenible” para preservar este bien común y hacer que progrese. Las reformas que permitan adecuar el sistema de salud a la evolución de la sociedad son necesarias e inevitables.

La igualdad del acceso a la atención sanitaria, la calidad de la misma y la solidaridad siempre han sido objetivos ambiciosos, aunque a veces puedan ser contradictorios. Han permitido convertir el sistema francés en un sistema de protección que nos envidian muchos países. ¿Deberemos despedirnos algún día de la medicina liberal y solidaria en beneficio de

un sistema que dé prioridad a una medicina muy costosa para los ricos y una hiperestatalizada y gratuita para los pobres, o el sistema francés recuperará su puesto de mejor sistema del mundo?

Conciliar la eficacia (económica), la calidad y la solidaridad es la ecuación imposible que debemos resolver.

“Si deseamos preservar una financiación universal y solidaria de nuestro gasto sanitario, todo acto que se lleve a cabo debe tener el enfoque más ahorrativo posible... La eficacia de nuestro sistema sanitario es la garantía de su perennidad”. Nicolas Sarkozy, discurso de Bletterans, 18 de septiembre de 2008.

