
Los profesionales de la administración y gestión sanitaria en Francia

Laurent Chambaud

Médico. Inspection Générale des Affaires Sociales. París. Francia.

Antes de describir algunas características de la gestión sanitaria en Francia, sería útil plantear la situación actual del país en lo referente a los indicadores de salud y de organización de los recursos sanitarios.

Francia: un país con buenos indicadores de salud, pero con un sistema sanitario entre los más caros del mundo

Francia tiene buenos indicadores globales de salud y estos son similares a los de España. La esperanza de vida al nacimiento es alta, como en España (fig. 1), especialmente en el caso de las mujeres. La tasa de mortalidad es baja (9 por 1.000 en Francia, 8 por 1.000 en España). Las dos principales causas son las enfermedades cardiovasculares y los tumores, como en el resto de países de Europa. Una carac-

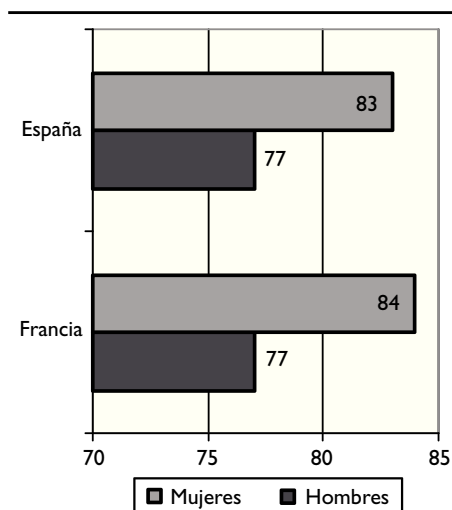


Figura 1. Esperanza de vida al nacimiento; año 2007.

terística de Francia es una alta mortalidad prematura “evitable” en los hombres adultos, que se puede explicar por la importancia de factores de riesgo (tabaco, alcohol, conductas peligrosas) y la baja prevención.

El sistema de salud en Francia tiene una cobertura universal, con pro-

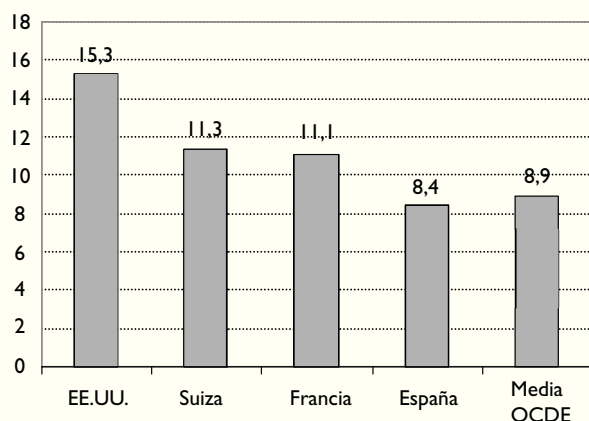


Figura 2. Porcentaje del gasto en salud sobre el producto interior bruto; año 2006. OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

visión de servicios mixta (pública y privada) a todos los niveles. La financiación es en su mayoría pública, a través de los asegurados: cubierta por la seguridad social obligatoria (75% del coste). Hay también un sistema de cobertura complementaria (las *mutuelles*) que cubre a más del 90% de la población. Al final, la parte que paga directamente la población es una de las más bajas de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (7%).

En lo que se refiere al coste económico, este sistema de salud es caro, el tercero más caro del mundo, en relación con el porcentaje del producto interior bruto (PIB) (fig. 2). Francia gas-

tó el 11,1% del PIB en 2006 y el 10,9% en 2007, es decir, en este último año los gastos de salud se elevaron a 206.500 millones de euros. Los gastos de salud ascendieron en 2007 a 3.248 euros por habitante. De los gastos de salud sólo el 2,8% fueron para la prevención (pero al nivel de la mayor parte de los países de Europa).

La distribución de los gastos de salud muestra que en Francia los hospitales tienen una parte destacada (fig. 3), al contar con cerca de la mitad del presupuesto. Los gastos dedicados a los medicamentos son altos; en Francia son en torno al 30%, lo que supera la media de la OCDE.

La mayor parte de la provisión de servicios hospitalarios es pública (pero

existe en Francia una parte importante de servicios hospitalarios privados: un tercio de las camas son privadas), mientras que la provisión de Atención Primaria es privada.

Francia tiene 338 médicos por cada 100.000 habitantes, una cifra un poco más alta que la media de los países de la OCDE (310) y que España. Francia cuenta también con 760 enfermeras por cada 100.000 habitantes, un cifra inferior a la media de los países de la OCDE (970).

La mayor parte de los médicos, en Atención Primaria, perciben su salario por acto. Desde 2004 la atención sanitaria está definida en Francia según el siguiente circuito: el paciente debe ser remitido a un especialista a través de un médico de referencia (médico tratante) o, si lo prefiere, directamente, pero con una participación financiera aumentada para el paciente.

En Francia, como en muchos países desarrollados, la cifra de camas para cuidados agudos ha ido decreciendo durante los últimos 20 años. Actualmente es de 3,7 camas por 1.000 habitantes (media de la OCDE: 3,9). Esta bajada va pareja al decrecimiento de la duración de la estancia media y al crecimiento de la cirugía que no requiere hospitalización.

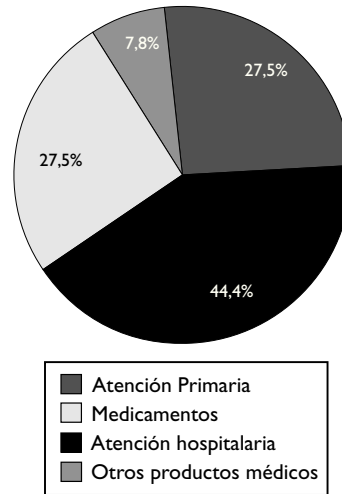


Figura 3. Distribución de los gastos de salud; año 2007.

El presupuesto de los hospitales públicos y privados se financia desde el año 2007, en su mayoría, con fondos proporcionales a la actividad médica desarrollada.

La administración sanitaria a nivel regional: una reforma prevista para finales del año 2008, pero que va a estar en vigor a principios de 2010

Hasta 1996 Francia era un país muy centralizado, con una planificación sanitaria fijada desde el Estado central. En 1996 el gobierno creó la figura de la Agencia Regional de Hospitalización (ARH), responsable de la planificación y regulación de la atención hospitala-

ria en su respectivo ámbito regional. El director de cada agencia está nombrado por el gobierno.

La prevención y la promoción de la salud son también responsabilidad del Estado. Desde 2004 hay un esquema regional, elaborado por el “prefecto⁽¹⁾” de la Región, con la colaboración de las cajas de seguridad social y las entidades locales (municipios, consejos regionales o a nivel de los “Departamentos”), que tienen algunas responsabilidades (como la prevención a los niños y madres o higiene pública).

En Francia no hay planificación de la Atención Primaria. Los profesionales, retribuidos por acto médico, pueden ejercer donde quieran⁽²⁾. Ello tiene como resultado grandes diferencias en la densidad de médicos de una región a otra, y dentro de estas, de un sitio a otro. La regulación se hace por la caja nacional de seguridad social (*L'assurance maladie*), a través de negociaciones nacionales.

Finalmente, la planificación de los establecimientos para ancianos o para

personas disminuidas se comparte entre una agencia del Estado a nivel central (Caja nacional de solidaridad por autonomía [CNSA]) y las entidades locales⁽³⁾.

Pero esta situación va a cambiar el año que viene, con la creación de las Agencias Regionales de Salud (ARS), por un proyecto de ley que va a discutirse a finales de año en la Asamblea Nacional. Las ARS van a cubrir un amplio campo (fig. 4) y servirán también para dar unidad a los diferentes tipos de planificación. El director de esta nueva agencia será también nombrado por el gobierno, e integrará profesionales del Estado y de las cajas de seguridad social.

Esta reforma, si el proyecto es aprobado, entrará en vigor a principios del año 2010. Pero, actualmente, los diferentes servicios están trabajando ya para ponerla en práctica.

La administración de los recursos sanitarios a nivel local

Por lo antes expuesto, en el ámbito de la Atención Primaria no existe la figura del directivo sanitario.

⁽¹⁾ El “prefecto” es un alto cargo del funcionamiento designado por el gobierno, que se encarga de poner en práctica la política gubernamental.

⁽²⁾ Por primera vez en este año los enfermeros de Atención Primaria aceptaron una limitación de la libertad de ejercicio profesional, a cambio de un aumento del pago por acto enfermero.

⁽³⁾ Los “Departamentos”. Hay 100 “Departamentos” en Francia.

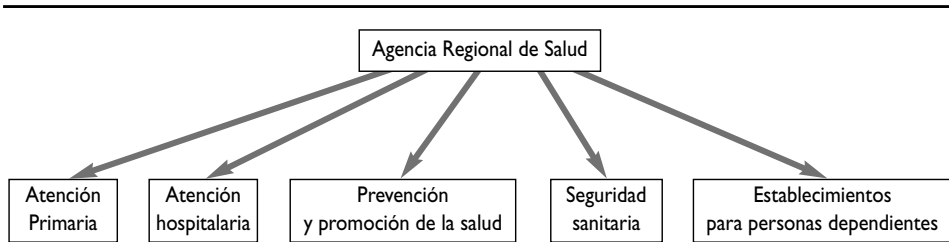


Figura 4. Las competencias de la nueva Agencia Regional de Salud en Francia.

Los hospitales están administrados por un director. Estos directores se forman en una sola escuela, la Escuela de Altos Estudios en Salud Pública (*École des Hautes Études en Santé Publique* [EHESP]), localizada en Rennes. La formación tiene una duración de 27 meses. Los directores, generalmente, no son médicos.

En cada hospital hay un consejo de administración, que está presidido por el alcalde de la ciudad donde se encuentra ubicado. Los médicos se organizan en un consejo médico del hospital y eligen su presidente. En cada centro hay también un director de atención de Enfermería, que participa en el equipo de dirección.

En el proyecto de ley que va a discutirse a finales de año se plantea la idea de organizar comunidades hospitalarias de territorio, que creen la posibilidad de una unión entre varios hospitales públicos de un mismo

“territorio de salud”. El proyecto va también a reforzar el poder del director del hospital.

La formación de los profesionales de la administración y gestión sanitaria

Los profesionales de la administración del Estado se forman en una única escuela, la EHESP. Esta escuela forma directores de hospitales, pero también directores de los establecimientos para personas dependientes, inspectores de asuntos sociales y sanitarios que trabajan ahora en las direcciones regionales del Estado (y que serán incorporados en las ARS) y personal técnico de los servicios del Estado (médicos inspectores, farmacéuticos inspectores, ingenieros sanitarios), o que trabajan en los hospitales (directoras de atención de Enfermería, ingenieros biomédicos).

Para la formación de los directores y de los profesionales técnicos (médicos, farmacéuticos, dentistas) que pertenecen a la seguridad social, hay otra escuela específica, que se llama Escuela Nacional Superior de la Seguridad Social (ENSSS), localizada en Saint-Etienne, cerca de Lyon.

Estas dos escuelas son profesionales y se accede a ellas por oposición. Al final de la formación todos los alumnos tienen la certeza de encontrar un puesto de trabajo.

Finalmente, las entidades locales tienen también su propia escuela: el Centro Nacional de Formación de Personal Territorial (CNFPT) situado en Nancy. Es una escuela general, no especializada para los asuntos sociales o sanitarios, que forma a todos los funcionarios de las entidades locales.

Hasta ahora, las universidades no están muy implicadas en la formación de los profesionales en gestión y organización sanitaria en Francia. Tienen algunos cursos, como en economía de la salud, o en epidemiología y algunos equipos de investigación. Pero no hay una propuesta universitaria muy importante y bien articulada en relación con las necesidades.

Pero esta situación puede cambiar en los próximos años. Se discute la

posibilidad de romper con el “cuasi monopolio” de estas escuelas y de contratar de directores de hospital, por ejemplo, a personas formadas en escuelas de comercio o en la universidad.

Discusión

El ejemplo francés no puede servir de modelo o de contramodelo. Este es el resultado del contexto político y de la historia del desarrollo de los recursos sanitarios en dicho país. Pero esta situación permite plantear algunas cuestiones:

1. ¿Cuál es la mejor solución para la formación del personal de gestión y administración sanitaria: la universidad o una escuela profesional?

2. ¿Cómo utilizar de la manera más pertinente a los médicos en la gestión sanitaria? ¿Qué es preferible, tener como director de un hospital a un médico o a un gestor?

3. ¿Es posible comparar la administración de salud entre países centralizados y descentralizados?

4. Finalmente, ¿cómo organizar una red entre la formación profesional y la formación universitaria o teórica?

Cada país tiene que encontrar sus propias respuestas a estas preguntas.