

## La Financiación del Gasto Sanitario en Francia

Eguzki Urteaga<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Departamento de Sociología I, Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU), España*

**Resumen** En el sistema de protección social, el gasto sanitario ocupa el segundo lugar, después de las pensiones, y su cuantía no cesa de aumentar. Unos mecanismos de responsabilización han sido introducidos y se apoyan en un estudio famoso de la agencia norteamericana Rand Corporation que concluye que, por debajo de ciertos límites, una participación financiera creciente de los pacientes no perjudica la igualdad de acceso a la atención sanitaria. El presente artículo recusa ese análisis porque estos mecanismos socialmente penalizadores son igualmente ineficaces económicamente, dado que la financiación directa por el paciente y la elevación de los costes médicos están relacionadas. A nivel macroeconómico, es necesario aumentar los impuestos, ya que el fuerte valor añadido del sector sanitario y el valor social concedido a la salud pueden ayudar a los ciudadanos a aceptarlo. No obstante, semejante incremento no es ineludible puesto que el sistema de atención sanitaria es especialmente e inútilmente costoso.

**Palabras clave** Gasto Sanitario, Financiación, Retos, Francia.

**Clasificación JEL** H11, H31, H41, H51, H53, H62, I11, I18.

---

*Correspondencia a:* Eguzki Urteaga (e-mail: [eguzki.urteaga@ehu.es](mailto:eguzki.urteaga@ehu.es))

## 1. Introducción

En 2008, los ciudadanos galos han dedicado el 11 % de su PIB a la sanidad, lo que representa 215 mil millones de euros (DREES, 2009), situando a Francia en la segunda posición por detrás de los Estados Unidos pero por delante de Suiza y Alemania. Únicamente para las prestaciones en naturaleza incluidas en el Consumo de atenciones y de bienes médicos (CABM)<sup>1</sup> individualizables, este gasto asciende a 170,5 mil millones de euros y la financiación pública representa un poco más de las tres cuartas partes. El seguro de enfermedad es, por su cuantía, el segundo riesgo del sistema de protección social después de las pensiones de jubilación. Mientras que se establecía en el 6,24 % del PIB en 1980, la CABM ha progresado regularmente para alcanzar el 8,74 % en 2008. A lo largo de la última década, su tasa de crecimiento anual medio ha sido tendencialmente superior al del PIB, y proviene más de una progresión de los volúmenes que de los precios (Cuadro 1).

Cuadro 1: Evolución de la tasa de crecimiento de la CABM en valor, precio y volumen y del PIB de 1996 a 2008. *Fuentes: DREES, INSEE, 2009.*

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CABM	2,43	1,78	3,64	3,69	4,81	5,74	6,42	6,43	5,06	4,38	4,02	4,42	3,80
PIB	2,73	3,27	4,44	3,35	5,37	3,87	3,43	2,99	4,10	3,97	4,66	4,88	2,93
Volumen	0,98	1,06	1,11	2,86	2,77	3,71	4,72	3,80	3,33	3,56	3,06	3,35	3,36
Precio	2,81	1,36	0,66	0,76	0,90	1,07	0,98	2,52	3,01	1,45	1,28	0,66	1,03

Existen cuatro fuentes de financiación del gasto sanitario: el seguro de enfermedad obligatorio para la financiación de la cobertura básica (Seguridad social), los seguros públicos (para la cobertura médica universal o CMU), los organismos complementarios de seguro de enfermedad (reembolsos de las mutuas y compañías de seguros) y las familias (Cuadro 2).

<sup>1</sup> El Consumo de Atenciones y de Bienes Médicos consta de la atención hospitalaria, de la atención ambulatoria (médicos, dentistas, auxiliares médicos, laboratorios de análisis, termalismo), los transportes sanitarios, los medicamentos y otros bienes médicos (óptica, prótesis, pequeño material, etc.). Solamente los gastos que concurren al tratamiento de una perturbación provisional del estado de salud son tomados en consideración. Así, los

Cuadro 2: Evolución de la estructura de la financiación del gasto de cuidados y de bienes médicos de 1995 a 2008. *Fuentes: DREES, Comptes de la santé, 2009.*

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Seguridad social básica	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,1	75,5
Estado y CMU básica	1,10	1,20	1,40	1,30	1,40	1,40	1,30
Organismos complementarios	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7
Mutuas	7,30	7,70	7,60	7,70	7,80	7,70	7,70
Seguros	3,30	2,70	3,10	3,10	3,20	3,30	3,50
Instituciones de previsión	1,60	2,40	2,60	2,50	2,40	2,50	2,50
Familias	9,60	9,00	8,30	8,40	8,90	9,00	9,40
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100

Si su reparto en la financiación ha evolucionado poco durante una década, dado que el nivel de mutualización de las familias ha pasado del 90,4 % en 1995 al 90,6 % en 2008, esta aparente estabilidad esconde en realidad varios fenómenos cuyos efectos se han neutralizado (Cuadro 3).

Se observa efectivamente:

- Un ligero retroceso del seguro de enfermedad para los tres principales puestos de consumo (atención hospitalaria, atención ambulatoria y medicamentos) y una progresión concomitante del rol de los organismos complementarios. Por el juego de las transferencias de carga, estos últimos han visto su perímetro de cobertura extenderse a las diversas participaciones introducidas por las atenciones hospitalarias, mientras que el número de afiliados a un seguro complementario ha continuado creciendo para ser actualmente del orden del 86 % de la población fuera de la CMU<sup>2</sup> (IRDES, 2008);

---

gastos de atención de las personas discapacitadas y de las personas mayores en centros especializados están excluidos.

<sup>2</sup> La cobertura médica universal (CMU) es una prestación social que permite el acceso a la atención médica, al reembolso de dicha atención, a los medicamentos para cualquier persona que reside en Francia y que no está cubierta por el régimen obligatorio del seguro de enfermedad. Este dispositivo ha sustituido la “carta salud” que dependía de los departamentos y que aseguraba hasta entonces unas prestaciones similares. Aprobado en 1999 por la Asamblea Nacional y puesto en marcha en 2000, este dispositivo descentralizado está gestionado por la URSAFF.

Cuadro 3: Evolución de la estructura de la financiación de los principales puestos de la CABM. Fuente: DREES, *Comptes de santé, 2009*.

	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2007
<b>Atención hospitalaria</b>							
Seguridad social	92,2	92,2	92,1	91,9	91,3	90,7	90,6
Estado, CMU básica	1,20	1,20	1,20	1,20	1,30	1,30	1,30
Organismos complementarios	4,00	4,20	4,30	4,40	4,80	5,10	5,30
Familias	2,70	2,40	2,40	2,40	2,60	2,90	2,80
<b>Atención ambulatoria</b>							
Seguridad social	67,0	66,7	66,4	65,8	65,3	65,5	65,0
Estado y CMU básica	1,30	1,60	1,60	1,60	1,70	1,70	1,70
Organismos complementarios	20,8	21,0	21,1	20,9	20,7	20,5	20,9
Familias	10,9	10,7	10,9	11,7	12,3	12,3	12,5
<b>Medicamentos</b>							
Seguridad social	65,1	67,2	67,2	67,5	66,5	66,8	64,8
Estado y CMU básica	1,50	1,60	1,60	1,50	1,40	1,30	1,20
Organismos complementarios	19,2	17,6	17,9	17,8	17,2	16,9	16,5
Familias	14,2	13,6	13,3	13,2	14,9	15,0	17,5

- Una reducción de la cartera de bienes reembolsables tras unas oleadas sucesivas de des-reembolso que, con unas medidas de ahorro en la atención urbana, se repercuten en las familias. En efecto, los seguros complementarios, como consecuencia de los incentivos fiscales vinculados a la oferta de contratos responsables, no reaseguran generalmente esta parte del bien o del servicio (CAE, 2006);
- Un aumento regular del número de beneficiarios de la exoneración del “ticket moderador”, como consecuencia de la importancia creciente tomada por las enfermedades de larga duración (ELD). Su tasa de crecimiento anual ha sido del 4,3% a lo largo de la última década. Los pacientes en ELD son aproximadamente 8,5 mil millones de asegurados y, a ellos solos, ya representan más del 70% del gasto del seguro de enfermedad en 2008. Esta cifra no para de crecer y, cada vez más, el seguro de enfermedad se limita a la cobertura de los principales riesgos;

- Un incremento del número de beneficiarios de una cobertura complementaria del seguro de enfermedad, especialmente como consecuencia del dispositivo de ELD. A finales de 2008, concierne a 4,2 millones de asegurados cuyas rentas son modestas (alrededor del 7,5 % de la población). Conviene añadirle el de la Ayuda complementaria de sanidad destinada a las personas cuya renta es ligeramente superior al mínimo exigido para beneficiarse de la CMU, es decir 600.00 beneficiarios adicionales en 2008.

La cuestión de la financiación del gasto de atención sanitaria tiene una dimensión ética y política. Así, la mayoría de los ciudadanos galos ha deseado desde 1945 que, asumiendo estos gastos por unos mecanismos de solidaridad, los más desprovistos puedan ser atendidos, sea cual sea su renta. El dinero no debía ser una barrera para el ingreso hospitalario, la farmacia o la consulta médica. Por supuesto, esta generosidad plantea el problema de la responsabilización financiera de los asegurados, ya que algunos avanzan que una cobertura total, sin ninguna barrera financiera, provocaría un aumento del consumo. Por lo tanto, convenía moderar el gasto instaurando una participación conjunta del asegurado. Así nació el ticket moderador. Al uso, dado que se ha descubierto que podía alcanzar unas cuantías elevadas, los ciudadanos se han cubierto contra ese riesgo y los seguros complementarios han tomado un lugar importante en la financiación de ciertos riesgos (óptico, dental, medicamentos, etc.), hasta tal punto que se plantea hoy en día la cuestión de su rol en materia de gestión de riesgos.

El análisis de la financiación de la atención médica se inscribe en varios marcos teóricos. El de la microeconomía que hace la hipótesis de que los objetivos de eficacia pueden no ser contradictorios con los de equidad. En cuanto a la perspectiva macroeconómica, alude, por una parte, a la cuestión de los grandes equilibrios financieros del Estado, y especialmente a la financiación de la deuda acumulada, y, por otra parte, al valor creado por el sector sanitario.

En este sentido, tras presentar la organización y el funcionamiento del sistema sanitario galo así como las políticas implementadas por los gobiernos sucesivos para hacer frente al incremento del déficit de la rama Enfermedad de la Seguridad

social, este artículo analiza y discute las perspectivas micro y macroeconómicas de la financiación del gasto sanitario.

## 2. El Sistema Sanitario Galo

### 2.1. *La Organización del Sistema Sanitario*

El sistema sanitario galo se organiza a diferentes niveles, especialmente nacional y regional (GIP SPSI, 2010).

Así, el Estado asume el rol principal en la gestión del sistema sanitario, garantizando el interés general y tratando de mejorar el estado de salud de la población (Morelle y Tabuteau, 2010). A veces, el Estado interviene directamente en la producción o financiación de la atención médica. Ejerce un control sobre las relaciones entre las instituciones financiadoras, los profesionales y los pacientes en nombre de los imperativos sanitarios y económicos generales. Varios ministerios intervienen en la elaboración de las políticas sanitarias en nombre del Estado. Así, los ministerios de Sanidad, Trabajo y Hacienda han desempeñado un rol determinante en el ámbito de la sanidad pública. Desde 1996, el Parlamento tiene la competencia de fijar cada año los objetivos de gasto aprobando las leyes de financiación de la Seguridad social (LFSS).

Existen igualmente varias estructuras desconcentradas que tienen competencias en materia sanitaria (Or, 2009):

- La Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los Productos Sanitarios (AFSSPS), que debe garantizar la eficacia, la calidad y el buen uso de los productos sanitarios destinados a los pacientes.
- La Alta Autoridad de Sanidad (AAS) que debe contribuir al mantenimiento de un sistema sanitario solidario y al fortalecimiento de la calidad de la atención.
- El Alto Consejo de la Sanidad Pública (ACSP), cuya función consiste en contribuir a la definición de los objetivos de sanidad pública.

Pero, desde hace algunos años, el nivel regional sirve de relevo al Estado en materia de sanidad pública. Las diferentes reformas del sistema sanitario contemplan varios dispositivos para permitir la emergencia de prioridades sanitarias regionales y asegurar su toma en consideración efectiva.

Entre los principales actores regionales del sistema sanitario figuran las Agencias Regionales de Sanidad (ARS), contempladas por la ley “Hospitales, Pacientes, Sanidad, Territorios” aprobada en 2009 (Madoire, Pean, Paty y Prigneau, 2010-11; Tabuteau, 2010). Creadas en 2010, agrupan a siete organismos que se encargaban anteriormente de las políticas sanitarias a los niveles regional y departamental. Situadas bajo la tutela de los ministros encargados de la sanidad, del seguro de enfermedad, de las personas mayores y discapacitadas, las ARS se encargan de implementar a nivel regional la política sanitaria nacional, teniendo en cuenta las especificidades regionales.

Así, se encargan de la seguridad sanitaria, de las acciones de prevención llevadas a cabo en cada región, de la organización de la oferta de atención en función de las necesidades de la población, sobre todo a través de un reparto equilibrado de la oferta en el territorio (hospitales públicos, clínicas privadas y residencias de ancianos), del reparto territorial de los profesionales sanitarios y de la organización de la permanencia de atención, tanto para la medicina urbana como para la medicina hospitalaria (ARS, 2010). Estas Agencias son igualmente responsables de la gestión del riesgo, del control de la calidad, y del control externo de los centros de salud, del pilotaje de las acciones de mejora de las prácticas profesionales y de los modos de acceso a la atención sanitaria, y de la recogida e interpretación de los datos sanitarios. Asimismo, las ARS intentan fomentar la cooperación entre profesionales y centros sanitarios para facilitar la atención de los pacientes, especialmente para las enfermedades crónicas y las personas mayores y discapacitadas. Por último, las ARS contribuyen al respeto del objetivo nacional de gasto del seguro de enfermedad (Bras, 2010-11).

Tres instancias están asociadas a las Agencias Regionales de Sanidad:

- Las Conferencias Regionales de la Sanidad y de la Autonomía (CRSA), organismos consultivos asociados a las ARS, están compuestos por varios colegios en el seno de los cuales están representados las administraciones locales, los usuarios y las asociaciones que trabajan en el ámbito sanitario, etc. Estas CRSA se encargan sobre todo de participar, a través de sus informes, en la definición de los objetivos y de las acciones de las ARS en sus ámbitos de competencias. Por ejemplo, opinan sobre el plan estratégico regional de sanidad y pueden organizar unos debates públicos sobre las cuestiones sanitarias.
- Dos Comisiones de las Políticas Públicas Sanitarias asocian los servicios estatales, las administraciones locales y sus agrupaciones y los organismos de la Seguridad social. La primera comisión se encarga de garantizar la coherencia y la complementariedad de las acciones determinadas y llevadas a cabo por sus miembros, en los ámbitos de la prevención, de la salud escolar, de la salud laboral y de la protección materna e infantil. La segunda comisión asume las mismas funciones en el ámbito de la atención y del acompañamiento médico-social.

Por último, existen unas delegaciones territoriales de las ARS en los departamentos.

En lo que se refiere a los actores de la oferta de atención y de bienes médicos, conviene distinguir los centros sanitarios, los profesionales sanitarios y las farmacias.

- *Los centros sanitarios.* Se trata de los hospitales públicos, las clínicas privadas y las entidades asociativas. Francia cuenta cerca de 2900 centros sanitarios, de los cuales un tercio es público. Según el Código de la sanidad pública, los centros sanitarios públicos son unas “entidades morales de derecho público, dotadas de autonomía administrativa y financiera. Su objeto principal no es ni industrial, ni comercial, y pueden ser municipales, departamentales, interdepartamentales o nacionales. Los hospitales públicos están organizados en varias categorías: 1) 31 centros hospitalarios regionales

(CHR), de los cuales 29 son igualmente unos centros hospitalarios universitarios (CHU), 2) 520 centros hospitalarios generales, y 3) 364 hospitales locales, implantados en las pequeñas ciudades y en las zonas rurales.

- *Los profesionales sanitarios.* Representan a cerca de 1,7 millones de empleados que incluyen los profesionales reglamentados por el Código de la sanidad pública así como otras categorías socio-profesionales. En lo que se refiere a las profesiones, agrupan a dos grandes categorías: las profesiones médicas y las profesiones paramédicas. En cuanto al estatus, cubren igualmente a dos grandes categorías: las profesiones médicas asalariadas y las profesionales sanitarias liberales. La mayor parte de los profesionales sanitarios (47%) trabajan en el sector hospitalario público, sabiendo que este sector se ha beneficiado de un importante incremento de sus efectivos en las últimas décadas: +31,3% entre 1985 y 2002. Conviene subrayar que, desde 2002, los diferentes gobiernos han iniciado un incremento progresivo de los *numerus clausus* de los estudiantes de medicina para hacer frente a la disminución de la demografía médica.
- *La farmacia.* El 1 de enero de 2009, había 72.216 farmacéuticos en Francia. Se reparten de la siguiente manera: un poco más de 28.000 titulares de oficina, 22.300 adjuntos de oficina, 5.300 trabajadores en hospitales y cerca de 4.300 empleados en la industria farmacéutica. Hay actualmente 22.462 farmacéuticos en el territorio galo. Los farmacéuticos están formados en las facultades de farmacia y los poderes públicos reglamentan la producción y distribución de los medicamentos. Su precio y su eventual tasa de reembolso están determinados por decisión ministerial. Aunque las farmacias sean unas empresas privadas, su implantación está regulada por unas normas demográficas fijadas por los poderes públicos.

## 2.2. *El Funcionamiento del Sistema Sanitario*

En el sistema sanitario galo, la afiliación al seguro de enfermedad es obligatoria. La protección social de los riesgos de enfermedad, está asumida básicamente por

este seguro. El seguro de enfermedad (Huguier et al, 2010), gestionado por los agentes sociales bajo la tutela del Estado (Urteaga, 2010), constituye una de las cuatro ramas de la Seguridad social. Toda la población está cubierta por el seguro de enfermedad, generalmente sobre una base profesional o familiar. Existen cuatro regímenes en el seguro de enfermedad: el régimen general, los regímenes especiales, el régimen de los autónomos y el régimen agrícola. Para el régimen general, gestionado por Caja Nacional del Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados (CNSETA), la rama familiar se declina a nivel regional con las Cajas Regionales del Seguro de Enfermedad (CRSE) y a nivel local con las Cajas Primarias del Seguro de Enfermedad (CPSE). Cubre una parte de las consecuencias de una enfermedad, de un accidente laboral o de una enfermedad profesional, así como de una maternidad o paternidad.

Estas cajas gestionan toda una serie de dispositivos que conviene mencionar:

- *La Cobertura Médica Universal (CMU)*. En vigor desde el 1 de enero de 2000, la CMU permite a los más desprotegidos, que residen en el territorio francés, beneficiarse de la protección por enfermedad de la Seguridad social. En la práctica, la CMU cubre dos categorías de beneficiarios: por una parte, las personas que carecen de cualquier derecho al seguro de enfermedad o que han agotado sus derechos a este seguro, y, por otra parte, las personas que disponen de una cobertura por el seguro de enfermedad, pero cuyos escasos recursos no les permiten adquirir una complementaria. Se habla entonces de la CMU complementaria. Los beneficiarios de la RSA (Renta de Solidaridad Activa) (Urteaga, 2011) están afiliados a la CMU básica si no están cubiertos contra los riesgos de enfermedad-maternidad. En 2008, la CMU cubría cerca de 5,5 millones de personas, de las cuales la práctica totalidad lo eran en nombre de la CMU complementaria (4,2 millones de personas).
- *La Ayuda Médica del Estado (AME)*. Esta ayuda es otro dispositivo de cobertura médica, destinada mayoritariamente a asumir el gasto médico de los extranjeros sin papeles y sin recursos, residentes en Francia. Puesta en

marcha en 2000, la AME está financiada por el presupuesto general del Estado. Frente al fuerte incremento del gasto vinculado a este dispositivo, dos reformas sucesivas (2003 y 2004) han restringido las condiciones de acceso, sin por ello contener el gasto. Así, el número de beneficiarios continúa progresando, a pesar de un ligero retroceso en 2004. El 31 de diciembre de 2006, se computaban 190.000 personas beneficiarias de la AME.

- *Los seguros complementarios.* El gasto sanitario es asumido en totalidad o en práctica totalidad por la Seguridad social en ciertas situaciones, tales como las enfermedades graves, la maternidad o los accidentes laborales. En los demás casos, el seguro de enfermedad reembolsa solamente una parte del gasto (parte variable en función del tipo de prestación) y deja pendiente de pago por el paciente una parte del gasto: es lo que se denomina el “ticket moderador”. Ese ticket moderador es asumido parcialmente o completamente por los seguros complementarios. Existen tres tipos de complementarias: las mutuas, los seguros privados y las instituciones de prevención (Simon, 2006).
- *La Ayuda a la Adquisición de una Complementaria.* Para facilitar el acceso a estas complementarias, los poderes públicos han creado, en 2005, una ayuda financiera para acceder a una complementaria sanitaria denominada “cheque sanitario” que representa un coste anual den 85 millones de euros. Pueden acceder a este cheque las personas cuyas rentas oscilan entre 606 y 727 euros mensuales. Su cuantía anual varía en función de la edad del beneficiario. Ampliamente desconocido, este cheque ha sido objeto de una campaña de información lanzada en enero de 2007. Gracias a ella, el 28 de febrero de 2009, 472.000 personas habían utilizado este dispositivo, lo que representa un incremento del 31 % con respecto a febrero de 2008.

Una vez presentado la organización y el funcionamiento del sistema sanitario galo, conviene detenerse en los problemas de déficits a los que se enfrenta la rama Enfermedad de la Seguridad social gala.

### 3. El Déficit del Seguro de Enfermedad y las Medidas Tomadas

#### 3.1. El Déficit del Seguro de Enfermedad y sus Causas

A pesar de la voluntad manifestada por las administraciones públicas de prevenir y contener el gasto sanitario desde mediados de los años noventa, el déficit de la Seguridad social sigue siendo una realidad. Dicho déficit se ha incrementado notablemente, pasando de 700 millones de euros en 1999 a 11,6 mil millones en 2004. Entre 2004 y 2006, el ritmo de evolución del gasto se ha atenuado (+4,9 en 2004, +4,0 % en 2005 y +3,1 % en 2006), gracias a la fuerte ralentización del gasto de la medicina urbana tras la reforma de agosto de 2004. Durante el periodo 2004-2006, el incremento del gasto del seguro de enfermedad ha sido equivalente al del PIB, permitiendo una reducción del déficit de 6 mil millones de euros en dos años.

De media, la progresión del gasto del seguro de enfermedad se sitúa 2 puntos por encima del crecimiento de la riqueza nacional, lo que crea unos déficits recurrentes. Esta progresión se encuentra en todos los países de la OCDE (Palier, 2009), para los cuales el gasto sanitario aumenta del 4,5 % cada año, frente a un incremento del PIB del 2,3 %. Incluso si el ritmo de inflexión del gasto se ha reducido entre 2004 y 2006, el gasto sanitario representa el 11 % del PIB en Francia. El gasto del régimen general aumenta globalmente desde hace varios años a un ritmo que oscila entre el 4,5 % y el 5 %. La progresión de los ingresos es menos regular, dado que, impulsada por las diferentes medidas destinadas a incrementar los ingresos, se ha ralentizado en 2007 (Cuadro 4)

Cuadro 4: Tasa de variación de los ingresos y gastos del régimen general. *Fuente: Commission des Comptes de la Sécurité sociale, rapport 2008.*

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ingresos	3,1 %	4,0 %	5,3 %	5,8 %	3,7 %	3,9 %
Gastos	6,0 %	4,5 %	4,9 %	4,5 %	4,6 %	4,1 %
Diferencia	-2,9 %	-0,5 %	0,4 %	1,3 %	-0,9	-0,2 %

El incremento del gasto es imputable a varios factores, entre los cuales se encuentra el envejecimiento de la población francesa. Según el INSEE (2006), en 2050, Francia tendrá 22,3 millones de habitantes de más de 60 años frente a 12,6 millones en 2005, lo que representa un incremento del 80 % en 45 años. El envejecimiento de la población es, por lo tanto, una realidad marcada. Francia se beneficia de una de las mayores esperanzas de vida en el mundo (80 años de media), aunque se sitúe por detrás de Suecia (81 años) y Japón (83 años). Al envejecimiento de la población, conviene añadir el incremento del nivel de vida, la mejora de la cobertura social y la aparición de nuevos medicamentos para curar enfermedades por las cuales no había medicamentos eficaces en el mercado hasta entonces.

El impacto de estos factores es aún más relevante dado que el seguro de enfermedad asume el 77 % de ese gasto, tasa que no ha variado prácticamente desde 1995. Conviene subrayar que, en 2005, 7,4 millones de personas, es decir el 14 % de la población total del régimen general, se beneficia de una atención del 100 % de sus gastos médicos puesto que padece una enfermedad de larga duración (ELD). Un paciente que padece ese tipo de enfermedad gasta 7068 euros anualmente para curarse. Estos gastos representan el 60 % de los reembolsos del seguro de enfermedad hoy en día.

### *3.2. Las Políticas de Lucha contra el Déficit Sanitario*

Para intentar contener el gasto y equilibrar las cuentas de la rama Enfermedad de la Seguridad social, los gobiernos han puesto en marcha diferentes dispositivos a lo largo de los últimos años. Básicamente, los gobiernos pueden incrementar los ingresos y/o contener el gasto. En el primer caso, pueden incrementar las cargas sociales que pesan sobre el trabajo y aumentar los impuestos, jugando sobre su reparto. En el segundo caso, pueden aumentar la eficacia del sistema de atención y responsabilizar a los usuarios. Durante las últimas dos décadas, dos reformas fundamentales han sido aprobadas (Barbier, 2007):

- En 1996, el Plan Juppé (Hassenteufel, 2008) ha instaurado la aprobación anual de una ley de financiación de la Seguridad social por el Parlamento que fija el objetivo nacional de gasto del seguro de enfermedad.
- La reforma de 2004 (Assemblée nationale, 2005; Crochet, Segouin y De Montleau, 2006) ha incrementado la responsabilidad del seguro de enfermedad, especialmente en la definición de las modalidades de ejercicio de los profesionales del sector sanitario con los cuales firma unos convenios. Una misión de mejora de la calidad de la atención y de reevaluación permanente de la farmacopea es confiada a la Alta Autoridad de la Sanidad.

Unas medidas complementarias han sido tomadas para incentivar los pacientes a racionalizar sus gastos sanitarios. En efecto, estos últimos años, el hecho de estar reembolsados en práctica totalidad a través de mecanismos como el “tercio pagador” ha podido tener como consecuencia una cierta desresponsabilización de los usuarios del sistema de atención y ha podido provocar una eventual multiplicación de las consultas o de los análisis médicos inútiles.

Varios dispositivos pretenden hacer frente a esta situación:

- *Las medidas que pretenden responsabilizar al paciente sobre sus gastos sanitarios.* Para sensibilizar los pacientes sobre los costes colectivos de la sanidad, se ha instaurado en 2004 una participación de 1 euro por cada acto médico pagada por el paciente. Asimismo, desde el 1 de enero de 2008, se han introducido unas franquicias sobre las cajas de medicamentos, los actos paramédicos y los transportes sanitarios. Estas franquicias son deducidas de los reembolsos efectuados por la Caja del seguro de enfermedad. Según los datos comunicados por la CNSE en febrero de 2008, la puesta en marcha de estas franquicias ha permitido ahorrar 69 mil millones de euros desde su puesta en marcha.
- *Medidas tendentes a educar el paciente sobre la utilización del sistema sanitario.* A nivel terapéutico, ciertas medidas deben contribuir a educar a los pacientes sobre las buenas prácticas con el fin de mejorar su consumo de los servicios y bienes sanitarios. Corresponde al rol de prevención del seguro de

enfermedad poner en marcha unas campañas nacionales de información y de sensibilización.

- *Medidas que asocian los diferentes actores del sistema sanitario para contener el gasto.* Instaurada en 2004, la puesta en marcha de la “trayectoria de atención coordinada” (Hardre, 2007), que implica la obligación para cada paciente de elegir un médico referente (Dourgnon y Naiditch, 2010), es una medida que aspira a mejorar la coordinación de la atención. El médico de cabecera se convierte en el pivote de una política de prevención personalizada. Con el fin de incentivar los pacientes que no han declarado un médico referente, la tasa de reembolso de las consultas realizadas fuera de la trayectoria de atención ha sido rebajada al 50 %.

La puesta en marcha del Expediente médico personal (Colin, Adenot, Livartowski et al, 2007), la nueva Tarjeta Vital o la posibilidad para los médicos de acceder al historial médico del paciente a lo largo de los últimos 12 meses son otras medidas que permiten una mejor contención del gasto sanitario. Mejorando la información de los médicos sobre la atención recibida por sus pacientes, estas medidas les permiten, no solamente no prescribir unos actos médicos inútiles, sino también concentrar los tratamientos y evitar las interacciones entre los medicamentos. Asimismo, unos esfuerzos importantes han sido realizados para fomentar el uso de medicamentos genéricos.

Una vez analizado el carácter deficitario del seguro de enfermedad y las medidas tomadas para hacer frente al incremento del gasto sanitario, ha venido la hora de discutir la pertinencia y eficacia de estas políticas.

#### **4. Los Límites de las Políticas de Responsabilización**

La aprobación de mecanismos de responsabilización de la demanda de atención médica (Tabuteau, 2010-11), especialmente desde 2004, se fundamenta en la hipótesis según la cual una mayor participación financiera de los pacientes, por la imposición de lo que queda pendiente de pago por las familias, debe reducir el crecimiento

del consumo sanitario. La idea subyacente es que los hogares reaccionarían a este aumento de la carga financiera suprimiendo las atenciones inútiles o de confort. Arbitrarían así entre la utilidad y el coste sanitario. En definitiva, la parte correspondiente a los hogares sería inferior al inicialmente previsto, puesto que engendraría un menor consumo de bienes y servicios médicos, y no tendría consecuencias sobre las desigualdades de salud y de acceso a la atención médica.

Esta hipótesis se corresponde con el marco teórico del análisis de la demanda de atención en economía del seguro. Un consumo excesivo de atención médica puede ser evitado por una dosificación minuciosa del reparto del coste de la atención entre los financiadores, sin tener un impacto negativo en términos de equidad, a pesar de que esta dosificación es supuestamente independiente de la renta. No en vano, ese punto de vista nunca ha sido demostrado empíricamente, excepto por la experiencia de la Rand Corporation. Al contrario, ésta ha puesto de manifiesto el vínculo existente entre la participación financiera de los asegurados y el consumo de atención, sin observar ningún impacto sobre la salud, excepto para los individuos más pobres.

Sugiere combinar tres instrumentos para realizar esta responsabilización: una franquicia anual de alrededor de 500 euros, un copago o ticket moderador del 25 % y un techo de gasto situado en 1.600 euros a partir del cual el gasto sanitario sería íntegramente asumido. A estos instrumentos se asociaría un mecanismo de protección de los colectivos más vulnerables para evitar los efectos de renta. Pero, unas críticas metodológicas pueden ser dirigidas a la agencia norteamericana y es posible cuestionar sus conclusiones.

- En primer lugar, los efectos en el tiempo de una eventual renuncia a una atención de prevención no están evaluados, de modo que pueda existir una agravación del riesgo a largo plazo para los individuos que han sacrificado un consumo a corto plazo.
- En segundo lugar, si otros estudios empíricos muestran una correlación entre cobertura y seguro, no definen una norma estándar que permita separar lo que corresponde al consumo excesivo vinculado al seguro de un consu-

mo insuficiente asociada a la ausencia de seguro. Efectivamente, semejante norma no podría ser fijada independientemente de la renta.

- En tercer lugar, esta dificultad fundamental es reflejada por las elecciones originales de los países desarrollados, que combinan los instrumentos según un esquema estándar, cerca de veinte años después de la difusión de los resultados de la Rand Corporation. Parece ser que el incremento de la participación financiera no reduce sistemáticamente el consumo de la atención sanitaria.

Esto fortalece la hipótesis contraria que describe mejor la realidad empírica. Además, cuando la financiación directa es importante, el sistema es costoso. Por lo cual, no es casualidad que los Estados Unidos, país en el cual el pago directo de la atención médica por las familias es el más importante, sea también el más caro en materia sanitaria.

La imperfección de los mercados de atención sanitaria y de seguro de enfermedad, caracterizada por unas posiciones dominantes y unas rentas de situación explicaría parte de esta constatación. Además de que los mecanismos de responsabilización no son equitativos, son ineficaces. Esto parece estar confirmado por la experiencia francesa desde 2004.

#### *4.1. Unas Políticas Ineficaces Económicamente*

La evaluación reciente de las medidas que consisten en responsabilizar la demanda de atención sanitaria demuestra su fracaso. Por una parte, las reducciones de consumo no conciernen solamente la atención de comodidad, y, por otra parte, el consumo no se reduce. Además, esta transferencia es padecida principalmente por los hogares, sin que puedan beneficiarse del reparto parcial de los seguros complementarios. Así, la *Cour des comptes* (2008) subraya que esta constatación debería conducir a “relativizar el efecto en el tiempo de las transferencias organizadas únicamente sobre los hogares que no se benefician de la puesta en común que les confiere la cobertura complementaria; sugiere igualmente que las medidas

tomadas desde 2004 no resuelven de manera estructural el problema que plantea el ritmo de crecimiento del gasto sanitario, superior al PIB”.

Más allá de esta ineficacia, se observan unos costes adicionales vinculados a la gestión de la cobertura complementaria que contribuyen, en parte, al incremento del coste de la atención sanitaria. En efecto, la mayor parte del coste de gestión de las aseguradoras privadas es valorada en el 25 % de las cotizaciones pagadas, mientras que ese mismo ratio solo representa el 6 % para el seguro de enfermedad. Es cierto que las tareas administrativas asociadas al reembolso de la atención hospitalaria, importantes en porcentaje para el seguro de enfermedad (56 %), son mucho menos numerosas que las de la medicina urbana. A este coste global del riesgo de enfermedad, conviene añadir el coste generado por el dispositivo de la CMU, de la Ayuda complementaria sanidad y de las exoneraciones fiscales que benefician a las aseguradoras que han firmado unos contratos responsables. En total, el conjunto de las ayudas públicas concedidas en nombre del acceso al seguro complementario privado representaría el 32 % de las prestaciones concedidas.

#### *4.2. Unas Políticas Injustas Socialmente*

Entre 1996 y 2006, la financiación privada que incluya la cobertura complementaria y la parte que incumbe a los usuarios ha aumentado del 4,4 %, mientras que la renta disponible de los ciudadanos se incrementaba del 3,88 % y el PIB del 3,52 % (Cour des comptes, 2008). Los efectos anti-redistributivos del aumento de la parte correspondiente a las familias son reales, incluso cuando se trata, como es el caso aquí, de una redistribución de la riqueza en naturaleza, bajo la forma de atenciones sanitarias y no de transferencias monetarias.

En treinta años, el acceso a un seguro complementario se ha incrementado notablemente, ya que en 1981 solo concernía al 69 % de la población. No en vano, este acceso sigue estando relacionado con el nivel de vida y, además, los que menos se benefician del seguro complementario son los hogares sin hijos, los activos en situación de desempleo y los que carecen de una cobertura de empresa obligatoria (INSEE, 2007). Basándose en los datos de 2006, el IRDES (2008) muestra a su vez

que la renuncia a una complementaria resulta de motivos financieros para más de la mitad de las personas concernidas, y esto a pesar de la puesta en marcha del cheque sanitario. En efecto, la tasa de esfuerzo varía de media del 2,9 % para los hogares más favorecidos al 10,3 % para los hogares con escasos ingresos no beneficiarios de la CMU. Estos últimos tienen además unos contratos menos ventajosos.

Esta renuncia a una cobertura complementaria contribuye mecánicamente a renunciar a la atención por razones financieras: concierne al 32 % de las personas sin complementaria frente al 13 % de las personas que tienen una cobertura privada. Por supuesto, la ausencia de cobertura complementaria, así como la renuncia a esta protección, están vinculadas a la renta del hogar. Estas constataciones empíricas ponen el énfasis en las interrogaciones vinculadas a lo que deben pagar las familias, incluso cuando se trata de un pequeño riesgo.

Actualmente, la mitad de la cantidad a cargo de las familias está dedicada al copago, un tercio a la superación de las tarifas concertadas y el resto a los bienes y servicios que no están reembolsados por el seguro de enfermedad. Esta situación plantea un problema, especialmente para las familias modestas. Es igualmente el caso de las personas que padecen unas enfermedades crónicas cuya deuda acumulada puede alcanzar unas cantidades importantes (Benchetrit y Raymond, 2010).

La creación de la CMU, el 1 de enero de 2000, ha permitido que los más desprovistos sean exonerados de una parte notable de la cantidad pendiente de pago. Esto les ha permitido recuperar parcialmente el nivel de consumo medio, incluso si se enfrentan a un ostracismo de ciertos profesionales del sector sanitario. La puesta en marcha del techo de renta para determinar la población elegible al dispositivo ha planteado la cuestión de los efectos de umbral y del fenómeno de “trampas de pobreza” (Urteaga, 2009). Es la razón por la cual, en 2005, el dispositivo cheque sanitario ha sido instaurado. De nuevo, la búsqueda de un nivel apropiado de subvención se ha planteado implícitamente. No en vano, no parece haberse encontrado porque, a pesar de la subida del techo y del importe de la ayuda a lo largo de los últimos años, menos de una cuarta parte de la población elegible en 2008 lo ha suscrito. Según las simulaciones del IRDES (2010), una subvención del

80 % de la prima de seguro podría conducir las tres cuartas partes de la población elegible a suscribir una complementaria. Pero, entonces, para facilitar el acceso a la atención médica, será necesario subir el techo de la CMU.

En cuanto a las personas que padecen enfermedades crónicas, si la mayor parte se beneficia del sistema de exoneración vinculado a las enfermedades de larga duración (ELD), algunos no gozan de él. Además, el sistema de la ELD no protege sistemáticamente del pago de una cantidad notable, dado que el 10 % de los beneficiarios asumían en 2004 unas cantidades pendientes de pago de 600 euros. Es la razón por la cual Briet y Fragonard (2007) han estudiado la posibilidad de crear un escudo sanitario, es decir una limitación uniforme o variable de las cantidades que deben pagar las familias. Semejante dispositivo presentaría unas ventajas evidentes en términos de equidad y podría neutralizar los efectos de renta. No en vano, modificando profundamente la actividad de los seguros complementarios, haría correr el riesgo de la desafiliación. El problema sigue planteándose, dado que las ELD se incrementan con el envejecimiento de la población y las injusticias se acumulan, pero es cierto que este punto no tiene la misma repercusión política que el aumento de los impuestos.

## **5. Hacia un Incremento de la Financiación Pública**

Desde hace veinte años, el saldo anual del seguro de enfermedad es negativo. Se incrementa en 2009 y 2010, como consecuencia de la reducción de los ingresos (Duval, 2007), e incluso un aumento medio del crecimiento francés del 2,5 % no colmaría ese déficit. Ya de por sí, la reducción modesta del déficit anual entre 2004 y 2008 no se explicaba por la ralentización del incremento del gasto sino por la ampliación de los ingresos y el aumento de las rentas de actividad (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2010).

### *5.1. Un Incremento Necesario de la Presión Fiscal*

En Francia, el gasto sanitario aumenta estructuralmente más rápidamente que las rentas, a pesar de que la financiación del seguro de vejez se fundamente principal-

mente en esta base imponible. Frente a la crisis del déficit, la tasa de imposición no puede ser constante. Cornilleau (2008) sugiere combinar tres medidas para resolver la cuestión de la financiación:

- Planificar un programa realista de financiación y deshacerse de la estabilidad de la tasa de imposición. Si no, para hacer frente al aumento del gasto, los poderes públicos solo pueden incrementar las transferencias hacia las familias.
- Proseguir la fiscalización de la financiación suprimiendo el vínculo entre coste del trabajo y coste de la atención sanitaria. La CSG<sup>3</sup> se ha sustituido parcialmente a las cotizaciones salariales y la introducción de la cobertura médica universal ha roto prácticamente el vínculo existente entre cotizaciones y prestaciones. Una transferencia integral de las cotizaciones de empleadores hacia la CSG y la equiparación de las tasas entre activos que tienen un empleo e inactivos permitiría inscribir no solamente la evolución de la tasa de la CSG en un contexto más favorable para el empleo sino afirmar la lógica solidaria y no aseguradora de la atención del riesgo de enfermedad.
- Permitir al seguro de enfermedad jugar su rol de estabilización automática, teniendo en cuenta el hecho de que la demanda de atención es independiente de la coyuntura económica. Convendría que la evolución de la tasa de imposición cubra tendencialmente la evolución del gasto sanitario.

Así, sería juicioso iniciar una reflexión colectiva sobre una fórmula creíble de enderezamiento financiero, en lugar de continuar aumentando los pequeños ingresos (Elbaum, 2010), lo que subraya igualmente la necesidad de prever “un aumento programado de la CSG, preferible a los planes de ajuste a repetición que conducen

---

<sup>3</sup> La contribución social generalizada (CSG) es un impuesto instaurado el 16 de noviembre de 1990 que participa de la financiación de la Seguridad Social. Siendo recaudado esencialmente por la URSAFF, su naturaleza ha sido objeto de debate. Así, el Tribunal Constitucional considera que se trata de un impuesto y no de una cotización social. En realidad, la CSG cubre una serie de contribuciones sobre las siguientes rentas: las rentas de actividad y de sustitución así como las rentas del patrimonio y del capital. La CSG difiere de las cotizaciones sociales dado que su pago no confiere ningún derecho de afiliación a los regímenes sociales ni de obtención de prestaciones sociales.

a recurrir a unos impuestos adicionales”. La evolución de la financiación de la solidaridad colectiva podría encontrar un eco favorable a partir del momento en que se demuestra el fuerte valor añadido del sector sanitario y el valor social concedido a la sanidad.

### *5.2. El Valor Creado por la Sanidad*

La sanidad es un importante sector económico (Kervasdoué de, 2009). En 2005, representa el 13,9% del consumo nacional, el 7,6% de la producción total, el 9,9% del empleo y el 2,4% de los impuestos sobre los productos. Además, con 3,7 millones de euros, tiene un saldo comercial ampliamente positivo como consecuencia del dinamismo de la industria farmacéutica (DREES, 2009). Con el 9,3% del valor añadido nacional, la sanidad ha contribuido al crecimiento en volumen del valor añadido francés. La inversión en I+D de la industria farmacéutica sitúa a esta industria en el segundo rango, dado que representa el 12% de la inversión total, justo por detrás de la industria automovilística. Por último, si se incluyen en el análisis los efectos inducidos del sector, la sanidad representa el 12,5% del valor añadido nacional y emplea directamente a 3,2 millones de personas, es decir a un activo sobre ocho (Barnay y Bejean, 2009). Cualquier aumento del gasto sanitario se repercute en numerosos sectores de la economía. Sus efectos son del mismo orden que los de la construcción o de la hostelería.

Pero, conviene no confundir los medios movilizados y su valor. No en vano, el valor añadido es una noción contable, no económica. El valor añadido “mide la diferencia entre lo que un sector económico (o una empresa) vende y lo que compra al resto de la economía. Por lo tanto, se mide su contribución adicional. No obstante, el sector de la sanidad, sector de mano de obra, tiene un fuerte valor añadido. Este valor añadido es aún más elevado que la actividad considerada requiere menos productos y aparatos. Así, la psiquiatría, como actividad económica, tiene un valor añadido mayor por millón de euros gastado que la cardiología, simplemente porque la psiquiatría requiere relativamente menos máquinas y dispositivos médicos. El concepto de valor añadido no es médico, incluso cuando se aplica a la medicina. No

mide la contribución de una inversión a la mejora de la salud de la población, sino simplemente la diferencia entre lo que ha sido comprado y vendido. En realidad, el valor de un sistema sanitario se mide, incluso si es difícil, por su contribución a la sanidad, al bienestar de las personas que se benefician de ella y no por el dinero que se le dedica.

Así, convendría igualmente evaluar el rendimiento total y el rendimiento marginal de la atención médica en comparación con otros bienes y servicios privados o públicos, especialmente la educación de la que se sabe que tiene un impacto sobre la salud. Dormont (2009) recuerda que el valor creado por el gasto sanitario es generalmente descuidado en los arbitrajes. Pero, se traduce por unos beneficios en términos de longevidad y de calidad de vida. Siempre hay varias maneras de ver una misma realidad y recuerda igualmente que un euro gastado puede tener una contrapartida, lo más a menudo no medible, en términos de beneficio sanitario, pero que es igualmente un euro de renta para un médico, un farmacéutico, una enfermera o un hospital. De ahí vienen las dificultades de controlar unos gastos sanitarios que son unos ingresos para los actores del sistema sanitario.

La dificultad estriba en la apreciación del valor. Según Dormont, convendría estimar el valor estadístico de la vida humana para iniciar un debate pertinente y transparente sobre la eficacia del gasto público sanitario. La técnica más apropiada para esta estimación es la de la evaluación contingente utilizada para hacer resaltar las preferencias individuales, entonces enfrentadas a unas situaciones hipotéticas a las cuales están asignadas unas probabilidades de fallecimiento. Los trabajos preliminares sobre esta cuestión mostrarían así que el nivel actual de gasto en los países más despilfarradores se sitúa probablemente por debajo del nivel óptimo subtendido por las preferencias colectivas.

## **6. Conclusiones**

En definitiva, las investigaciones sobre la financiación macroeconómica del gasto sanitario cuestionan varios lugares comunes y especialmente el hecho de que el nivel de gasto sanitario sería elevado o que la financiación pública sería insostenible. El

hecho de que sea deficitario no quiere decir que sea demasiado elevado sino que los ingresos son insuficientes para cubrir los gastos. No obstante, es en función de sus resultados globales que se puede valorar y defender el hecho de que es demasiado elevado o, por lo menos, que es de una eficacia insuficiente (ARS, 2010). El argumento es simple: otros países con un nivel de gasto menor (Italia, España, Suecia, Japón) tienen una esperanza de vida superior. Dicho de otra forma, el gasto francés produce menos valor que estos países (Huguier et al, 2010). Las investigaciones, que sean puramente macroeconómicas o que se interesen por los fundamentos microeconómicos de la macroeconomía, comparten la idea de que conviene intentar encontrar una cuantía óptima del gasto público sanitario. Se trata del gasto sanitario público y no del gasto sanitario global, porque incrementar la parte de la financiación privada para financiar el gasto adicional tendría como consecuencia de incrementar las desigualdades de acceso a la atención sanitario (HCAAM, 2011).

No en vano, este análisis de la financiación nos aleja de otra dimensión: el del control del gasto. Sabemos que los países que gastan el 2,5 % de su PIB menos que Francia, es decir 50 mil millones de euros anuales, tienen unos resultados idénticos. Pero, ¿por qué en Francia el gasto sanitario es tan elevado? No solamente porque hay un SAMU<sup>4</sup>, una gran libertad de elección de los médicos y hospitales, o porque su medicina es de calidad. Las razones profundas son básicamente las siguientes:

- Un uso abusivo del ingreso hospitalario: +66 % con respecto a la media de los países de la OCDE.
- Un gran número de centros hospitalarios: 3.500 en Francia, 2.083 en Alemania, 640 en Reino Unido. De modo que, incluso cuando el número de agentes por

---

<sup>4</sup> El Servicio de Ayuda Médica de Urgencias (SAMU) es el centro de regulación de las urgencias de una región sanitaria. Responde a la demanda de ayuda médica de urgencias, es decir a la asistencia pre-hospitalaria (en la calle, a domicilio, en el trabajo) prestada a las víctimas de accidentes o de enfermedades súbitas que conducen a situaciones críticas (enfermedad, mujeres embarazadas, mareos). El médico del SAMU regula los recursos de la atención médica de urgencias y orienta los pacientes hacia los servicios más adecuados para su caso. El SAMU consta de un centro de recepción y de regulación de las llamadas ‘CRRA’ o ‘Centro 15’ y de un centro de enseñanza de los gestos de urgencias (CESU), encargado de la formación inicial y continua de los actores del sector.

cama no es muy elevado en Francia, hay tantas personas que trabajan en ellas en Francia que en Alemania, mientras que la población alemana es superior del 25 %.

- Demasiadas prescripciones de medicamentos: 289 euros más cada año que los noruegos. Dicho de otra forma, si los médicos franceses prescribiesen como sus homólogos noruegos, el gasto disminuiría de 16,6 mil millones de euros.
- Un número relativamente elevado de médicos (3,4 para mil habitantes), entre los cuales más del 50 % de especialistas y relativamente pocas enfermeras: dos enfermeras por médico mientras que esta misma cifra es de cuatro por uno en los países anglosajones.

Dicho de otra forma, el sistema es caro porque se elige lo más caro: los hospitales en lugar de los médicos, los especialistas en lugar de los médicos de cabecera, y los médicos en lugar de las enfermeras. Además, los ciudadanos creen mucho en la medicina, ya que el 90 % de las consultas, en Francia, dan lugar a una prescripción, mientras que esta cifra es del 40 % en Holanda.

Si las hospitalizaciones son numerosas, no es solamente porque hay muchos hospitales y clínicas, sino porque el hospital se convierte en el médico de cabecera del pobre. Efectivamente, una transformación tan profunda como silenciosa se ha iniciado: los médicos de cabecera desaparecen y, haga lo que haga el Gobierno, su número pasará de 50.000 hoy en día a 30.000 en 2020. No en vano, un sistema de atención sanitaria en el cual médicos de cabecera y especialistas se reparten de manera equitativa y un futuro sistema en el cual el 70 % de los médicos no hospitalarios serán especialistas no son idénticos. Pero, a pesar de las declaraciones ministeriales que son tan numerosas como poco efectivas, los jóvenes médicos no quieren elegir esta especialidad, y cuando se ven obligados a ello en razón de su clasificación, intentan escapar convirtiéndose en médicos de urgencias o nutricionistas.

## Referencias

1. ARS (2010): *Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé*. Paris: Agence Régionale de Santé.
2. Assemblée Nationale (2005): *Rapport sur la mise en application de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*, Assemblée Nationale.
3. Barbier, J-C. (2007): Le système de protection sociale français aux prises avec les réformes (1975-2007), *CES Working Papers*, 48.
4. Barnay, T. Y Bejean, S. (2009): Le marché de la santé: efficience, équité et gouvernance, *Revue Economique*, 60, 233-237.
5. Benchetrit, K. Y Raymond, G. (2010): *Quelle santé voulons-nous?* Paris: Les carnets de l'info.
6. Blemont, P., Y Olejniczak, P. (2007): *Assurance maladie et système d'offres de soins*. Paris: Ellipses.
7. Bras, P.L. (2010-11): La création des agences régionales de santé: notre système de santé sera-t-il mieux gouverné ? *Droit Social*, 11, 1127-1135.
8. Bras, P.L. Y Tabuteau, D. (2009): Santé 2010, un rapport de référence pour les politiques de santé. Une décennie de santé (2000-2010), *Les Tribunes de la Santé*, 25, 79-93.
9. Briet, R. Y Fragonard, B. (2007): Mission bouclier sanitaire, *Rapport pour le ministère de la Santé*, septembre.
10. CAE (2006): *Avis sur la réforme du financement de la protection sociale*. Paris: Centre d'Analyse Stratégique.
11. Chambaretaud, S. Y Hartman, L. (2009): Participation financière des patients et mécanismes de protection de l'Europe, Pratiques et organisation des soins: protection en Europe, *Pratiques et organisation des soins*, 40, 31-38.
12. Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernandez-Quevedo, C. Y Mladovsky, P. (2010): *Systèmes de santé en transition: France*. Copenhague: OMS Bureau Régional de l'Europe.
13. CNAMTS (2007): *Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2015*, juillet 2007.
14. Colin, C., Adenot, I., Livartowski, A., et al (2007): Le dossier médical personnel, *Actualité et dossier en santé publique*, vol.2007/3, 58, 17-56.
15. Commission Des Comptes De La Sécurité Sociale (2010): *Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2009, Prévisions 2010*, Rapport, juin.

16. Cornilleau, G. (2008): Le financement de l'assurance-maladie en question, *Revue Sève*, 4, 71-77.
17. Cour Des Comptes (2008): Le financement des dépenses de santé: répartition et transferts de charge entre contributeurs depuis 1996, in *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, 163-192.
18. Crochet, B., Segouin, C. Y De Montleau, A. (2006): La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004: une loi axée sur le comportement des acteurs, *Santé et Systémique*, 9, 19-20.
19. Dormont, B. (2009): Les dépenses de santé: une augmentation salubre?, *Opuscule du CEPREMAP*, 15, Editions rue d'Ulm.
20. Dourgnon, P. Y Naiditch, M. (2010): The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping, *Health Policy*, 94, 129-134.
21. Duval, J. (2007): *Le mythe du trou de la sécu*. Paris: Raisons d'agir.
22. Elbaum, M. (2010): Un nouveau modèle de financement pour la santé?, *Santé publique*, 22, 91-106.
23. Fantimo, B. Y Ropert, G. (2008): *Le système de santé en France: diagnostic et propositions*. Paris: Dunod.
24. Fenina, A., Le Garrec, A-M. Y Duee, M. (Dress), (2009): Comptes nationaux de la santé 2008, *Document de travail, Série statistiques*, 137.
25. Geoffard, P-Y. (2006): La lancinante réforme de l'assurance-maladie, *Opuscule de CEPREMAP*, , Editions rue d'Ulm.
26. GIP SPSSI (2010): *Organisation et système de santé en France*. Paris: GIP Santé Protection Sociales Internationale.
27. Grignon, M. Y Kambia-Chopin, B. (Irdes), (2010): Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé?, *Questions d'économie de la santé*, 153.
28. Grimaldi, A. Y Le Pen, C. (2010): *Où va le système de santé français ?* Bordeaux: Editions Prométhée.
29. Hardre, J.M. (2007): Les spécialistes, premiers touchés par le parcours de soins, *Pharmaceutiques*, vol.2007/2, 133, 24-27.
30. Hassenteufel, P. (2008): L'évolution des rapports de pouvoirs dans un système bismarckien : le cas de la France, *Santé, Société et Solidarité : revue de l'Observatoire Franco-Québécois*, n°2008/2, 63-70.
31. HCAAM (2011): *L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?* Avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

32. Huguiet, M., Lagrave, M., Marcelli, A. et al, (2010): Assurance maladie : un état des lieux, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 194, 1095-1103.
33. Kambia-Chopin, B., Perronnin, M., Pierre, A. Y Rochereau, T. (Irdes), (2008): La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire, *Questions d'économie de la santé*, 132.
34. Kervasdoué De, J. (2009): *Carnet de santé de la France en 2009: économie, droit et politiques de santé*. Paris: Dunod.
35. Madoire, A., Pean, S., Paty, A. Y Prigneau, F. (2010-11): Du rapport Larcher à la loi HPST. La réforme de la gouvernance ? *Gestions hospitalières*, 492, 9-15.
36. Mariscal, F. Y De Saint Pol, T. (Insee), (2007): La complémentaire santé: une généralisation qui n'efface pas les inégalités, *INSEE Première*, 1142.
37. Mills, C. Y Caudron, J. (2009): *Protection sociale: économie et politique, débats actuels et réformes*. Paris: Gualino Editor.
38. Mordelet, P. (2006): *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*. Rennes: Editions de l'ENSP.
39. Morelle, A. Y Tabuteau, D. (2010): *La santé publique*. Paris: PUF.
40. Or, Z. (2009): France: new regional health governance, *Health Policy Develop.*, 12.
41. Paita, M. Y Weill, A. (CNAMTS), (2009): Las personas en affection de longue durée au 31 décembre 2008, *Points de repère*, 27.
42. Palier, B. (2009): *La réforme des systèmes de santé*. Paris: PUF.
43. Senat (2008): *Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages*, rapport d'information.
44. Simon, M.O. (2006): *Les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé*. Paris: CREDOC.
45. Tabuteau, D. (2010): Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST): des interrogations pour demain, *Santé Publique*, 22, 79-90.
46. Tabuteau, D. (2010-11): L'avenir de l'Assurance Maladie. Un enjeu politique majeur pour la France, *Futuribles*, 368, 5-22.
47. Urteaga, E. (2009): Las políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social, *Zerbitzuan*, 45, 7-21.
48. Urteaga, E. (2010): *Las relaciones laborales en Francia*. Alicante: ECU.
49. Urteaga, A. (2011): Las rentas mínimas en Francia, *Papers*, 93, 959-983.