

Que
sais-je?

LA RÉFORME
DES SYSTÈMES
DE SANTÉ



Après les retraites... la santé

Bruno Palier

puf

TABLA DE MATERIAS

Introducción	1
Capítulo I – El desarrollo de los sistemas de salud	3
I. Los primeros pasos, 3 – II. Asegurar los ingresos de los enfermos, garantizar el estatuto de los médicos, 5 – III. La expansión de los sistemas de salud, 8.	
Capítulo II – La diversidad de los sistemas de salud	12
I. Los tres tipos de sistemas de salud, 13 – II ¿De qué manera funcionan los sistemas de salud? 14 -- III. Resultados diferenciados, 25	
Capítulo III -- ¿Por qué y como reformar los sistemas de salud?	28
I. Limitar el aumento de los gastos públicos, 28 – II. Los factores del aumento de los gastos en salud, 30 – III. – Diferentes modelos de regulación y oferta de cuidados,36.	
Capítulo IV – Las reformas de los sistemas de salud.	40
I. Del mercado de los sistemas de salud, 40 – II. La regulación costosa y Desigualitaria del mercado americano, 43 – III. – La competencia estimulada por las cajas de seguro por enfermedad, 44. --¿	
Capítulo V -- ¿Dirigir la seguridad social?	48
I. Controlar precios y demanda, 49 – II. La imposible regulación negociada, 50 --III Hacia un nuevo sistema de salud? 54	
Conclusión	57
Bibliografía	58.

INTRODUCCIÓN

¿Es posible frenar el aumento en los gastos de salud? El conjunto de los países desarrollados se ve hoy día enfrentado a esa pregunta. Pero ¿por qué razón es que aumentan los gastos en materia de salud? ¿Por qué razón son estos más altos y aumentan a mayor velocidad en ciertos países [Estados Unidos, Francia, Alemania], que en otros [Reino Unido, Suecia]? ¿Cuáles son las soluciones a las que se ha llegado en esos diferentes países para enfrentar la creciente demanda de cuidados de la salud? ¿Hasta qué punto influyen las reformas en curso las organizaciones internacionales y la Unión Europea? ¿Cuáles son las consecuencias sanitarias, sociales y financieras de las reformas que se manejan?

La cuestión de la reforma de los seguros de enfermedad asedia a todos los Gobiernos franceses desde hace más de veinte años. Toda tentativa de frenar los gastos en materia de salud parece haber fracasado en nuestro país hasta el punto en el cual este aumento parece en la actualidad incontrolable. Algunos llegan a la conclusión que hay que llegar a una decisión, siendo la cuestión política saber qué habrá de ser la responsabilidad de la colectividad, y qué deberá salir, en lo sucesivo, de los bolsillos personales [accidentes de ski, pequeños riesgos...]

Sin embargo, el análisis del funcionamiento y de las reformas de los sistemas de salud de otros países desarrollados demuestra que los problemas pueden solucionarse de otra forma en otros contextos, que el aumento de los gastos en materia de salud no son siempre inevitables, que a veces ello se debe a decisiones políticas y a elecciones institucionales [como ser la forma de remunerar a los médicos o el libre acceso de los pacientes a todas las puertas del sistema], que resulta posible tener concomitantemente igualdad de acceso a los cuidados médicos, obtener excelentes resultados sanitarios y finanzas públicas equilibradas.

Si tomamos en cuenta los debates internacionales vemos asimismo que las reformas actuales, marcadas por el desarrollo de mecanismos comerciales dentro de los sistemas de salud, no son consecuencia únicamente de las evoluciones tecnológicas [progreso de la medicina] y demográficas [envejecimiento de la población]. Ellas también son el resultado de las preocupaciones en materia de política económica dirigida a colocar los sistemas de salud heredados de los Treinta Gloriosos keynesianos en línea con las nuevas políticas macro-económicas, basadas en la ortodoxia presupuestaria, la centralización de los mecanismos del mercado y la imperiosidad de la competencia.

Estos objetivos económicos, compartidos por todos los países y a escala internacional, pueden tener como consecuencia cuestionar uno de los fundamentos de los sistemas de salud europeos, como ser la igualdad de acceso a cuidados médicos. Todo gobierno que desea reformar su sistema de salud se encuentra apesadado entre los compromisos económicos internacionales, el apego de las poblaciones a su sistema de salud [particularmente fuerte en Francia] y la resistencia de las profesiones médicas a las tentativas de regular sus prácticas [en particular la medicina liberal].

Para comprender el, o mejor dicho, las reformas del sistema de salud, conviene referirse a la manera en la cual los sistemas de salud están organizados, a las prescripciones de los organismos internacionales y a los arbitrajes de políticas nacionales. El objetivo de este trabajo es a la vez hacer conocer mejor qué es lo que determina las reformas de los sistemas de salud y de indicar las opciones que pueden efectuarse relativas a dichas determinaciones, mostrando la diversidad de soluciones adoptadas en otras partes.

El trabajo ha sido concebido en cinco capítulos. El primero analiza la historia de los sistemas de salud en los países desarrollados. El segundo muestra que existen diferentes formas de organizar los sistemas de salud [sistema liberal, sistema nacional de salud, sistemas de seguros de salud] que implica variaciones en los resultados obtenidos por cada una de ellas. El trabajo analiza seguidamente las razones por las

cuales parecería necesario reformar los sistemas de salud y el tipo de proposiciones que se efectúan al día de hoy, sobre todo por parte de las organizaciones internacionales. El capítulo cuatro analiza las reformas realizadas durante los últimos veinte años en los principales sistemas de salud de los países desarrollados [en particular británicos suecos, americanos, alemanes y holandeses] destacando una tendencia común a la introducción de la competencia [entre proveedores de asistencia o entre aseguradores]. El trabajo finalmente analiza las tres etapas de reformas realizadas en Francia [políticas dirigidas a controlar la demanda de asistencia y los precios, políticas que tratan de frenar la oferta de cuidados de salud por vía contractual, políticas actuales de reestructuración del sistema de salud, re definiendo las fronteras de la cobertura pública y las responsabilidades en el seno del sistema de salud].

Lejos de ser la única posibilidad, la política francesa reposa sobre la elección central de la libertad de los pacientes y de los médicos, características de nuestro sistema. Esta elección tiene consecuencias financieras [fuerte alza de los gastos de salud] y financieras [alto nivel de desigualdades sociales en materia de salud] que poco se mencionan en los debates públicos.

Capítulo I

EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para asegurar la salud, su bienestar y el de su familia, en particular por medio de la alimentación, vestimenta y techo y asistencia médica, así como a los servicios sociales necesarios; tienen derecho a la seguridad en caso de [.....]enfermedad [...].¹

Si bien el derecho a la salud fue proclamado ya en 1948 por las Naciones Unidas, pocos son los países en los cuales ese derecho esté al alcance de todos. El hecho es que ello requiere implementar muy importantes medio financieros, técnicos y humanos que permitan al grueso de la población asegurar su salud: instituir y mantener lugares en los cuales sea posible atender la salud, formación y remuneración de profesionales de cuidados de salud, creación, producción y comercialización de medicamentos y tecnologías médicas establecimiento de sistemas colectivos de financiamiento del conjunto. Hasta el presente únicamente los países desarrollados y sobre todo los de Europa Occidental han establecidos sistemas de salud colectivos que permitan efectivamente a todos asegurar su salud.

Un sistema de salud debe organizar la conjunción entre demanda y oferta de cuidados de salud. Se trata por una parte de brindar los medios financieros a los individuos para obtener ingresos sustitutivos en caso de enfermedad y poder cubrir los gastos resultantes de la enfermedad. Se trata por otra parte de organizar la producción de los cuidados de salud: los lugares de asistencia [en particular los hospitales], las profesiones médicas y, más recientemente, la producción y la distribución de medicamentos y otras tecnologías médicas.

La historia de los sistemas de salud pasa entonces, por la historia de las políticas sociales dirigidas a cubrir los riesgos de salud y por la historia de las profesiones médicas. Esta historia muestra un desarrollo en tres fases:

- el desarrollo de políticas de salud para los más pobres;

¹ Artículo 25 de la Declaración universal de los derechos del hombre, adoptado por las Naciones Unidas en diciembre de 1948.

- el establecimiento de mecanismos de seguros de enfermedad para ciertos asalariados;
- el desarrollo de sistemas de salud universales

La evolución de los sistemas de salud afecta las formas de organización de la profesión médica, cuidadosa de afirmar su monopolio sobre los cuidados de salud, la autonomía de sus prácticas así como defender sus intereses materiales en contraposición a quienes financian dicha asistencia. El rápido desarrollo de los sistemas de salud luego de la Segunda Guerra mundial, se inscribe dentro de un contexto particular en el cual el crecimiento económico permite el progreso social, que a su vez alimenta el crecimiento económico.

I – Los primeros pasos

Si bien los hospitales existen desde hace mucho tiempo, es sobre todo en el siglo XIX que verdaderamente tiene lugar el desarrollo de sistemas de salud, surgiendo por una parte el establecimiento de políticas de asistencia para los enfermos más pobres y por otra parte un progreso substancial de la medicina y el refuerzo del poder de los médicos que van de manos dadas.

1. “En sus orígenes el hospital, lugar de beneficencia.....”¹

Las primeras instituciones que tomaron a su cargo ciertos enfermos fueron los “Hôtels-Dieu”, hospitales establecidos desde la Edad Media, organizados y administrados por la Iglesia. En la medida en que la medicina no permitía realmente curar a los enfermos [ver las obras de Moliere a fin de captarla poca eficacia de la medicina antes del siglo XIX], se trataba sobre todo de acoger así como vigilar y tener separadas del resto de la población a las personas más pobres y marginalizadas, enfermas y moribundas.

En Inglaterra, a partir del siglo XVI, como consecuencia de una legislación sobre los pobres, las autoridades públicas locales tomaron la posta de las instituciones administradas por la Iglesia. Con las leyes sobre los pobres y las responsabilidades incumbente a las comunas, los ingleses privilegiaron la asistencia más allá del hospital [llamados hoy en día pacientes externos o asistencia ambulatoria] en comparación con los cuidados residenciales hospitalarios] mientras que otros países de Europa continental reforzaban el desarrollo de sus hospitales. Así en Suecia, las autoridades locales, que pagan a los médicos por trabajar en las zonas rurales desde 1600, obtienen dinero para construir hospitales a partir de 1765; se crean condados [equivalente a regiones en Francia] y se les responsabiliza del desarrollo de los hospitales a partir de 1862.

En Francia es con la Revolución francesa que la asistencia reemplaza a la caridad: los hospitales se nacionalizan y su administración es confiada a las autoridades locales. Dependerán de la Iglesia hasta 1851, fecha en la cual una ley convierte al hospital en establecimiento público comunal cuyo consejo de administración está presidido por el alcalde. Con la laicificación, los hospitales salen de manos de los clérigos y entran bajo la administración de los médicos, convirtiéndose cada vez más en lugares de investigación y desarrollo del saber médico.

Dos son los elementos de este periodo que aun marcan nuestro presente: por una parte, la organización y la administración local de los cuidados hospitalarios, confiándose en la mayoría de los casos a las autoridades locales, y por otra parte, la dualidad de las misiones del hospital, que se ven entre una lógica social de acoger a todos y en

¹ Destais, 2003 p.23

particular a los más desamparados; y una lógica médica de excelencia y de logros técnicos.¹

En el siglo XIX se multiplican asimismo en Europa las leyes de asistencia, que generalizan y extienden las acciones que otrora fueran realizadas por la Iglesia, a las comunas. Ellas consisten en crear para los más desamparados hospicios y centros de asistencia gratuitos, casa de acogida o de trabajo, ayudas monetarias. En Francia, la III República decide en 1893 garantizar el acceso a cuidados para los más pobres mediante la ley de asistencia médica gratuita, que permite a todo enfermo “inscrito en la lista de indigentes” hacerse curar gratuitamente por un médico que luego recibe paga de la administración.²

Es entonces cuando las políticas sociales están dirigidas a ayudar a los más pobres a enfrentar las enfermedades, que los médicos afirman su poder en el mundo de cuidados de la salud.

2. Afirmación del monopolio y de la autonomía de los médicos.³ – Es en el transcurso del siglo XIX que se realizan importantes descubrimientos que habrán de modificar los conocimientos médicos y el poder de los médicos. El descubrimiento de los vectores de las enfermedades [bacilos por Kock, bacterias y microbios por Pasteur] permite avances en la higiene pública y mejores resultados en la intervención de los médicos [que aprenden a evitar ser ellos mismos agentes de infección] sobre todo en materia de cirugía. El progreso en diagnósticos [análisis permitidos por la química y los medios de observación cada vez más precisos como el microscopio o el estetoscopio] contribuyen también a acrecentar la eficacia de la medicina.

Apoiados en su saber, los médicos se han de organizar para asentar su dominio en el campo de la asistencia. Habrán de luchar contra sus competidores potenciales [curanderos, los osteópatas y similares] con el fin de obtener el monopolio de su profesión en el campo de los cuidados de la salud. Así el estatuto de los médicos garantizando su monopolio sobre los cuidados de la salud se adopta en Bélgica en 1849, en Gran Bretaña en 1858, en Francia en 1892, en Alemania en 1935, en Austria en 1949.

Los médicos también se habrán de oponer a todo poder exterior [sobre todo administrativo] que quiera reglamentar sus prácticas. Obtendrán su autonomía mediante el establecimiento de instancias de autocontrol en las cuales solo ellos estén representados. Estas instancias definen las reglas de acceso a las profesiones médicas y controlan [aun estableciendo sanciones] a las prácticas médicas: creación de *General Medical Council* en 1858 en Gran Bretaña, creación de una cámara de médicos con poderes disciplinarios en 1891 en Austria, creación en 1935 de la Cámara imperial de médicos [*Reichsärztekammer*] en Alemania, creación de la Orden de médicos en 1940 en Francia, en 1939 en Bélgica.⁴ Apenas afirmaron su predominio en el seno del mundo de la salud, los médicos se vieron obligados a enfrentar a un nuevo poder, el de las cajas de seguros por enfermedad.

II -- Asegurar los ingresos de los enfermos, garantizar el estatuto de los médicos

¹ Destais,, *op.cit.* p.27

² Hassenteufel, 1997, p. 89

³ Para un excelente análisis de las relaciones entre los médicos y el estado ver HaSSENTEUFEL, 1997.

⁴ Hassenteufel, 1997, p.32-3

A partir de fines del siglo XIX, cada vez más países optaban por garantizar sus salarios a los más desprovistos de medio de subsistencia reemplazando su salario en caso de enfermedad y permitiéndoles así pagar los cuidados en materia de salud. Frente a esta socialización de la demanda de asistencia médica, los médicos reaccionan de maneras muy diferentes según los países.

1. Asegurar los ingresos en caso de enfermedad. – Tal como fuera el caso cuando se trató de jubilaciones, así sucede con el desarrollo del trabajo asalariado y de la industrialización que harán necesario el establecimiento de mecanismos colectivos que garanticen los ingresos de las personas enfermas. El pasaje de sociedades rurales a sociedades industriales [a fines del siglo XVIII para Gran Bretaña a comienzos del siglo XIX para Alemania, a mediados del siglo XIX para los Estados Unidos y Francia] significó para muchos abandonar la campaña para instalarse en las ciudades cerca de las fabricas, minas o talleres. Al abandonar su poblado, los individuos a menudo dejaban atrás la posibilidad de ser mantenidos por su familia, el vecindario o su parroquia en caso de enfermedad. Una vez convertidos en asalariados, su subsistencia reposa sobre su solo salario, a menudo bajo y aleatorio. Este novel asalariado [se comienza a hablar de proletariado] vive a menudo en gran pobreza, y su situación resulta especialmente difícil con una enfermedad le impide ganarse la vida [así como a la edad avanzada de donde surge el establecimiento de sistemas de retiro].

Los mecanismos de previsión, privados o colectivos, se desarrollan poco a poco con el fin de satisfacer las nuevas necesidades y a la vez para garantizar un ingreso de sustitutivo en caso de enfermedad así como permitir cubrir el costo de los cuidados médicos [sobre todo pagar a los médicos]. Se trata de sociedades de socorro mutuo o de cajas sindicales creadas por los obreros [en primer lugar en Inglaterra y en Francia], y cajas patronales que ofrecen una garantía de recursos a ciertos obreros meritorios. Estas cajas recogen las cotizaciones por enfermedad de sus miembros y les garantizan un ingreso compensatorio así como hacerse cargo de cuidados médicos en caso de enfermedad. A finales del siglo XIX, muchas veces bajo la presión de movimientos obreros cada vez más organizados, el Estado es llevado a generalizar ese tipo de sistema para los asalariados más pobres. Aquí la iniciativa va por cuenta de Alemania, con el canciller Bismarck quien, para llevar la contra a los socialistas, lanza en 1881 un programa de seguros sociales. Este prevé el establecimiento de un sistema obligatorio de seguros de enfermedad, votado en 1883. la ley obliga a los obreros alemanes [que ganen menos de 6,66 marcos por día y ejerzan su actividad en el sector de minas, canteras, transportes, fabricas y artesanato] y a su empleador a verter cotizaciones a su caja de seguros de enfermedad.¹ Adquieren así el derecho a una cobertura por enfermedad que garantiza un [débil] ingreso compensatorio en caso de enfermedad y que se hace cargo de los gastos resultantes de asistencia médica.

Según las modalidades más o menos cercanas a las establecidas por Bismarck, los países europeos habrán de decidir a comienzos del siglo XX el establecimiento de sistemas de seguro por enfermedad, a menudo reservados a los obreros más pobres: Suecia en 1891, Austria en 1906, Gran Bretaña en 1911 [la cual instaura un sistema de seguro de enfermedad para todos los británicos que ganen menos de 160 libras por año, sea cual sea su condición], Italia en 1927. en Francia un conjunto de leyes sobre los seguros sociales obligatorios [incluyendo el seguro por enfermedad] fue votado entre 1928 y 1930., sin que su puesta en vigencia sea satisfactoria, debido a la resistencia de numerosas profesiones, en primer lugar la de los médicos.

¹ Hassenteufel, 1997, p. 63

2. **Los médicos defienden sus ingresos y su estatuto.**¹ Con el desarrollo de las políticas de asistencia médica gratuita, pero sobre todo de las mutualistas y de las cajas de seguros de enfermedad, la relación entre médicos y pacientes se han modificado. Esta que se desearía que fuera una relación directa, de un individuo a otro, toma una dimensión colectiva, en el sentido que allí un tercero [mutualista, caja o Estado] interviene en lo sucesivo para hacerse cargo del pago de asistencia médica [se habla de un tercero que paga cuando el paciente no paga ya directamente al médico.] Esta socialización del financiamiento de la salud representa a la vez una oportunidad y una amenaza para los médicos. Una oportunidad en el sentido que con los seguros de enfermedad cada vez más pacientes, ahora solventes, pueden acceder a la asistencia médica y por lo tanto van a aumentar la posible clientela de los médicos. Pero también constituyen una amenaza en el sentido que los organismos que ahora financian los cuidados de salud [mutualistas, cajas o el Estado] desean poder opinar a propósito de la manera o del nivel de remuneración de los médicos, es decir, de sus prácticas.

En Alemania es el régimen autoritario de Bismarck quien decide sobre el funcionamiento de los seguros sociales, sin tomar en cuenta la posición de los médicos. Dentro de este nuevo sistema, la mayoría de los médicos debían trabajar para las cajas de seguro por enfermedad, administradas por quienes las financian, ya sean representantes de los empleadores o de los obreros. Bajo contrato individual estos “médicos de caja” vieron el monto de su remuneración fijada por ellos; dicha remuneración era en la mayoría de los casos a tanto alzado, sin importar cual fuera el nivel de actividad del médico; éste podía ser despedido, mientras que los asegurados no tenían la opción de elegir su médico. Estas condiciones de trabajo fueron vistas como cuestionando la autonomía, el prestigio social y el nivel de vida de los médicos

Poco a poco éstos se habrán de organizar en el seno de un movimiento unitario [el *Leipziger Verband*, fundado a comienzos del siglo XX] con el fin de adquirir una mayor autonomía dentro del sistema, reivindicar un aumento de sus honorarios, una remuneración por acto [pagando por cada visita hecha al médico] y no a tanto alzado, así como la libre elección del médico por parte del paciente. Calcando su proceder sobre el del movimiento obrero, multiplicaron las huelgas, rompieron su contrato con las cajas y obtienen cada vez mayores satisfacciones. Se firma un acuerdo en Berlín en 1913 que admite que el reclutamiento de los médicos de cajas se hará con el aval del *Leipziger Verband*, que las relaciones entre las cajas y los médicos a partir de ese momento estará administradas por un contrato colectivo [firmado por las cajas y el *Verband*], que la remuneración por acto médico pueda desarrollarse así como la libre elección.

En 1931 se instituyen uniones regionales de médicos de cajas, instancias concebidas por los médicos de cajas, a las cuales es obligatorio adherirse. Estas uniones serán las encargadas de controlar las actividades de los médicos de cajas y de verter los horarios a éstos últimos. Mediante su movilización, los médicos de cajas [medicina general] alemanes lograron así representar un papel cada vez más central dentro del sistema de salud, contratando con las cajas, negociando colectivamente y redistribuyendo los honorarios, controlando ellos mismos su actividad.

La integración de los médicos británicos dentro del sistema se hará más bien bajo la forma de una nacionalización de la medicina. En Gran Bretaña, la profesión médica estaba dividida en la medicina especializada ejercida en los hospitales [representada en los colegios reales], y los médicos generales que ejercían en sistema ambulatorio [representados por la *British Medical Association*], a menudo dependientes durante el

¹ Esta parte retoma otra vez más los trabajos de Patrick Hassenteufel. Ver asimismo Loriol, 2002.

siglo XIX de las cajas de seguros mutuales o de las cajas obreras. La sanción de la ley de 1911 creando un seguro por enfermedad solo concierne a los médicos generales que ven en éste la oportunidad de aumentar su clientela [dado que la ley va a solventar a los más desamparados] y escapar a la dependencia de las cajas mutuales a las cuales se encontraban hasta ese momento sometidos. Luego de ciertas oposiciones, los médicos urbanos* terminaron por aceptar la ley a condición de tener participación en el seno de los comités locales encargados de supervisar el sistema y estar bajo contrato y no asalariados. Los médicos se integran así poco a poco al sistema que se estatiza luego de la Segunda Guerra mundial. Dentro de ese marco, los médicos de ciudad consiguen mantener su relación contractual con el sistema, mientras que los especialistas continúan como asalariados de los hospitales pero pueden tener consultorios privados. Suecia ilustra el mismo tipo de dinámica de integración al sistema de salud en el sentido que, en un país que fuera durante largo tiempo pobre, la mayoría no tiene opción para sobrevivir que el ser financiados [y poco a poco asalariados] por los seguros de enfermedad [por la medicina ambulatoria] y la administración pública local, los condados [para los hospitales.]

En Francia, la oposición de los médicos al establecimiento de un sistema de salud socializado fue bastante más radical. Desde el fin del siglo XIX, numerosos debates políticos contraponen a los defensores de los seguros sociales obligatorios [sindicatos de asalariados, hombres políticos “solidaristas”, empresarios de la gran industria asociados al catolicismo social], y aquellos que prefieren la previsión voluntaria a nombre de la libertad individual [campesinos, profesiones independientes, pequeños empresarios y profesionales liberales] los médicos se asocian indudablemente a esta oposición liberal. A dicha posición ideológica hay que agregar una preocupación sobre la defensa de sus intereses materiales.

Luego de la ley de 1893 sobre asistencia médica gratuita, los médicos luchan por obtener mejores ingresos y el respeto de los “principios que preservan el ejercicio autónomo de la medicina; libre elección del medio por parte del enfermo, libertad del médico de rehusarse a cuidar a los indigentes, remuneración por consulta [y no solo a tanto alzado”¹ los sindicatos médicos, que otrora estuvieron divididos, se reunifican luego del congreso del 30 de noviembre de 1927, alrededor de la adopción de la Carta de la medicina liberal que afirma siete principios:

1. libre elección del médico por parte del paciente;
2. respeto absoluto del secreto profesional;
3. el derecho a honorarios por enfermo tratado;
4. pago directo de los honorarios por parte del paciente [rehusar pagos de terceros], honorarios fijados libremente por el médico [principio llamado de entendimiento directo entre el médico y el enfermo];
5. libertad terapéutica y de prescripción;
6. control de los enfermos por la caja, de los médicos por el sindicato y la comisión médica de arbitraje [se rehúsa todo control de los médicos por las cajas];
7. representación de los sindicatos de médicos en las cajas.

Esta carta de medicina libera sirve aun en la actualidad en Francia. Marca el rechazo de la integración de los médicos en el seno de un sistema colectivo de seguros de enfermedad obligatorios, a nombre de la defensa de los intereses materiales de los médicos: la relación [terapéutica, pero también financiera] con el paciente debe reposar

* N.de T. Referencia de probable origen balzaquiano contraponiendo urbano y rural pero que habitualmente se refiere a los médicos generales.

¹ Haussenteufel, 1997, p. 89

en una relación individual, toda relación colectiva en las cajas es rechazada, las cajas que aseguran, sin embargo, la solvencia de la clientela de los médicos y por lo tanto garantizan los ingresos de las profesiones médicas. Los médicos franceses logran imponer suposiciones luego de la aprobación de las leyes de seguros sociales obligatorios en 1928 u 1930 y preservar lo esencial de sus intereses luego del establecimiento de la Seguridad social a partir de 1945.

En 1958, el Estado logra organizar a los médicos de los hospitales: la ley Debré les otorga un estatuto de doble salario [hospitalario y universitario], permitiéndoles tener camas privadas en los hospitales públicos. Durante la década de 1960, la mayoría de los médicos urbanos aceptan progresivamente [mediante la firma de convenciones con las cajas, al comienzo departamentales luego nacionales en 1971] una tarifa única para sus honorarios reembolsada por la Seguridad social. Se habla de médicos miembros del convenio [del sector 1] que respetan los aranceles de la Seguridad social. A partir de 1980, sin embargo, algunos médicos quedan autorizados a facturar honorarios superiores a los de la Seguridad social [creación del sector honorario libre llamado sector 2]. 38% de los especialistas y 15% de los médicos generales se encuentran en la actualidad en el sector 2.

En los Estados Unidos, los médicos se habrán de organizar fuera de y contra todo sistema público generalizados, aliándose con los aseguradores privados que les garantizan un dominio mayor de sus ingresos y de su práctica. Es en parte el desarrollo importante de las aseguradoras privadas de la salud y de sus vínculos con los médicos que impidió toda universalización de la cobertura de salud en ese país. Veremos que los médicos americanos son hoy día presa de su relación con las aseguradoras que tratan cada vez más de controlar los costos y las prácticas médicas.

III. - La expansión de los sistemas de salud.

La generalización de los sistemas de salud se organiza luego de la Segunda Guerra mundial. Se trata entonces de asegurar a todos los ciudadanos un acceso legal a la asistencia médica garantizando al mismo tiempo el crecimiento económico.

1. -- **Salud para todos.** -- Es a partir de 1945 que la mayoría de los países europeos habrán de extender sus sistemas de salud. El objetivo es garantizar el acceso de todos a la salud. Se trata entonces de que el acceso a la salud no dependa de los ingresos del enfermo, sino de ofrecer a cada cual los cuidados que precisa. Se trata asimismo de evitar la selección de riesgos tal como hace los seguros privados: no discriminar a las personas cuya salud es la más frágil mediante cotizaciones elevadas, y mismo impedir que se rehúsen a hacer cargo. Cada cual financia el sistema de salud en función de sus ingresos [y no en función de su estado de salud] y recibe los cuidados en función de su estado de salud [y no según el monto de sus contribuciones]. En el caso de los países que desean efectivamente tratar de realizar el derecho a la salud para sus ciudadanos, se presenta dos opciones: la extensión de los seguros de enfermedad a todos o bien el establecimiento de un sistema nacional de salud universal.

Durante los años de posguerra, el objetivo de las políticas sociales es sobre todo garantizar la seguridad de los ingresos en contraposición con los riesgos sociales tales como huelgas, vejez, invalidez o enfermedad [circunstancias en las cuales no resulta posible solventar las necesidades mediante el propio trabajo]. Los progresos médicos aun no han conocido los desarrollos recientes y no es el hacerse cargo de los cuidados que constituye la función principal de la protección contra las enfermedades, sino el pago de un ingreso compensatorio que reemplace el salario mediante el periodo de

enfermedad [ingresos que en Francia se llaman indemnizaciones diarias por enfermedad].

Desde entonces, los sistemas de seguros sociales parecen adaptarse para garantizar un ingreso compensatorio y en segundo lugar, hacerse cargo de las consultas a los médicos y las estadias en el hospital. Muchos países habrán entonces de apoyarse sobre los seguros de enfermedad ya existentes, haciéndolos obligatorios para todos los asalariados y luego para toda la población [este es el caso de Alemania, Austria, Bélgica, los países bajos, Italia, Japón o España]. Francia se inscribe en esa trayectoria creando en 1945 el régimen general de Seguridad social que comprende un seguro por enfermedad para los asalariados del sector privado de a industrial y el comercio [que habrá de convertirse en la Caja nacional de seguros de enfermedad de los trabajadores asalariados, en francés CNAMTS [CNSETA en español] en 1967. Por el contrario no fue posible en Francia integrar a otras categorías profesionales en el régimen general varias de las cuales prefieren tener un régimen específico [sobre todo en el caso de los agricultores con la Mutual social agrícola MSA, creada en 1961, de las profesiones liberales y de los independientes con la Caja nacional de seguros de enfermedad de las profesiones independientes, CANAM, creada en 1966]¹

Los sistemas de seguros de enfermedad fueron concebidos para proteger a los trabajadores y a sus derechohabientes [cónyuge e hijos]. Se enfrentan a un problema de cobertura para quienes se encuentren durante mucho tiempo sin empleo: las personas en situación de gran precariedad no trabajan más, por lo tanto no siguen pagando las cotizaciones por concepto de enfermedad y arriesgan así perder su derecho al seguro por enfermedad. En Francia, se han creado diferentes dispositivos para garantizar el acceso de todos a la asistencia médica, por parte del seguro personal creado en 1978 [entre ellos los Rmistas que se benefician automática y gratuitamente desde 1988] a la Cobertura por enfermedad universal establecida en 1999.²

Con el fin de evitar la exclusión de ciertos ciudadanos al acceso a la protección contra enfermedades, otros países habrán de seguir una opción nueva, teoría que figuraba en el famoso informe Beveridge publicado en 1942.³ con el fin de liberar a los individuos necesitados, Beveridge sugiere desarrollar sistemas universales de protección social, que ofrecen a todos los ciudadanos, sea cual fuere su posición o sus ingresos una protección social uniforme [jubilación básica para todos, asignación por desempleo de un monto igual para todos...] Para la salud se trata de garantizar a todos los ciudadanos británicos un acceso igual y gratuito a la asistencia médica. Los laboristas británicos instituyen así en 1948 el sistema nacional de salud [*National Health Service*]. Esta trayectoria será seguida por los países nórdicos durante las décadas del cincuenta y del sesenta [Suecia, Dinamarca, Noruega y Finlandia]. Los países de Europa del Sur tratarán cada cual a su momento de transformar su antiguo sistema de seguro médico en un sistema nacional de salud: en 1978 Italia, 1979 Portugal, 1983 Grecia y 1986

¹ Existe aun ahora una quincena de otros regímenes, para los funcionarios, los agentes de empresas públicas, los estudiantes, los militares o los médicos miembros del convenio [una parte de cuyas cotizaciones sociales paga la Seguridad social], pero que revisten poca importancia y muy a menudo están vinculados al régimen general. Para una visión precisa del sistema de salud en Francia, ver Duriez *et al* 1999.

² La cobertura universal por enfermedad [CMU] permite a todos aquellos que no se encuentran ya cubiertos por un régimen obligatorio de seguro por enfermedad, beneficiarse de la Seguridad social haciéndose cargo de todos los gastos en materia de salud. Para las personas que ganen menos de 566 € por mes en 2004, la CMU es gratuita y permite que se beneficien con una cobertura complementaria. Ver capítulo V.

³ *Social Insurance and Allied Services, Report presented to Parliament by Command of his Majesty*, noviembre 1942.

España. Durante la década del ochenta Canadá, Australia y Nueva Zelanda trataran asimismo de desarrollar una cobertura universal de derechos de salud, sin adoptar, sin embargo, todas las estructuras de los sistemas nacionales de salud.

En algunos de estos últimos países convertidos al universalismo [Portugal, Grecia, Australia y Nueva Zelanda sobre todo], una gran parte de los cuidados en materia de salud seguirán siendo privados y las desigualdades de acceso a los cuidados médicos siguen siendo considerables [cf. Cap.II]. La universalización de los sistemas de salud no se logra allí completamente. Sin embargo, otros países ni siquiera pudieron tratar de universalizar sus sistemas de salud, en particular los Estados Unidos, país en el cual una coalición de los seguros privados, las profesiones médicas y una buena parte de las clases medias siempre se han opuesto a una cobertura generalizada y socializada de los riesgos para la salud. Los Estados Unidos cuentan con un sistema público de salud residual para los más pobres, las personas ancianas y los minusválidos, los demás deben recurrir, si pueden, a un seguro de salud privado, muy a menudo a cargo de los empleadores.

En aquellos países en los cuales las economías se desarrollan rápidamente [en Asia o América del Sur] o en los países de Europa Central y Oriental, numerosas leyes proclamaron la instauración de un sistema de salud, sin lograr, sin embargo, el objetivo de universalidad, más aun que, bajo la influencia de FMI y del Banco Mundial sobre todo, a menudo debieron privatizar una buena parte de sus sistemas de salud durante el transcurso de la década del noventa. En el resto del mundo, en particular en los países en vías de desarrollo, el acceso de todos a la asistencia médica sigue siendo un horizonte lejano, tal como lo ilustra el programa “salud para todos en el año 2000” lanzado por la Organización Mundial de la Salud [OMS] en 1975 cuyos objetivos no siempre se lograron.

2. Desarrollo de los sistemas de salud, crecimiento económico, empleo y bienestar social. – La garantía de acceso a la asistencia médica para todos es entonces principalmente una característica europea. Las décadas del cincuenta al setenta ven desarrollarse dos tipos de sistemas de salud en Europa: los sistemas de seguros de enfermedad, organizados en primer lugar por aquellos que trabajan y tienen causahabientes [esposa, hijos], financiados sobre la base de cotizaciones o sino sistemas nacionales de salud, garantizando un acceso igual y gratuito a los cuidados de salud para todos los ciudadanos, financiados mediante impuestos.

Su desarrollo se concibe como una obligación social de la nación hacia sus ciudadanos, pero también como un factor que contribuye a la buena salud de la economía. En efecto, el establecimiento de sistemas de salud en Europa reposa sobre un enfoque keynesiano de las relaciones entre políticas sociales y políticas económicas, que considera que las políticas sociales son favorables al crecimiento económico. Este enfoque keynesiano es compartido por la mayoría de los expertos y dirigentes políticos de las décadas del cincuenta y del sesenta en Europa en primer lugar el de William Beveridge o el de Pierre Laroque.¹

Así pues, según este concepto keynesiano de las políticas sociales, el tomar públicamente a su cargo los gastos de salud de la población y la garantía de un ingreso compensatorio en caso de enfermedad permite:

1. el cuidado y una mejor productividad de la mano de obra sobre todo mediante la mejora de su estado sanitario;
2. el mantenimiento de la capacidad de consumo en caso de incapacidad de trabajar por causa de enfermedad [gracias al pago de indemnizaciones diarias];

¹ “Padre fundador” del sistema francés de ‘seguridad social. Ver Palier, 2002, cap. II.

3. la creación de empleo.

Un sistema de protección social resulta directamente favorable al empleo, siempre que se financie el desarrollo económico de las actividades del sector sanitario y social [hospital, medicina, farmacia, asistencia social, etc.]. De esta forma, en la mayoría de los países desarrollados, los empleados del sector de la salud pasaron de 2,8% en 1970 a 5,8% en 1992. en Francia las cajas de Seguridad Social del régimen general empleaban cerca de 180,000 agentes a fines de 1994; el sector sanitario representaba en Francia 1,657,839 empleos en 1992, o sea, 7,4% de los empleados totales.¹ El desarrollo de los sistemas de salud permite principalmente la expansión de las profesiones médicas. En los países desarrollados, se pasó así de 1,1 medico por 1,000 habitantes en promedio en 1960 a 2,9 en el 2000 [de 1 a 3,3 en Francia].²

El desarrollo de los sistemas de salud permitió asimismo e de las actividades de investigación y producción de nuevas técnicas de cuidados y de nuevos medicamentos. A partir de dicha instancia los años de crecimiento han sido asimismo años de grandes progresos médico, lo cual significa que los gastos en materia de salud no solamente han aumentado,³ sino que también cambiaron de índole. Mientras que al comienzo de la década del cincuenta, la mayor parte de las erogaciones servían para el pago de un ingreso compensatorio a los enfermos, a partir de la década del setenta, la mayor parte de los gastos en materia de salud se destinan al financiamiento de los cuidados: medicamentos y otros tratamientos, gasto de funcionamiento de las estructuras de cuidados, y sobre todo a la remuneración de las profesiones relacionadas con la salud. Se pasa así de gastos de salud utilizados primordialmente para el ingreso compensatorio de los enfermos a gastos destinados a financiar el ingreso de los profesionales de la salud [aproximadamente 70% de las erogaciones actuales por concepto de salud en Francia].

El conjunto de estos desarrollos no solo permitió sino que asimismo se apoyó en un fuerte crecimiento económico; se tradujo en una mejora general del estado de salud de la población. En el enfoque keynesiano sobre el cual se funda la creación de sistemas públicos de salud, los objetivos de política económica y de política social son perfectamente compatibles. Las erogaciones públicas por concepto de salud contribuyen al crecimiento económico al mismo tiempo que mejoran no solamente el nivel sino también las condiciones de vida de la población. De esta forma se pueden resumir los resultados substanciales obtenidos en Francia gracias a la creación de la Seguridad social: "Un sentimiento real de seguridad se creo y desarrollo con toda justicia en la población . la vejez ya no es más un signo de pobreza. La población se pudo beneficiar, gras a la Seguridad social, de progresos considerables logrados por la medicina a partir de 1945 los cuales permitieron hacer retroceder el sufrimiento y la infelicidad de los hombres, sobre todo de los niños en los cuales la morbilidad disminuyó fuertemente..."⁴ así, en Francia, la esperanza de vida de las mujeres que de 40 años hacia 1880, pasó a ser 68,6 años en 1950, 80,9 años en 1990 y 5% en 1996.⁵

En vista del progreso a que ello ha dado lugar, se compren que los franceses, así como todos los europeos, tengan gran apego por sus sistemas de protección de la salud. Si

¹ J.F. Chadelat, La Seguridad social, un actor de apoyo al crecimiento y al desarrollo del empleo, *Revue française des affaires sociales*, vol. 49, N°4, octubre-diciembre 1995, p.87-88

² Fuente: OCDEK 2003.

³ Estos representan menos de 4% de la riqueza nacional [Producto bruto interno, PIB] de los países desarrollados en 1960, y 8,2% del PIB como promedio en 2001 [9,5% para Francia], ver capítulos siguientes.

⁴ Informe del comité de sabios de los *Estados Generales de la Seguridad Social* 1987, p. 5-6.

⁵ Join-Lambert, 1997, p.535

bien, al mismo tiempo que contribuían al crecimiento económico, todos los sistemas de salud permitieron adelantos sociales importantes, sus comportamientos, sin embargo, no son comparables en todos sus aspectos. Estos varían en función del modo de organización adoptado.

Capítulo II

LA DIVERSIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Luego de las opciones efectuadas a partir de 1945, se crearon diferentes sistemas de salud. Es posible diferenciar tres grandes tipos de sistemas de salud [sistemas liberales residuales, sistemas de seguros de salud o sistemas nacionales de salud]. Sus consecuencias en materia de equidad, estado de salud de la población y viabilidad financiera, varían en función del modo de acceso a cuidados de salud, del tipo de prestaciones privilegiadas, de la modalidad de financiamiento y de organización que asumieran. Son los sistemas nacionales de salud nórdicos, países en los cuales el presupuesto no estaba excesivamente restringido los que combinan los mejores resultados sanitarios, sociales y financieros.

I. – Los tres tipos de Sistemas de Salud

La historia de los sistemas de salud en los países desarrollados muestra que en los diferentes periodos, todos los países compartieron objetivos similares en materia de salud [asistir a los enfermos pobres, garantizar un ingreso compensatorio de los asalariados enfermos y, en el caso de los europeos, garantizar el acceso cuidados para todos] pero optaron por respuestas diferentes. Estas diferencias provienen sobre todo del tipo de instituciones que se hicieran cargo de la demanda de salud [papel del Estado, de las mutualistas y de los seguros privados], del tipo de organización de la oferta de salud [ubicación de los hospitales públicos, papel de los médicos generales, etc.] y de las profesiones médicas desarrolladas en el pasado [importancia de la medicina liberal]. Estas diferencias reflejan asimismo las diferencias de prioridad para cada sistema: universalidad de la cobertura por enfermedad para unos, la elección del médico y el mantenimiento de una medicina liberal para los otros, la prioridad otorgada al mercado en el caso de los Estados Unidos. Tres principales sistemas de salud que existen hoy día en los países desarrollados.

1. **Los sistemas nacionales de salud** [Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia, Gran Bretaña, Irlanda, Italia, España y parcialmente Portugal, Grecia, Canadá, Australia y Nueva Zelanda] que aseguran acceso quasi gratuito a los cuidados de salud para el conjunto de los ciudadanos con el fin de garantizar la universalidad de la cobertura por enfermedad. La oferta de cuidados está organizada principalmente por el Estado y

financiada por medio de impuestos. Ciertos sistemas reposan sobre una organización muy centralizada [el caso de Gran Bretaña sobre todo] mientras que otros descentralizaron su organización y su administración [caso sobre todo de los países nórdicos].

2. **Los sistemas de seguros para enfermedad.** [Alemania, Francia, Austria, Bélgica, Luxemburgo, Japón, los Países Bajos con anterioridad a la reforma Dekker – ver cap. IV – ciertos países de Europa Central y Oriental]. La oferta en materia de salud en ellos es en parte privada [cuidados ambulatorios, ciertos hospitales o clínicas], en parte pública [una parte fundamentalmente del conjunto hospitalario] y garantizan principalmente la elección del médico por parte del paciente así como el estatuto de la medicina liberal. Los gastos derivados de los cuidados en materia de salud están mayoritariamente a cargo de las diferentes cajas de seguro por enfermedad y son financiados por cotizaciones sociales. El sistema francés es centralizado mientras que el alemán está organizado a nivel regional [las *Länder*]

Los sistemas liberales de salud [principalmente el de los Estados Unidos, e de Irlanda pero también aquellos que habían surgido de reformas realizadas en ciertos países de Europa Central y Oriental o en ciertos países de América Latina]. El sistema público de protección ante enfermedades es el de ellos residual. Únicamente las personas necesitadas de cuidados de suma urgencia, los más pobres y las personas de edad avanzada y los inválidos se benefician de un apoyo público en materia de salud, todos los demás deben recurrir a un sistema de seguros privados, financiados las más de las veces por los empleadores. Una parte de la población se encuentra sin cobertura ante enfermedades. La oferta de cuidados en estos países casi totalmente privada. El sistema americano combina los tres tipos de protección posible ante enfermedades: asistencia médica gratuita para los más pobres [*Medicaid* y *SCHIP*], seguros de enfermedad para los más pobres [*Medicare*] y seguros privados para las clases medias y acomodadas [financiadas por los empleadores o por los propios individuos].

Los resultados obtenidos varían de un sistema al otro. Los sistemas nacionales de salud aseguran generalmente una gran igualdad de acceso a cuidados médicos y de nivel de gasto de salud relativamente bajos, pero pueden brindar una calidad de cuidados discutible y se caracterizan en su mayoría por largas filas de espera antes de poder acceder a cuidados especializados. Los sistemas de seguro de enfermedad permiten asegurar la elección por parte del paciente, el bienestar y el mantenimiento de la calidad de los seguros, pero muy a menudo significa grandes erogaciones en materia de salud y algunas veces desigualdad de acceso a cuidados. El sistema americano funciona muy bien técnicamente y permite a las clases acomodadas acceso a los mejores cuidados, pero se caracteriza asimismo por muy grandes desigualdades [en el acceso a los cuidados y en el estado de salud de la población] y un nivel global de erogaciones en salud sumamente alto.

Con el fin de que se entiendan mejor estas diferencias en sus resultados, tenemos que entrar en un examen detallado del funcionamiento de estos sistemas.

II. -- ¿De qué manera funcionan los sistemas de salud?

Con el propósito de comparar el funcionamiento de los sistemas de salud, vamos a examinar la forma en la cual estos se hacen cargo de la demanda y oferta de cuidados. Para ello, conviene analizar la forma en que está organizado el acceso al sistema de salud, cuales son los tipos de prestaciones que ésta asegura, la forma en la cual se financian los gastos en salud, cómo está organizado y regulado el conjunto del sistema.

Vamos a destacar las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de cada una de las diversas modalidades que se aplican.

1. Acceso al sistema de salud. -- La igual de acceso a los cuidados de salud se garantiza mejor en los sistemas nacionales de salud, pero la circulación de los pacientes goza de menor libertad que en los sistemas de seguro por enfermedad.

¿Quién tiene derecho a beneficiarse de los sistemas de salud? Las poblaciones cubiertas por los sistemas de salud varían de un país a otro. Los sistemas nacionales de salud son accesibles a todos los residentes legales de un país, sin condición particular. Los sistemas de seguro por enfermedad fueron en primer lugar destinados a los asalariados y a sus causahabientes. En Europa, se extendieron a todos mediante la creación de mecanismos de seguro personal gratuito para los más desamparados [CMU en Francia]. En Alemania y en los países bajos, los más ricos no tienen obligación de afiliarse a un sistema de seguro de enfermedad obligatorio.¹ En los sistemas residuales [o liberales] de salud, la asistencia pública se limita a ciertas categorías particulares de la población. En los Estados Unidos, se trata de programas de asistencia médica [Medicaid destinado a los más pobres y *State Children's Insurance Program* – SCHIP para los niños más pobres, y programas de seguro por enfermedad [Medicare] destinados a las personas mayores de 65 años, a los inválidos y a los funcionarios. En los Estados Unidos únicamente 25% de la población se encuentra cubierta por un programa público en materia de salud. La mayoría de la población está cubierta por un seguro de salud privado. 14% de la población se encuentra sin cobertura de salud.

Más está cubierto un sector importante de la población, mayores serán los montos públicos que destinados a la salud. Así tenemos que debido a que todos los norteamericanos no están cubiertos por el sistema público de salud, los Estados Unidos dedican una parte relativamente limitada de sus erogaciones públicas a la salud [6,2% del PIB en el 2001]², pero sus gastos totales en materia de salud [pública y privada] los más elevados del mundo [13% del PIB en 2001].³ Inversamente, Suecia dedica 7,1% de su PIB a los gastos públicos en materia de salud, y 8,7% al conjunto de erogaciones en materia de salud, siendo esta una de las mejores coberturas públicas del mundo [85,2% de los gastos están cubiertos por el sistema].

En el sentido de que cubren el conjunto de la población sin condición y significan una muy considerable parte de los gastos, los sistemas nacionales de salud aseguran la mayor igualdad de derechos a la salud. En Francia, aun si la CMU asegura que nadie se encontrará sin seguro por enfermedad, la existencia de un techo de recursos para gozar del derecho a la cobertura complementaria crea desigualdad de acceso a los cuidados,⁴ así como la necesidad de pagar los honorarios a los médicos urbanos.

El acceso a los proveedores cuidados de cuidados médicos. – Existe una suerte de oposición entre la igualdad de acceso al sistema de salud y la libertad de circulación en el seno del sistema. El acceso a los proveedores de cuidados médicos puede estar más o menos controlado. Los sistemas de seguro por enfermedad [sociales o privados] aseguran mayoritariamente una libertad bastante amplia de elección del médico por parte del paciente, pudiendo este último ir directamente a un especialista, consultar

¹ la afiliación no es obligatoria para las personas quienes ganaban más de 3,75€ en los países bajos en 2002.

² Fuente: OCDE, 2003

³ *Ibid*

⁴ 8% del los franceses no tiene cobertura complementaria en el 2004.

varios médicos sobre una misma patología o acceder directamente al hospital [el caso de Francia]. Por el contrario, la mayoría de los sistemas nacionales de salud tratan de controlar la circulación de pacientes dentro del sistema. Los pacientes pueden generalmente elegir su médico general, pero dentro de una circunscripción administrativa. Deben luego indicar la autoridad local con cual médico o centro de cuidados desean registrarse. El acceso a los especialistas [que ejercen frecuentemente en el hospital dentro los sistemas nacionales de salud] se encuentran generalmente restringidos por la obligación de figurar en una lista de espera, o por la obligación de contar con la recomendación de un médico general. En este ultimo caso, el médico general constituye el punto de pasaje obligatorio para acceder al sistema, entonces se habla de una barrera a la entrada [*gate keeping*] para el médico general [como en el caso británico]. La inscripción en una lista de espera se ha convertido en un problema mayor de los sistemas nacionales de salud. En Gran Bretaña, en el 2001 y el 2002, 22% de los pacientes debieron esperar más de trece semanas antes de obtener una cita para consulta en el hospital, el 27% de los pacientes debieron esperar más de seis meses antes de ser hospitalizados. Las listas de espera para acceder al hospital constituyen asimismo un gran problema en Suecia.

Este problema es mucho menos común en aquellos países en los cuales la libertad de elección es mayor [y la oferta de servicios es más abundante]. Sin embargo, la libertad de elección del médico por parte de paciente, reclamada a principios del siglo XX por los médicos liberales, apreciada por los pacientes franceses, alemanes o americanos, crea una competencia entre los médicos que puede dar lugar a un importante gasto. Aún si el “nomadismo médico”[el hecho de cambiar seguido de médico, de consultar varios médicos por una misma patología] está relativamente limitada en los hechos, incluso en los sistemas en los cuales la elección del médico es totalmente libre, la competencia entre médicos incita a una importante prescripción para satisfacer al cliente y evitar que vaya a consultar en otra parte, posibilidad mucho menos abierta en el caso de los sistemas nacionales de salud.

El hecho de controlar la circulación de los pacientes permite evitar la competencia fuente de inflación de los gastos, pero permite sobre todo seguir mejor a los pacientes, , una mayor coordinación entre los diferentes actores que circundan a un mismo enfermo. El seguimiento del paciente permite sobre todo evitar la barrera entre el médico urbano y el médico de l hospital [tan sólida en Francia], que incita a la multiplicación de exámenes [cada vez que consulta a un médico] y puede algunas veces conllevar a una contradicción de las prescripciones o de los cuidados prodigados.

En la actualidad en la mayoría de los sistemas de protección contra las enfermedades basados sobre seguros [sociales o privados], que aseguran una gran libertad de elección para los pacientes, se está considerando controlar mejor la circulación de los pacientes dentro del sistema, a la vez para limitar gastos inútiles y para mejorar el seguimiento del paciente y la coordinación de cuidados. Se busca así que cobre importancia el médico general [los alemanes hablan de “médico de familia”] en el papel “médico referente” [por el cual debe pasar el paciente antes de realizar otras consultas], hacer circular una historia clínica compartida entre todos los profesionales intervinientes, establecer nexos o aun redes de cuidados [conjuntos de médicos reunidos por un mismo asegurador por ejemplo]. El establecimiento de estas nuevas prácticas implica una restricción a la libertad de elección y, frecuentemente, un papel mayor para los médicos generales, elementos que suscitan fuerte resistencia por parte de pacientes y especialistas.

2. -- Las prestaciones. – Los sistemas nacionales de salud aseguran una más extensiva administración pública de los cuidados de salud; importantes tickets moderadores aumentan las desigualdades de acceso a la asistencia médica.

¿Qué es lo que toma a su cargo el sistema? – Todos los sistemas europeos de protección social garantizan un ingreso compensatorio a las personas que se ven obligadas a dejar de trabajar por causa de enfermedades. Estos ingresos pueden quedar directamente bajo el sistema de salud [caso de los seguros de enfermedad] o ser pagos por un organismo público diferente del sistema de salud [caso de los sistemas nacionales de salud]. Hemos visto que en la actualidad la mayor parte de los gastos ya no se consagran a indemnizaciones diarias sino que son destinados a hacerse cargo de los costos de cuidados médicos.

Esta cobertura puede estar más o menos limitada. Una parte del costo de los cuidados pueden en efecto dejarse a los usuarios. Se habla entonces de pago compartido o en Francia, de “ticket moderador.” En su origen, el ticket moderador estaba destinado a “responsabilizar” a los pacientes, incitándolos a moderar su consumo de cuidados al obligarlos a pagar una parte de los gastos de salud. Las teorías de seguros suponen, en efecto que el conjunto de riesgos está cubierto y si las prestaciones son gratuitas, entonces los usuarios toman riesgos inútiles y abusan del sistema [se habla de riesgo moral, en inglés *moral azar*]. Es por ello que se impone una franquicia a los asegurados en materia de seguros de automotores y que se estableció un ticket moderador en Francia para los cuidados de la salud. Pero una parte de los cuidados de salud dejados a cargo de usuarios pueden quedar en manos de las aseguradoras voluntarias o bien de las mutualistas.

En Francia, el ticket moderador, habiendo quedado en manos de las mutualistas no moderó en lo absoluto, salvo los gastos de quienes no pueden solventar las mutualistas. Una mayor extensión de los tickets moderadores solo transfiere las erogaciones del sistema público a las mutualistas; pero tiene consecuencias muy graves sobre el acceso a los cuidados médicos de los más desamparados que se ven obligados a anular o posponer ciertos cuidados y esperan un agravamiento de su patología para ir al hospital, donde los cuidados son gratuitos [pero mucho más costosos para el sistema]. En Suecia, por el contrario, la parte paga por los usuarios no es reembolsable [en Francia se hablaría de franquicia de índole pública, no reembolsable], pero está limitada a una suma a tanto alzado por año [99 € para las consultas], de manera tal de no penalizar a los más enfermos y a los más desamparados.

Ningún sistema de salud cubre la totalidad de los gastos en materia de salud. Conviene por lo tanto diferenciar entre las erogaciones públicas en materia de salud [la parte cubierta por el sistema] y las erogaciones totales o globales por concepto de salud [llamadas en Francia gastos nacionales de salud]. Una forma de medir la equidad de un sistema de salud consiste en calcular la tasa por hacerse cargo que éste garantiza, es decir, la relación entre los gastos públicos y los gastos totales en salud. Los sistemas nacionales de salud son aquellos en los cuales la diferencia entre gastos públicos y gasto totales por concepto de salud son más reducidos. Al imponer un co-pago muy limitado [entre 14 y 17 % de los gastos en el caso de los sistemas nórdicos o británicos], se hacen cargo de la forma más generosa de los cuidados de salud y aseguran así a todos el mejor acceso a la salud [ver cuadro 1]

Cuadro I. – Parte correspondiente a gastos públicos
En los gastos totales de salud, año 2001 [porcentaje]

Alemania	74.9	Italia	75.3
Canadá	70.8	Japon [2000]	78.3
Dinamarca	82.4	Noruega	85.5
España	71.4	Países Bajos	63.3
Estados Unidos	44.4	Portugal	69
Francia	76	Reino Unido	82.2
Grecia	56	Suecia	85.2

Esta tasa de cobertura solamente da las cifras globales que es conveniente tomar en cuenta para ver la manera en la cual se distribuye la carga pública. En el caso de los alemanes, holandeses y americanos, la relativa debilidad de las cifras corresponde en parte al hecho de que toda la población no recibe cobertura del sistema obligatorio. En el caso de los demás se trata de que una parte de los cuidados no están cubiertos. Existen diversas maneras de definir quien se hace o no responsable del sistema. Sea que se trate de una tasa por concepto de administración o de reembolso aplicado a los diferentes cuidados [tales como los honorarios de los médicos urbanos del sector 1 a quienes se les reembolsa el 70% de la Seguridad Social en Francia], o se puede asimismo definir una “canasta de cuidados” que recibe cobertura pública [lista de los actos y medicamentos cubren tal como sucede en el sistema holandés o en la CMU de Francia].

En todos los sistemas de salud de los países de Europa Occidental, los cuidados más costosos, necesarios para enfermedades muy graves [cáncer, enfermedades cardiovasculares, sida, diabetes] y por las enfermedades de extensa duración [enfermedades degenerativas], son muy bien administrados [la quasi totalidad de los cuidados hospitalarios están cubiertos en Europa]. El costo representado por dichos cuidados es muy alto y representa la mayor parte de los gastos en materia de salud. Así en Francia, el 5% de los pacientes que sufren las afecciones más graves absorben el 51% de los gastos [o sea, 18,000 €por persona y por año] y el 60% de los reembolsos.¹ Por el contrario los cuidados menos onerosos pero más frecuentes, asociados a patologías menos graves tratadas por los médicos urbanos, están bastante bien cubiertas según los sistemas. Esta responsabilidad están frecuentemente limitada para los sectores considerados vitales y los cuidados odontológicos y ópticos. La administración de los medicamentos muy frecuentemente está modulada en función de la eficacia que se le atribuya a los mismos y el tipo de patología que deben curar. Francia se distingue por una cobertura inadecuada de los cuidados ambulatorios en comparación con los casos suecos e ingleses pero también con el alemán: únicamente el 60% de los cuidados ambulatorios están cubiertos por un seguro de enfermedad obligatorio por enfermedad.

Los franceses que no sufren de enfermedades graves deben de apoyarse en su seguro o mutualista complementaria para asumir en parte [creciente] de sus gastos en materia de salud [cerca de un 13% del total] sabiendo que aun les queda financiar de sus propios bolsillos aproximadamente un 11% de sus gastos totales.² Esta condición específica francesa, conjuntamente con los bajos niveles de reembolso de los cuidados

¹ Consejo Superior, 2004

² OCDE, 2003

ambulatorios, hacen que los seguros complementarios se hayan desarrollado mucho: aproximadamente el 85% de los franceses tienen una mutualista o un seguro de salud complementario para cubrir una parte de los gastos a su cargo, a lo cual se debe agregar el 7% de los franceses que acceden a una cobertura complementaria gracias a la CMU/ en comparación únicamente el 1% de los suecos tiene un seguro por enfermedad complementario, el 11% de los británicos y el 25% de los alemanes [aquellos que se ubican más allá del umbral de seguros de enfermedad obligatorios y los que desean completar la cobertura por enfermedad].

Entonces aun si el sistema francés cubre muy bien a los enfermos más graves, que ocasionan la mayoría de los gastos en salud, la mayoría de los franceses [los que consumen relativamente pocos cuidados de salud: 15% de la población tiene gastos inferiores a 400 € al año, un 25% inferiores a 150€ y el 50% menos de 470 €¹ tienen siempre que pagar mayores cotizaciones [a la Seguridad social y a sus mutualistas] para obtener una cobertura incompleta, que disminuye con el alza de los tickets moderadores y los excesos en los honorarios. Este sentimiento proviene de la disociación entre las asas de cobertura, excelentes para los cuidados más agudos pero – felizmente – poco frecuentes en Francia, las tasas de cobertura relativamente débiles para los cuidados corrientes a los cuales todo tienen acceso. Más allá de los efectos perversos sobre la salud de los franceses, los más desamparados, este desplazamiento arriesga el surgimiento de dudas sobre la eficacia y la legitimidad del conjunto de nuestro sistema de asumir los cuidados de salud.

4. **Financiamiento.** – El financiamiento por impuestos parece ser hoy día más adecuado que el financiamiento por medio de cotizaciones sociales para los sistemas de salud universalizados. La remuneración *a priori* de los integrantes de la salud [a tanto alzado, presupuesto global] permite de manera más adecuada controlar los gastos pero parece ser incompatible con un enfoque liberal de la medicina, la cual prefiere la remuneración por acto.

Financiamiento de los sistemas. – Hay mayoritariamente dos maneras de financiar los gastos públicos en materia de salud. Los sistemas nacionales de salud están a favor del impuesto mientras que los sistemas de seguros de enfermedad desde hace ya largo tiempo están a favor de las cotizaciones sociales deducidas de los salarios. En el origen de los sistemas de salud parecía lógico financiar los gastos en materia de seguros de enfermedad mediante cotizaciones deducidas de los salarios pues el objetivo principal consistía en asegurar un ingreso compensatorio a los enfermos en la actualidad, hasta donde los sistemas de salud no limiten más su cobertura a aquellos que trabajan [[y, por consiguiente, coticen] y hasta donde los gastos de salud financien mayoritariamente los cuidados de salud [sin que exista vínculo alguno con los réditos derivados del trabajo], parecería más adecuado financiar los gastos mediante impuestos. Por ello, Francia poco a poco ha ido reemplazando las cotizaciones por enfermedad pagadas por los asalariados por la Contribución social generalizada [CSG] impuesto sobre toda renta: del trabajo, del capital y de los ingresos indirectos [pensiones de los jubilados seguros de paro, indemnizaciones diarias]. El impuesto puede ser general [como es el caso de la CSG], específico [como es el caso de impuestos sobre tabaco y alcohol en los cuales los ingresos provenientes de los mismos están destinados a la seguridad social], o locales [como en el caso del financiamiento de los sistemas de salud escandinavos, sumamente descentralizados].

¹ Consejo Superior, 2004

Los franceses pagan por concepto de seguro de enfermedad un CSG de 5,25% de todos sus ingresos por concepto de trabajo y de capital [3,95% sobre las jubilaciones, seguros de paro e indemnizaciones diarias]. La CSG financia alrededor del 30% de los gastos por concepto de salud. Las industrias farmacéuticas paga un impuesto sobre las ventas y los gastos de publicidad. Las tasas impositivas sobre el tabaco y el alcohol [representan la mayoría de los costos de dichos productos] van al régimen general de la Seguridad Social y representan el 3,4% de sus ingresos. El resto de las erogaciones públicas de salud se financian mediante cotizaciones sociales pagadas por los empleadores [12,80% de los ingresos brutos] y por los asalariados quienes, además de la CSG pagan un 0,75% de cotizaciones para financiar las indemnizaciones diarias. Las cotizaciones de la CSG para los seguros de enfermedad representan alrededor del 18,8% de los salarios [habría que agregar las cotizaciones para las mutualistas o los seguros de salud privados que oscilan entre un 2 y un 4 % de las rentas de los asegurados].

En Alemania, las cotizaciones sociales por enfermedad representaban el 14% de los ingresos de los asalariados en el 2002 [las cotizaciones graban únicamente los ingresos inferiores a 3375 €, monto máximo de las rentas más allá del cual no es obligatorio estar asegurado]. Las cotizaciones se pagan a medias por parte de los empleadores y por los asalariados. Por debajo de los 325 € de renta, únicamente los empleadores pagan una cotización del 10%. Los gastos en materia de salud se financian únicamente para el 8,45 mediante impuesto en Alemania. En Suecia, los impuestos locales financian el 66% de las erogaciones en materia de salud. Estas representan el 85% de los gastos de las localidades. El nivel total de impuestos locales se eleva a 31,4% de las rentas. El financiamiento público de los gastos en materia de salud se basa en la idea de que cada cual financie según sus rentas y no de acuerdo con su perfil de riesgo. El financiamiento mediante impuestos permite introducir ciertos mecanismos de redistribución [si el impuesto es progresivo]. Inversamente el financiamiento por parte de las aseguradoras privadas toma en cuenta el perfil de riesgo de los asegurados, y regula el monto de las primas en función de la edad, del sexo, y aun del estado de salud del asegurado, reduciendo así la igual entre ciudadanos ante enfermedades.

*La remuneración de los productores de cuidados*¹. – Para determinar como distribuir el dinero recaudado a los diferentes integrantes de la salud, los sistemas nacionales de salud privilegian una modalidad de financiamiento *a priori* del sistema. Definen cada año el monto que se habrá de consagrar a la salud, los distribuyen a los diferentes integrantes que deben administrar un presupuesto limitado *a priori*. Inversamente, en los sistemas de seguro por enfermedad los cuidados ambulatorios se financian *a posteriori*: la que está primero es la demanda de cuidados, el monto de los gastos depende de la actividad y de las prescripciones de los médicos, el sistema funciona a ventanilla abierta. Este tipo de financiamiento no permite controlar el nivel de gastos en materia de salud.

Los recursos recaudados sirven para financiar las indemnizaciones diarias, para remunerar a los profesionales de la salud [70% de los gastos de salud en Francia], a cubrir los gastos de funcionamiento de los establecimientos que proveen cuidados, a pagar los productos farmacéuticos y otros tratamientos, a financiar los transportes sanitarios/

La remuneración de los médicos. – En la mayoría de los países los médicos de los hospitales son asalariados [teniendo a veces la posibilidad de completar su ingreso

¹ si se desea un análisis preciso y detallado del “financiamiento de los agentes”, consultar Majnoni d’Intignano, 2001, cap. VIII

mediante consultas privadas en el hospital, tal cual es el caso de Francia]. M en Francia, en los Estados Unidos y en Alemania [hasta una época reciente], país en el cual la medicina liberal domina el sector ambulatorio, los médicos urbanos reciben pago por acto médico. En Suecia todos los médicos obtienen la mayor parte de sus ingresos [cuando menos un 60%] de su salario. En Gran Bretaña, los médicos hospitalario están asalariados, pero los médicos generales, los urbanos, bajo contrato con la NYS, reciben su pago principalmente en base *pro capita*. Se trata de un modo de remuneración que varía en función de los pacientes de cada médico [la cantidad de pacientes inscritos bajo el médico, de la edad y de la situación de los pacientes]. La remuneración de los médicos urbanos puede completarse mediante primas a la actividad, dirigidas a favorecer ciertas prácticas tales como la capacitación continua, las vacunaciones, la participación en las campañas de prevención o de detección, etc.

Los economistas de la salud han estudiado las variadas consecuencias de los diferentes modos de remuneración.¹ Asociada a la libre elección del paciente, la remuneración por acto médico es fuente de inflación de los gastos. El médico tiende a multiplicar los actos para aumentar sus ingresos. El pago por acto no incita a la prevención [menos o no remunerada]. A veces se hace variar el valor del acto en función del número total de actos efectuados por el conjunto de la profesión en un periodo determinado. Pero los profesionales tienden entonces a multiplicar los actos para mantener su nivel de vidas con detrimento de la calidad de los cuidados. La remuneración por acto médico o *pro capita* requiere que el paciente se anote con un médico [concretando así la libre elección]. Los actos *pro capita* y la condición de asalariados tiende a limitar el número de consultas [dado que los ingresos del médico no dependen de ello] pero pueden incitarlo a enviar al paciente al hospital con mayor facilidad.

Los médicos liberales están a favor del pago por acto médico, que se considera como garantizando una mejor calidad de cuidados [el médico debe satisfacer al paciente el cual, si así no fuera, se aleja], pero sobre todo asegura mejores ingresos a los médicos. Por ello, los médicos generales británicos, a quienes se paga *pro capita* y a tanto alzado, tienen un ingreso promedio más elevado que los médicos generales franceses [respectivamente alrededor de 82,000 € y 55,000 € por año en 2001]. En Francia, en 2001, los ingresos anuales promedio de los médicos general eran de 55,209 € y el de especialistas 93,559 €. Los ingresos de estos últimos varían fuertemente de una profesión a otra, los siquiátras [51,938 € anuales], los pediatras [53, 992 €] y los dermatólogos [55, 991 €] que tienen ingresos similares y aun inferiores a los de los médicos generales, los cardiólogos [100,014 €], y sobre todo los radiólogos [198,896 €] con ingresos muy por encima del promedio.² Conviene recordar acá que los ingresos varían mucho asimismo en función del sector de actividad, los ingresos de los médicos del sector 1 son entre 30 y 50% inferiores a los de sus colegas instalados en el sector 2. como destaca el Consejo Superior en relación con el futuro de los seguros de enfermedad: “Ahora que la solvencia de la demanda de asistencia está esencialmente asegurada por los dineros públicos, surgen importantes diferencias de remuneración entre las diversas profesiones médicas, que no siempre justifican el nivel de estudio y formación, ni las dificultades y riesgos involucradas en el ejercicio profesional.... de la misma manera, dentro de una misma profesión pueden existir desigualdades injustificadas.”³

¹ Majnoni dIntignano, 2001, cap. VIII; Gringo *et al*, 2002

² DREES, 2004

³ “Consejo Superior, 2004,p.80

Financiamiento de los hospitales. – durante mucho tiempo la mayoría de los hospitales fueron financiados al “precio por día” equivalente a la remuneración por acto médico de la medicina urbana]. Se trataba de un monto que se estimaba como correspondiente al costo que representa la estadía de día por un paciente en el hospital. Cada hospital recibía entonces un presupuesto que correspondía al número de paciente y de días de estadía multiplicado por el precio diario. Pero se tuvo la impresión que dicho modo de financiamiento incitaba a los hospitales a mantener a los pacientes internados durante periodos demasiado largos y a multiplicar los actos médicos y el número de camas.

Con el fin de limitar y racionalizar los gastos hospitalarios, la mayoría de los países europeos comenzaron en la década del ochenta, a financiar sus hospitales en base a un presupuesto global. Cada hospital fue dotado de un monto limitado de recursos quedando encargado de organizar sus actividades de modo tal que el presupuesto se administrara de la mejor manera. Este modo de financiamiento incita a la sub-producción de actos médicos y no parece recompensar a los hospitales que más logran en sus gestiones.

A partir de entonces se importó de los Estados Unidos un nuevo modo de financiamiento: la tarificación de la actividad. Se trata de financiar a los hospitales en función de su actividad, así como de su costo asociado a cada patología tratada. Para ello, se definen los “grupos homogéneos de enfermos” y luego se determina el costo de la asistencia prodigada a los mismos. Posteriormente, se determina el presupuesto de cada hospital en función del número de casos tratados. Este sistema fue introducido en Francia progresivamente a partir de 2004. Esta tarificación a menudo significa que se desvíen ciertas actividades hacia la medicina urbana. Empuja a los hospitales a descartar las actividades no rentables [aquellas cuyo costo real es superior a la tarifa determinada por la administración] y a especializarse en las actividades rentables [aquellas en las cuales el tratamiento resulta por debajo de la tarifa establecida].

Tarifación de los medicamentos. – esto varía mucho según los países. Algunos permiten que los laboratorios farmacéuticos fijen libremente su precio de venta [Alemania, Dinamarca, Países Bajos, Estados Unidos]. Los tres primeros de estos países [pero también, Suecia, Noruega] fijan un máximo de reembolso para cada grupo de medicamentos que tengan la misma composición o el mismo efecto [misma clase terapéutica]. A partir de entonces, se induce a los médicos a prescribir los medicamentos menos caros, o a los farmacéuticos a sustituir la prescripción por un medicamento de menor precio, y a la industria farmacéutica a bajar sus precios. En dichos países, el uso de medicamentos genéricos se encuentra altamente desarrollado [entre un 30 y un 50% de las prescripciones]. Varios de esos países definen asimismo un máximo de prescripciones. En Alemania se trata de un límite más allá del cual las uniones regionales de médicos deben devolver el suplemento de prescripciones a las cajas.

En Inglaterra, el NHS negocia con la industria farmacéutica un precio que toma en cuenta la tasa de ganancia sobre cada medicamento, lo cual permite a la vez contener el costo de los medicamentos y favorecer el desarrollo de una industria farmacéutica fuerte e innovadora.¹ Los médicos generales tienen un máximo de gastos farmacéuticos y el NHS define una lista [*Black list*] de medicamentos caros que deben evitar recetar y para los cuales se exhorta vivamente a elegir sustitutos genéricos.

Otros países, como ser Francia y Bélgica, han controlado desde hace mucho tiempo el precio de los medicamentos, pero no el nivel de prescripciones. A partir de ese

¹ Majnoni d'Intignano, 2001, p. 351

momento, el control de los precios lleva a que los laboratorios farmacéuticos exhorten a los médicos a efectuar muchas prescripciones [se trata de los visitantes médicos pagados por los laboratorios que visitan regularmente a los médicos elogiando los nuevos medicamentos, más caros; se invita a los médicos a descubrir nuevos medicamentos en lugares soleados...]. El volumen de prescripciones es bien superior en Francia hecho que se constata en otros países: “El asegurado francés consume tres veces más antibióticos que su vecino alemán y de del doble de los medicamentos anticolesterol que sus vecinos ingleses. El promedio de medicamentos por orden es de cuatro mientras que se admite que los riesgos de interacción medicamentosa se vuelven tres importante a partir de tres especialidades prescritas conjuntamente... Francia se encuentra en el prime rango mundial en volumen de consumo de medicamentos por habitante.”¹

Resulta claro, el modo de remuneración de los diferentes integrantes de la salud determina fuertemente los resultados financieros [y a veces sanitarios] del sistema de salud. La elección de modalidades de financiamiento origina integrantes diferentes, según la forma en el cual el sistema se organiza y regula.

4. Organización y regulación del sistema. Los sistemas de salud nacionales logran organizar mucho mejor la oferta de asistencia médica, pero ésta se encuentra mucho más limitada que en los sistemas de seguros. Aun cuando se mantienen principalmente en base a los dineros públicos, la medicina liberal francesa rechaza la mayoría de las formas de regulación, que está organizada por las autoridades públicas en los sistemas nacionales de salud.

¿Cómo está organizada la oferta de asistencia médica? – el número de médicos por habitante [o densidad médica] varía grandemente según s países. En 2000, la media en los países desarrollados se situaba en 3 médicos por cada 1,000 habitantes, en Japón [1,9 médicos por cada 1,000 habitantes], el Reino Unido [2], Canadá [2,1] y los Estados Unidos [2,7 se sitúan por debajo de dicha cifra; es en los países nórdicos donde la media [exceptuando Dinamarca: 3,4], Francia [3,3], Alemania [3,3], España [3,3] y sobre todo Italia [4,1] y Grecia [4,5] se encuentran por encima de dicha cifra.² Francia se sitúa entonces en el nivel superior, lo cual parecería desmentir la idea de una escasez de médicos en Francia.³

En los sistemas nacionales de salud [del norte de Europa] la medicina urbana es primordialmente una medicina general, practicada la mayoría de las veces en grupo, en los consultorios en Gran Bretaña, en los centros de salud en Suecia. Se habla a menudo de los centros de salud primarios en estos casos dado que, conjuntamente con los médicos, trabajan otros profesionales de la salud como ser enfermeros o kinesiterapeutas. Los países bajos asimismo concentran la asistencia médica urbana en la medicina general.

En Francia, en los Estados Unidos o en Alemania por el contrario la medicina urbana cuenta con médicos generales y especialistas [60% de los médicos urbanos en Alemania son especialistas y el 49% en Francia]. Es en Francia y en Alemania , país en el cual se encuentran numerosos especialistas urbanos, que la separación entre medicina urbana y hospitalaria es más fuerte, con los riesgos de falta de coordinación, de redundancia, y

¹ Consejo Superior, 2004, p.88-89. Sobre este punto consultar también Chauveau, 1999

² Cifras OCDE, 2003

³ Las proyecciones demográficas anuncia que de aquí al 2020 habrá una reducción de 24% de la densidad médica, lo cual colocaría entonces a Francia en el nivel actual de los Estados Unidos o de Canadá [Desatáis, 203,p.45

aun de contradicción de los cuidados médicos ya mencionados. El riesgo de redundancia es tanto más marcado que es en estos dos países en los cuales la oferta de asistencia hospitalaria es mayor aun si su número decreció considerablemente en la década del noventa, el número de camas de hospital sigue siendo muy alta en Alemania [8,4 camas de cuidados agudos por 1,000 habitantes; y en Francia [4,3]. Aun se encuentra más limitado en el Reino Unido [3,9] y es relativamente bajo en los Estados Unidos [2,9] o en Suecia [2,4].¹

Si bien la oferta de asistencia parece mayor en los sistemas que tienen seguros de enfermedad, no siempre, sin embargo, se encuentra bien repartida sobre su territorio. Así, en Francia, “la oferta de asistencia no se encuentra ubicada de manera optima en todo el territorio.” Existe una “sub densidad” de oferta de asistencia médica en el norte de Francia y en los departamentos más pobres, y un “sobre densidad” en el Sur de Francia o en los departamentos más ricos. Así, hay 67.5 médicos generales por 1,000 habitantes en Seine-Saint-Denis y 136,8 en los Altos Alpes.² En consecuencia, “en las zonas de alta densidad, la gran accesibilidad de oferta y la relativa competencia entre los profesionales, estimula artificialmente el consumo de asistencia médica. En las zonas de baja densidad, las condiciones de trabajo de los profesionales y las condiciones de acceso a ciertos tipos de cuidados sufren degradación.³ Estas desigualdades en densidad dentro del territorio provienen de la dificultad que tienen las autoridades públicas para regular la implantación de oferta de asistencia, dado que los médicos liberales defienden la total libertad para instalarse y los elegidos políticamente locales se oponen a menudo a la reforma de las estructuras hospitalarias. La distribución de oferta de asistencia en los territorios es mucho más pareja en los sistemas de salud en los cuales la instalación de los médicos y sus estructuras están controladas directamente por las autoridades públicas.

Ultima diferencia en la orientación de la oferta de asistencia médica entre los sistemas de salud: el lugar que ocupa la prevención [vacunación, cuidados preventivos como ser los exámenes regulares o los cuidados dentales de los niños, información y educación médica, campana con los comportamientos arriesgados – secuelas, consumo de tabaco, alcohol, velocidad al volante..] Esto es central para los sistemas nacionales de salud ya que constituyen un elemento importante en la misión y la remuneración de los médicos y de un objetivo explícito del sistema. También tienen importancia en el sistema alemán de seguros de enfermedad los cuales promueven campanas de detección sistemática, y donde acceso gratuito a los cuidados primarios permiten detectar más tempranamente las enfermedades.⁴ En Francia, como en el resto de Europa del Sur o en los Estados Unidos, el lugar que ocupa la prevención es muy limitado, estando los sistemas orientados preferentemente hacia lo curativo. Un sistema que está dirigido a la prevención evita los accidentes y numerosas enfermedades. La Organización Mundial de la Salud cuenta así el número de años potenciales de vida perdidos antes de los 70 años [posiblemente ligados a la falta de prevención] en los diferentes países y muestra que las cifras en 1995 eran 3,182 para Suecia, 3,295 para el Japón, 4,110 para el Reino Unido, 4,122 para Canadá, 4,456 para España, 4,580 para Francia y 5,894 para los Estados Unidos.⁵ Según este indicador, Francia se sitúa por lo tanto bien lejos de

¹ Fuente: OCDE, 2003

² Consejo Superior, 2004

³ *Ibid*

⁴ A la inversa en Francia donde el tercio que paga está poco desarrollado para asistencia ambulatoria y el ticket moderador es alto, ciertos paciente tardan en recurrir a los cuidados médicos lo más posible y van al hospital, pero ya con patologías avanzadas.

⁵ Citado por Majnoni d'Intignano, 2001, p 126

los sistemas nacionales de salud. Una política de prevención intensa garantiza por lo tanto un mejor estado de salud de la población y una disminución de los gastos en salud.

¿Quién es que decide y regula? – Son numerosos los actores que intervienen en el mundo de la salud: las profesiones médicas, los demás profesionales de salud, quienes producen medicamentos, el Estado las cajas, los sindicatos y la patronal, los aseguradores, las mutualistas y aun también tiene su lugar el paciente.... de quien todos dicen que debería constituir el corazón del sistema de asistencia médica.

A cada tipo de asistencia médica a la salud parecería corresponder un modelo particular de reglamentación. Los sistemas nacionales de salud están muy estrechamente regulados por las autoridades públicas, nacionales en el caso británico, locales en el caso de los países nórdicos o de Europa del Sur. Sus decisiones están orientadas por la preocupación de asegurar la calidad de acceso a los cuidados, incitación a la prevención y las economías presupuestales. El sistema americano está regulado por mecanismos de mercado y en primer lugar por los aseguradores, principalmente los privados. El sistema alemán reposa en la negociación entre los administradores de caja y los representantes de las profesiones médicas. Volveremos sobre estos sistemas de regulación en el Capítulo III. En Francia, la regulación del sistema, en particular del sector ambulatorio, parece imposible, dado la libertad que se otorga a los pacientes y a los médicos, al hecho de la confusión de los papeles y de la dilución de las responsabilidades entre las cajas de seguro por enfermedad y el Estado, del hecho de la multiplicación de instancias a todo nivel del sistema [local, regional, nacional]. “Ni el Parlamento, ni el gobierno, ni las cajas de seguros de enfermedad ejercen ni disponen de responsabilidad clara sobre la meta de los gastos [...] el Consejo Superior llama igualmente la atención sobre las carencias en materia de instrumentos para mejorar la calidad y la eficiencia de la asistencia [...], la ausencia de un responsable explícitamente designada, ausencia de un responsable explícitamente designado, ausencia de reparto preciso de las tareas.”¹ Esta falta de regulación explica en parte el elevado nivel de gastos de salud en Francia así como los resultados sanitarios que son ahora menores que antaño.

III. – Resultados Diferenciados

El componer una lista premiada de los sistemas de salud es un ejercicio difícil al cual se prestan a menudo las organizaciones internacionales/ así, la Organización Mundial de la Salud [OMS] publicó en el 2000 un informe con una clasificación de esta índole, en el cual Francia estaba situada en primera posición. Ese informe fue muy criticado por los criterios de evaluación [poco criterio de costo / eficacia, peso excesivo de la ausencia de colas de espera]. Se revaluó en el 2002, y Suecia tomó la delantera. La OCDE en cambio siempre parece sobrevalorizar los logros económicos de los sistemas y a menudo toma a la Gran Bretaña del 1991 como modelo. El ejercicio es en realidad imposible dado que los criterios de evaluación son innúmeros, heterogéneos y a menudo contradictorios. Se puede evaluar los logros de los sistemas de salud en función de cuatro criterios: igualdad de acceso a los cuidados médicos la calidad de la asistencia y los resultados sanitarios, el control del nivel de gastos, la libertad de que gozan sus integrantes.

Sabemos que muchas veces, la libertad que se da a los pacientes y a los médicos está en contradicción con la garantía de igualdad en el acceso a cuidados. Los sistemas de

¹ Consejo Superior, 2004 p.27

salud que controlan, aunque sea limitadamente, la circulación de los pacientes en el seno del sistema, aseguran una igualdad de acceso a la asistencia que es superior a la de los sistemas de seguros de enfermedad [públicos o privados] en los cuales la desigualdad de acceso es aun mayor, ya que se aplica un ticket moderador a las consultas de medicina ambulatoria.

A veces imaginamos que existe una relación inversa entre la limitación de los recursos otorgados para el sistema de salud y la calidad de la asistencia y los resultados sanitarios. Esta oposición entre el nivel de gastos y la eficacia de la asistencia no se verifica en todos los casos. Si Gran Bretaña sufre por causa de recursos demasiados limitados, Suecia [y, en menor medida, los demás países escandinavos] han logrado obtener resultados sanitarios excelentes sin por ello dejar de controlar las erogaciones. Pero esto sucede al precio de una lista de espera que tiene en el día de hoy insatisfechos a los suecos. Por el contrario en el país donde la oferta de asistencia es más abundante [por lo tanto poca espera], donde los gastos en materia de salud son los más elevados y la libertad para pacientes y médicos mayor, los resultados sanitarios no son los mejores.

Un sistema de salud trata de mantener a la población de país en buena salud; y a curar a los enfermos, por lo tanto trata de mejorar el estado de salud de la población. Sin embargo, el estado de salud de una población no depende únicamente [ni sobre todo] del sistema de salud. En efecto, el estado de salud de un individuo depende para empezar de u nivel de ingresos [cuando más rica, mejor salud se tiene, en promedio], sino también de su nivel e educación y de su modo de vida. El sistema de salud por sí solo puede tener influencia sobre todos esos elementos, aun si un sistema orientado hacia la prevención permite mejorar los modos de vida y de limitar los comportamientos de riesgo.

Diferentes indicadores generales nos permiten medir el estado de salud de una población : esperanza de vida, mortalidad infantil, prevalencia de enfermedades [tal como el cáncer]. Como destaca el cuadro 2, en Suecia y en Japón es donde se encuentran los mejores resultados mundiales en términos del estado de salud de la población [Suecia debe en parte dicha situación a las condiciones de vida, fuertemente mejoradas por un Estado providencia igualitario que se impone; Japón está marcado por una modalidad de vida y una alimentación que gozan de una reputación tradicional como sanas. Si bien la esperanza de vida en Francia es relativamente alta, hemos visto que el numero de años potencias perdidos es elevado, así como también son elevadas las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad por cáncer.

**Cuadro 2. – Estado de salud
de la población en 2000.**

	Esperanza de vida al nacer	Mortalidad infantil ¹	Tasa de mortalidad por cáncer ²
Alemania	77,7 [1999]	4,4	175
Canadá	79,4	5,3	179
Dinamarca	76,9	5,3	212
España	79,1	3,9	164
Estados Unidos	76,8	6,9	175
Francia	79	4,6	178
Grecia	78,1 [1999]	6,1	154
Italia	79,4	4,5	171
Japón	81,2	3,2	155
Noruega	78,7	3,8	168
Países Bajos	78	5,1	194
Portugal	76,2	5,5	160
Reino Unido	77,8	5,6	185
Suecia	79,7	3,4	151

¹ Número de decesos de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos.

² Tasa de decesos debidos a cáncer por cada 1,000 habitantes

Fuente: OCDE, 2003

Las cifras dan los promedios del estado de salud para el conjunto de la población, pero no dan detalle de las desigualdades dentro de una misma población. Es en Suecia que las desigualdades sociales en materia de salud son las más reducidas del mundo, Francia es uno de los países desarrollados donde las desigualdades sociales en salud son más elevadas, lejos sin embargo de llegar a los tristes marcas americanas. Así en Francia la diferencia entre la esperanza de vida de un obrero o de un miembro del personal superior, es de más de cinco años. La tasa de mortalidad de los trabajadores manuales de edades entre 45 y 59 años es 1,7 veces superior a la de los trabajadores no manuales en Francia, y es 1,45 veces superior a la del Reino Unido y solamente 1,32 veces superior en Italia y en Dinamarca. En Francia, un obrero de cada diez no tiene mutualista. Los desempleados, en 1990, de toda edad, tenían una probabilidad de deceso 3,1 veces más alta que los activos empleados de a misma edad.³

Estas desigualdades persisten en e tiempo y aun aumentan. Así entre 1982 y 1990, la tasa de decesos por infarto disminuyó de un 14% entre los obreros y empleados mientras que disminuía 47% entre los miembros del personal superior superiores y los profesionales liberales; las enfermedades cerebro-vasculares e hipertensivas disminuyeron un 18% en los obreros y empleados y un 38% para el personal superior.⁴ Aun cuando no logran los mejores resultados en materia de salud de su poblaciónk los sistemas de seguros de enfermedad, públicos o privados, dominados por la medicina liberal, son fuente de los mas elevevados gastos totales en materia de salud [cf. Cuadro 3]. Medimos aquí el precio de la libertad: la de elección de médico, la remuneración al médico por acto, la libertad de instalación o de prescripción, de una oferta de asistencia a veces demasiado abunda

nte. Una de las apuestas de la reforma del sistema de salud está en determinar si la elección de la libertad del paciente y del médico es la mas apropiada en un periodo de restricción presupuestal relacionada con los sistemas de salud.

Cuadro 3. –evolución de los gastos en salud

³ INSERM, 2000

⁴ Volovitch, 1999.

	<i>Gastos totales en salud en porcentaje del PIB</i>			<i>Gastos Públicos en salud en porcentaje del PIB</i>		
	1980	1990	2001	1980	1990	2001
Alemania	8,7	9,9 [1992]	10,7	6,8	7,7 [1992]	8,0
Canadá	7,1	9,0	9,7	5,4	6,7	6,9
Dinamarca	9,1	8,5	8,6	8,0	7,0	7,1
España	5,4	6,7	7,5	4,3	5,3	5,4
Estados Unidos	8,7	11,9	13,9	3,6	4,7	6,2
Francia		8,6	9,5		6,6	7,2
Grecia	6,6	7,4	9,4	3,7	4,0	5,2
Italia		8,0	8,4		6,4	6,3
Japón	6,4	5,9	7,6 [2000]	4,6	4,6	6,0
Noruega	6,9	7,7	8,3	5,9	6,4	7,1
Países Bajos	7,5	8,0	8,9	5,2	5,4	5,7
Portugal	5,6	6,2	9,2	3,6	4,1	6,3
Reino Unido	5,6	6,0	7,6	5,0	5,0	6,2
Suecia	8,8	8,2	8,7	8,2	7,4	7,4

Fuente: OCDE, 2003

Capítulo III

¿POR QUÉ Y COMO REFORMAR LOS SISTEMAS DE SALUD?

El crecimiento económico excepcional de los Treinta Gloriosos como la lógica keynesiana de las políticas macro-económicas, ofrecía un contexto favorable a la expansión de los sistemas de salud. A partir de la mitad de la década del setenta, con el entlentecimiento del crecimiento económico, e contexto cambió: la demanda y la oferta de cuidados para la salud aumentó con mayor rapidez que los recursos públicos afectados por los sistemas de salud. Según la configuración del sistema, dicha evolución desemboca ya sea en un racionamiento de la asistencia [como en el caso de los sistemas nacionales de salud con la multiplicación de listas de espera], ya en un aumento incontenible de los gastos y déficits crónicos [como en el caso de los sistemas de seguros de enfermedad] fue por ello y con el fin de enfrentar este tipo de problema [déficit del seguro de enfermedad o listas de espera causadas por el racionamiento de la asistencia], que se decidieron las reformas de los sistemas de salud.

En vista de las dificultades engendradas por el desfasaje entre gastos e ingresos, hay tres tipos de estrategias posibles” acrecentar aun más los recursos mediante un aumento de las contribuciones obligatorias, limitar las erogaciones públicas, mediante un racionamiento de la asistencia o rebaja de la cobertura, o bien mejorar el funcionamiento del sistema mediante “mejores erogaciones.”

Los diferentes modelos de regulación de la oferta de los seguros de salud que existen privilegia uno u otra de esas tendencias, según sea que la regulación esté confiada a la

negociación, o al mercado, o al Estado. Las organizaciones internacionales recientemente trataron de definir el modelo ideal de regulación. El objetivo de las reformas no es solamente controlar la demanda o la oferta de cuidados, ni quizás mejorar los sistemas de salud, sino de reestructurarlos con el fin de adaptarlos al nuevo contexto económico.

I. – **Limitar el aumento de los gastos públicos.**

El hecho de que la reforma de los seguros de enfermedad se haya convertido en una “ardiente necesidad”, es porque para empezar el contexto económico y político que los envuelve a los sistemas de salud cambió. Dado que durante mucho tiempo se consideró que el aumento de los gastos en salud constituía un factor de crecimiento económico, al enlentecerse éste a partir de la década de los setenta ello llevó a que se reconsiderara el papel de las erogaciones sociales, y sobre todo, de las erogaciones públicas en materia de salud. Las presiones económicas y presupuestarias obligan a reformar y reducen las soluciones. Si nos vemos en la necesidad de controlar las erogaciones en materia de salud, ello se debe a que hoy ya no parece posible aumentar las cotizaciones sociales o los descuentos obligatorios.

1. **Los gastos aumentan con mayor rapidez que los ingresos.** Hasta mediados de la década del setenta, el aumento en gastos por concepto de salud no parecía constituir un problema mayor. El crecimiento económico era fuerte una parte creciente de los recursos públicos se consagró a la salud. El desarrollo de sistemas de salud parecía favorecer el crecimiento económico. Luego de 1973, las economías occidentales sufrieron, sin embargo, las consecuencias de dos conmociones motivadas por el petróleo. Las dificultades económicas contribuyeron a reducir los ingresos del sistema de salud: disminución de los ingresos fiscales debido a la retracción de la economía, estancamiento de la masa salarial sobre la cual se descontaban las cotizaciones, descenso del número de contribuyentes debido al aumento del desempleo. Al mismo tiempo, los gastos en materia de salud no cesaban de crecer, debido, sobre todo, a un mejor acceso al sistema o al progreso médico a partir de entonces, como consecuencia de esas evoluciones en sube-y-baja entre gastos e ingresos, los sistemas de salud se encontraron con importantes déficits financieros que surgen luego de comienzos de la década del setenta. Así, en Francia, la Caja de seguros de enfermedad del régimen general, vive en constante déficit entre 1969 y 1979, en 1981, en 1986 y luego de 1990 [con importantes picos entre 1993 y 1996, y luego de 2002].

Para cubrir el déficit de los sistemas de salud, caben considerarse dos soluciones: aumentar los recursos o disminuir los gastos, es decir, disminuir el nivel de cobertura [como en el caso de los sistemas de seguros de enfermedad] o limitar los gastos globales racionando la cantidad de cuidados disponibles [como en el caso de los sistemas nacionales de salud].

En un primer tiempo, los Gobiernos favorecen las medidas mas sencillas de implmentar políticamente :el aumento de los recursos. Durante toda las décadas del setenta y del ochenta, los descuentos obligatorios [impuestos y cotizaciones sociales] destinados a financiar los cuidados en materia de salud, aumentan continuamente en todos los países europeos. El aumento de los descuentos obligatorios es tanto mas factible políticamente por el hecho de que el sistema se financia por medio de cotizaciones sociales. Los asalariados, no ven las cotizaciones como impuestos. Las cotizaciones por enfermedad están afectadas a ello y parecen asegurar a quienes las pagan un derecho a la salud.

Con el fin de mantener un nivel de protección en caso de enfermedad, los asalariados están dispuestos a pagar mayores cotizaciones. Por el contrario los individuos no desean ver que se aumenten los impuestos, impuestos que parecen perderse en la masa de los gastos públicos, sin que sea posible identificar claramente en qué se emplean. Desde entonces, la solución que consistía en aumentar los descuentos obligatorios para cubrir los déficits engendrados por el crecimiento de los gastos en materia de salud pronto encontró sus límites en los sistemas nacionales de salud, financiados por el déficit. A partir de ochenta, los Gobiernos ingleses o escandinavos comenzaron a racionar los gastos, tal como indica el cuadro 3 en el cual se ve que los gastos públicos en materia de salud se estabilizaron y aun redujeron entre 1980 y 1990 en Suecia en Dinamarca o en Gran Bretaña. En los países en los cuales prevalecen los sistemas de seguros de enfermedad, durante el transcurso de la década del ochenta, los gastos en materia de salud continuaron a crecer en gran medida, así como el nivel de cotizaciones por enfermedad. Fueron las evoluciones de las políticas económicas europeas las cuales llevaron a los países de Europa continental a cambiar de política e impulsar a los Gobiernos a tratar de controlar el aumento de los gastos en materia de salud.

2. La presión del mercado y de la moneda única. A comienzos de la década del noventa, se logra la constitución del mercado único y los países europeos se dedican a la preparación de una moneda única europea organizada por el tratado de Maastricht [adoptado en 1993]. Este nuevo contexto parece haber pesado particularmente sobre los países de Europa continental cuyos sistemas de protección social se financian mediante cotizaciones sociales.

La constitución del mercado único tuvo como consecuencia reforzar la competencia económica entre las empresas europeas. El costo del trabajo se convirtió en un elemento determinante dentro de esa competencia. Todo nuevo aumento de las cotizaciones sociales pagadas por los empleadores aparece [calculado sobre salario bruto] como una agravación del costo de la mano de obra. Mientras que en el transcurso de las décadas del setenta y del ochenta, la mayoría de los países de Europa continental habían enfrentado el aumento de sus gastos en materia de salud mediante un aumento de las cotizaciones sociales destinadas a su financiamiento, esta solución se vuelve cada vez más difícil de utilizar.

Los preparativos para la concreción de la moneda única también pesó sobre las reformas. La adhesión a la moneda única estaba condicionada por el respeto de un cierto número de criterios de convergencia económica inscritos en el tratado de Maastricht. Este preveía especialmente la reducción de la inflación y el mantenimiento de los déficits públicos en un 3% de PIB. El pacto de estabilidad y de crecimiento, adoptado luego de la creación del euro en 1997, también prevé que se controle los déficits y la deuda pública de los Estados. Prevé asimismo que se controlen mejor las evoluciones de los gastos públicos.

La creación de un mercado único así como de la moneda única exige por lo tanto limitar los déficits públicos, reducir el conjunto de gastos públicos o por lo menos limitar su crecimiento. Entre éstos los que aumentan más rápidamente son los gastos sociales y sobre todo la salud. Es en ese contexto que las reformas tienen como objetivo limitar el aumento de gastos por concepto de salud se multiplican. Varios países europeos [principalmente continentales] reformaron así su sistema de salud al comienzo de los noventa: plan Dekker en 1987, plan Simons en 1994 en los países bajos, reforma Seehofer en Alemania en 1992, plan Juppé en 1995 en Francia.

Conviene destacar que únicamente si se considera que no es posible aumentar las cotizaciones sociales o los impuestos para financiar el credimiento de los gastos de salud, que éstos se convierten en problema. Aumentar el nivel de las cotizaciones y de los impuestos sociales está en la actualidad proscrito por los compromisos europeos y las políticas macro económicas asociadas a ello. Estas políticas de inspiración monetarista y neoclásica reposan sobre la ortodoxia presupuestal [deuda y déficits reducidos, tasas de interés bajas, tasas de inflación reducida] y la limitación de los gastos públicos. Las medidas para limitación de los gastos públicos en salud están, en consecuencia impuestas por las opciones económicas compartidas a nivel europeo. Desde entonces, conviene comprender los orígenes de los aumentos de gastos de salud para determinar si éstas pueden controlarse y de qué forma.

II. – Los factores del aumento de los gastos en salud

En 1960 los gastos de salud de los países desarrollados eran inferiores a 4% de su PIB, hoy sobrepasan el 8%. Eso quiere decir que los gastos en materia de salud aumentaron desde hace más de cuarenta años. Se consagraron diversos estudios a la cuestión ¿por qué aumentan los gastos de salud? Estos demuestran que el factor principal que explica el aumento en el pasado de los gastos en salud fue el aumento del nivel de vida que eleva la demanda de asistencia médica. El envejecimiento, muchas veces colocado en la vanguardia, no se demostró. El progreso tecnológico tiende a favorecer el aumento de los gastos. Los factores institucionales ligados a la forma en la cual se organiza la oferta de asistencia médica deben tener también en cuenta.

1. Aumento en la demanda de cuidados. -- *El nivel de vida* de las poblaciones de los países desarrollados aumentó en el transcurso de los últimos cincuenta años. El aumento del nivel de vida constituye la primera razón del aumento de los gastos en salud. Cuanto más rica sea una sociedad, mayor importancia le dará a la salud y más le habrá de asignarle los medios. Se dice que la salud es un bien superior: la demanda de salud aumenta con el nivel de vida. Se muestra así que, en Francia, un aumento de los ingresos del 10% lleva a que aumenten los gastos asignados a la salud en un 12.5%, y que el aumento de los gastos de salud en Francia entre 1970 y 1995 se debió en un 41% al aumento de los ingresos de los hogares franceses.¹

Dado que la salud es un bien superior, si una sociedad es cada vez más rica, parecería natural que ésta le dedique cada vez más medios. Algunos preconizan por lo tanto, continuar aumentando los descuentos sociales y fiscales correspondientes a salud con el fin de responder a la creciente demanda en materia de salud y seguir una tendencia natural de las sociedades. Tal como hemos visto, esa tendencia parece sin embargo contrarrestada por las evoluciones de las políticas económicas, ahora preocupadas por la limitación de los gastos públicos.

La definición de que es lo que se entiende por demanda de salud parece asimismo cambiar con el aumento de la misma. Los individuos más ricos desean poder beneficiarse sin impedimentos de los progresos de la medicina y de los cuidados más logrados. Pero se trata asimismo de un cambio en relación con la salud, tenido de consumismo, en el cual se pasa de una esperanza de cura a una demanda de vida sin enfermedad, sin sufrimiento, sin molestias, con un confort adicional gracias a los cuidados médicos a partir de ello surge la cuestión de saber si la colectividad debe

¹ L'Horty *et al*, 1997.

cubrir los gastos de confort aun cuando la e aumento de os gastos parece ilimitado, lo cual no sería el caso de los recursos colectivos que se debería consagrar a ello. Se introduce así la idea de limitar la cobertura colectiva de salud, dejando a los individuos [y a las aseguradoras privadas] que se hagan cargo de la cobertura de s cuidado que no son necesarios a riesgo de aumentar las desigualdades de acceso a la asistencia.

En el transcurso de los últimos cincuenta años, no solamente aumentó el nivel de vida sino que también aumentó la cobertura por enfermedad que ofrecen los sistemas de salud. La demanda de cuidado se ve también estimulada por la extensión de la cobertura social que significa el acceso a cuidados gratuitos o casi. Ya hemos habla de la aplicación en Francia de un ticket moderador con el fin de responsabilizar a los consumidores de cuidados. Esta idea supone que a falta de costo directo para la persona [o simplemente a falta de la conciencia del costo real de la asistencia], los consumidores de cuidados “gastan sin contar” y el consumo de salud aumenta de manera incontrolada. Con el fin de concientizar a los pacientes, convendría entonces aumentar aun más los tickets moderadores.

Diversos trabajo demuestran que la extensión de la cobertura social y la gratuidad no explican el aumento de gastos de salud.¹ Por el contrario se podría recordar la débil cobertura pública de los cuidados ambulatorios en Francia [debido a importantes tickets “moderadores”] no frena el consumo de dichos cuidados [los gastos de medicina ambulatoria son por el contrario los que aumentan con mayor rapidez].

Envejecimiento. – Si los gastos en materia de salud en el pasado fueron principalmente el resultado de un aumento en el nivel de vida, cada vez se hacen mas referencias al impacto del envejecimiento en el futuro de la población, anunciando así futuros aumentos de gastos en materia de salud. La población en los países europeos envejece: se vive cada vez durante mas años, el número de personas de edad avanzada y muy avanzada en la población no cesa de aumentar. Las numerosas clases nacidas a partir de 1945 [el baby boom] empiezan a envejecer y habrán de multiplicar el número de personas de edad avanzada en la población [se habla del papi boom]. El número de personas en la Europa de los quince cuyas edades superan los 65 años debería pasar de los 61 millones en el 2000 a unos 103 millones en 2050. El número de personas de 80 y más años, debería de pasar de casi 14 millones en 2000 a unos 38 millones en 2050.² En Francia, las personas que superan los 65 y más años, que representaban el 16% de la población en 2000, habrán de representar el 20,9% en 2020 y el 28% en 2040.³ Las personas que superan los 80 años que representan el 4% de la población francesa al día de hoy, podría pasar de 2,2 millones en 2000 a 4 millones en 2020 y casi 7 millones en 2040.⁴

La idea según la cual los gastos de salud habrán de aumentar por causa del envejecimiento proviene del análisis de las descomposición de los gastos en matría de salud según la edad en el seno de una población. Los gastos en materia de salud de los individuos son relativamente elevados en la pequeña infancia, luego disminuyen en la adolescencia y al comienzo de la vida adulta, antes de aumentar rápidamente mas allá de los 50 años. Los gastos se concentran fuertemente sobre los dos últimos años de vida y sobre todo los tres a meses previos al deceso.

¹ L’Horty, 1997; Manjón d’Intignano, 2001 p.193

² CEE,2003

³ Grignon, 2003.

⁴ Martín, 2003.

Un razonamiento puramente aritmético predice que hasta dónde el número de personas de edad avanzada se multiplique dentro de los próximos cincuenta años, y éstas concentren el máximo de gastos en salud, entonces el nivel de los gastos de salud va a aumentar en consecuencia. Este razonamiento sin embargo no se verificó en el pasado.¹ El hecho es que no se tiene en cuenta el hecho de que envejecemos con buena salud. Si los gastos en salud se concentran sobre los últimos momentos de la vida, hasta vivamos con buena salud, estos últimos momentos se proyectan en el tiempo sobre todo y no se multiplican. Por ello, mientras que la Comisión Europea que adopta este tipo de razonamiento aritmético diagnostica un aumento posible de los gastos en salud en 1,7 y 3,9 puntos de PIB a causa del envejecimiento² Michel Grignon calcula para Francia que ello debería llevar a un aumento limitado, entre 0,7 y 0,9 puntos del PIB.³ Dado que el fenómeno muchas veces se utiliza para justificar las reformas presentes, nada permite afirmar con certeza un impacto masivo del envejecimiento sobre las erogaciones en materia de salud

Sin embargo, la multiplicación del número de personas de mas de 80 años habrá de implicar necesidades crecientes no tanto por concepto de cuidados de salud pero sobre todo en cuidados asistenciales a las personas de edad avanzada que sean dependientes [asistencia a domicilio, casas de retiro especializadas]. De hecho, con edades muy avanzadas se tiene cada vez mas necesidad de asistencia para realizar las tareas de la vida cotidiana. El envejecimiento de a población por lo tanto presenta sobre todo el problema de la cobertura de las personas de edad avanzada dependientes. Esto se considera de diversas formas según los sistemas de protección social bajo el cual se encuentran. Mientras que en los países del sur de Europa dejan librado a las familias el problema de este tipo de cobertura, los países nórdicos han multiplicados los servicios [prácticamente gratuitos] de asistencia a las personas y los países de Europa continental han desarrollado prestaciones en especia que deberían permitir que las personas dependientes elijan una casa de retiro o el pago de una asistente a domicilio o aun el mantenimiento de un miembro de su propia familia. [*Pflegeversicherung* en Alemania, Asignación personalizada de autonomía –APA, en Francia]. El importante número de beneficiarios de las APA así como las consecuencias de la canícula del verano 2003 destacan la amplitud de las necesidades. Estas habrán de recargar tanto o mas fuertemente las finanzas públicas dado que los sistemas de protección social se hacen cargo de este problema antes que dejarlo librado a la familia. Así, la CEE [2003] estima que el impacto del envejecimiento sobre el costo de asistencia durante largo plazo ligados a la dependencia pesara principalmente sobre los países nórdicos.⁴

El envejecimiento implica sobre todo una redefinición de los cuidados propuestos, así como una carga creciente para los servicios sociales vinculados a la dependencia. El aumento de la demanda de cuidados parece entonces deberse principalmente al aumento del nivel de vida. Sin embargo, con niveles de vida equivalentes a una proporción de personas de edad avanzada similar [y aun superior en el caso de Suecia], ciertos países gastan menos que otros en materia de salud, obteniendo buenos y aun mejores resultados sanitarios. Sabemos, de hecho, que Suecia [país en el cual el PIB por habitante es de 26,052 US\$ en paridad de poder de compra]⁵ gasta casi un punto del

¹ L'Horty *et al* [1997] demuestran que el envejecimiento de la población no explica en absoluto el aumento de los gastos en materia de salud en Francia entre 1970 y 1995.

² CPE, 2003.

³ Grignon, 2003.

⁴ Relacionado con estas cuestión, ver Martín, 2003

⁵ OCDE, 2003

PIB menos en salud que Francia [cuyo PIB por habitantes es totalmente comparable: 26,879 US\$], pero con resultados sanitarios muy superiores [ver capítulo precedente].

La gran diferencia entre Francia y Suecia radica en la relativa abundancia de ofertas de salud y la libertad de que gozan los pacientes y sus médicos en Francia, elementos que aseguran una gran facilidad de acceso a la asistencia y la relativa ausencia de filas de espera. Resulta posible que una parte de lo que deseamos obtener los individuos cuando aumenta su riqueza, constituya asimismo una de las mayores libertades de elección y un acceso más inmediato a la salud el desarrollo de los seguros privados de salud en Suecia o en Gran Bretaña [aun sumamente marginales] está principalmente dirigido a permitir que quienes paguen sus propios seguros tengan acceso inmediato a las consultas privadas sin lista de espera. El *quid* de las reformas consiste entonces en saber si se desea cubrir colectivamente el hecho de asegurar una gran libertad a pacientes y médicos, lo cual tiene un costo no relacionado con los resultados sanitario del sistema de asistencia.

Si se razona únicamente con referencia a la demanda de cuidados, las soluciones a considerar para la reforma del sistema de salud, se encuentra no solo entre dos opciones: aumentar los recursos para su financiamiento y responder a la creciente demanda de asistencia, o alternativamente no responder colectivamente a la demanda creciente de cuidados, sea racionando la asistencia [listas de espera de los sistemas nacionales de salud], sea limitando la cobertura pública de los gastos en materia de salud y dejando librado a los individuos [y al mercado] el asumir una parte de los crecientes gastos de salud. Pero la forma en la cual evoluciona y está organizada la cobertura de cuidados, conlleva asimismo su peso sobre los gastos de salud. La modificación de los factores de oferta podría afectar otros márgenes de maniobra para las reformas.

2. Influencia de la oferta de asistencia. – En relación con la oferta de asistencia es sobre todo en referencia al *progreso técnico médico* que se explica el aumento en erogaciones en materia de salud. Los progresos médicos comenzaron en el siglo XIX posteriormente, como hemos visto, en la década del cincuenta, se produjeron grandes adelantos resultantes del desarrollo de los antibióticos y las vacunas. La década del sesenta ven multiplicarse los injertos, las del setenta y ochenta el surgimiento de los psicotrópicos y de la imaginaria médica [scanners y RMI], el final del XX siglo se destaca por el progreso de la cirugía no invasiva. Mañana será sin duda la medicina genética la que habrá de registrar grandes progresos.¹

Sabemos que los gastos de salud poco a poco cobraron importancia en relación con las indemnizaciones diarias dentro de las erogaciones en materia de salud. Ésta proviene de los progresos médicos que permitieron el desarrollo de cuidados cada vez más exitosos, pero costosos. L'Horty *et al* calculan que el progreso técnico médico explica 26% de los aumentos en gastos de salud entre 1970 y 1995: “El progreso técnico médico no lleva en general a una disminución de los costos sino a su aumento mejorando la calidad de la asistencia [...] El financiamiento público favorece el surgimiento de técnicas de gran calidad pero costosas.”² Una innovación técnica, frecuentemente costosa, luego de asumida puede permitir una reducción a término de los costos de salud. Ciertas innovaciones como el descubrimiento de una vacuna, pueden contribuir a reducir considerablemente los gastos [dado que permiten prácticamente erradicar una enfermedad].

Sin embargo, la ganancia marginal obtenida por el progreso de la técnica, es hoy en día cada vez más limitada, dado que las técnicas son cada vez más costosas. Las nuevas

¹ Manjón, d'Intignano, 2001

² L'Horty *et al*, 1997, p.261-262

técnicas no siempre reemplazan las anteriores, menos exitosas [el scanner no reemplaza la radiografía]. El progreso médico lleva a un exceso de aumento de la calidad lo cual aumenta las posibilidades de intervención de los servicios de salud y lleva al aumento de las intervenciones y erogaciones. Gracias a los progresos técnicos médicos, ciertas enfermedades que antaño eran mortales se han vuelto crónicas [se puede pensar en el SIDA] y de ahí la necesidad de cuidados durante un tiempo mayor. El aumento de la duración de vida permitida entre otras cosas por el progreso médico, significa la multiplicación de enfermedades degenerativas, prolongadas y costosas que requieren cuidados.

En un país en el cual el sistema de salud funciona sin trabas, es difícil argumentar que la sociedad no puede costear los progresos médicos y a consecuencia impedir que los enfermos se beneficien de las nuevas técnicas. Los pacientes desean beneficiarse de los progresos médicos. Los médicos desean utilizar todos los medios disponibles para salvar vidas. El aumento de los costos de la salud vinculados al progreso médico parece ineluctable, la cuestión es saber si y como la colectividad puede financiar el acceso de todos a dicho progreso. Por su parte los sistemas nacionales de salud tienen mas bien tendencia a retardar y aun limitar la difusión del progreso médico, o sino restringir el acceso para ciertas categorías de la población [sobre todo en Gran Bretaña]. Se trata en parte de impedir a las profesiones médica que indiquen inútilmente cuidados que son cada vez más costosos, es decir, controlar los fenómenos que se conocen como demanda inducida.

La demanda inducida. – la relación entre el médico y el paciente es una relación asimétrica en la cual solo el médico posee los conocimientos necesarios [en términos de diagnóstico y de cuidados adaptados]. En base a ello, el médico puede crear un demanda artificialmente [inducida] de cuidados para el paciente, sin que ésta se justifique. El paciente deposita su confianza en el médico para que lo cure. El médico actúa en el interés del enfermo en función de su ética profesional, pero así mismo en función de otras motivaciones [como aumentar sus ingresos o los de otras profesiones de la salud].

Ciertas consultas prescripciones y ciertos tratamientos pueden parecer inútiles en relación con las necesidades de los enfermos, pero permiten aumentar los ingresos de los médicos [y en consecuencia aumentan los gastos en salud]. Muchos indicadores subrayan la existencia de prácticas que no parecen estar justificadas por las necesidades de los enfermos. Las recetas de medicamentos son dos o tres veces mayores en Francia que en los países europeos vecinos, sin que el resultado sanitario sea mejor. En los Estados Unidos, los medicamentos son cuatro veces mas caros que en Francia, y los americanos los consumen cuatro veces menos que los franceses. La explicación más plausible es que siendo los medicamentos menos caros en Francia que en otras partes, la industria farmacéutica incita a los médicos a prescribir mas medicamentos de modo que el volumen prescrito permita compensar los bajos precios. De la misma manera, frente al bloqueo de sus honorarios durante varios años previos a 2003, los médicos multiplicaron los actos [y aumentaron los costos de salud] con el fin de mantener y aun aumentar sus niveles de vida. Los economistas hablan de ajustar según volumen y no sobre precios fijos [y/o bajos]; pero ¿en qué radica el interés o la toma de conciencia de las necesidades de los enfermos [y de los seguros de enfermedad] en estos mecanismos económicos? Es por esta razón que cada vez más y más asociaciones de

pacientes piden el desarrollo de información médica y desean tener una parte mas importante en los mecanismos de regulación de los sistemas de salud¹.

Numerosos estudios destacan que el comportamiento de los médicos consistía para comenzar en su voluntad de satisfacer las necesidades de los enfermos y su ética profesional; éstos muestran, sin embargo que los comportamientos fundados en motivaciones mas económicas son tanto mas frecuentes de lo que permite el sistema de salud.

Como destaca Christian Prieur ² “Los seguros de enfermedad, al financiar los bienes y servicios médicos, aseguran a los profesionales de la salud sus ingresos: éstos tienen por lo tanto el máximo interés en aumentarlos creando gastos que habrán de ser de todas maneras reembolsados a los asegurados. Esta potestad del aparato sanitario de suscitar su propia demanda, al mismo tiempo que crea una oferta, depende de los márgenes de libertad que le concedan las reglas de funcionamiento del sistema o de su funcionamiento. Estos márgenes son por ello importantes en Francia. Es así que el principio del ejercicio liberal de la medicina – libertad de instalación del médico, libre elección del médico por parte del enfermo, libertad de prescripción del médico, pago directo de los honorarios por enfermo – no son compatibles con un financiamiento socializado si éste se considera como un reembolso sin límites.”

Surge de esto que, *la organización y el funcionamiento del sistema* mismo puede constituir un factor de aumento de los gastos de salud. Podemos citar los mecanismos mediante los cuales el funcionamiento de la medicina liberal constituye fuente de inflación de las erogaciones en salud.

La libertad de elección del paciente induce el nomadismo médico, o por lo menos la amenaza de cambiar de médico se relaciona con la intensidad de las prescripciones del médico, para satisfacer a su cliente y evitar que no se aleje.

El pago por acto permite al médico decidir sus ingresos, puede multiplicar las consultas para mantenerlo o aumentarlo. Un estudio que comparara los diferentes sistemas de salud de la OCDE muestra que un sistema de remuneración por acto aumenta los gastos de salud en un 11% en comparación a las demás modalidades de remuneración.³

La libertad de instalación favorece las desigualdades de densidad médica en todo el territorio. Eso implica condiciones de trabajo degradadas en los lugares en los cuales la densidad es baja y, aquellos en los cuales la densidad es alta, “los médicos pueden incitar a los pacientes a consumir mas cuidados”⁴ antes que bajar sus precios para enfrentar la competencia.

El pago directo de los honorarios por parte del enfermo permite el exceso de honorarios dejados a la libre apreciación de los médicos del sector 2 de Francia favorece un aumento de los gastos totales en salud. El pago directo de honorarios [o el aumento de los costos] implica así mismo una mayor desigualdad de acceso a los cuidados: el aumento de los gastos es redhibitorio para los ingresos mejores que deben retrasar el recurrir a la asistencia, ir al hospital y comprometer así gastos mas importantes.

Hemos visto asimismo que las diferentes modalidades de remuneración de los hospitales crean diferentes tipos de incitaciones, como es el caso de la modalidad de financiamiento de los medicamentos.

¹ Consultar especialmente en Francia el Colectivo inter-asociación sobre la salud [CISS] que quiere ser “los ojos y la voz” de los pacientes y de los usuarios en el seno del sistema francés de salud.

² Consejero en el Tribunal de Cuentas dentro del marco de una formación sistema de salud . calidad de la asistencia en el URMI de Languedoc, Rousillon, en febrero 2003.

³ Gerdtam 1992, citado por L’Horty *et al*, 1997,p.260.

⁴ *Ibid*.

La manera en la cual esté organizado el sistema puede entonces constituir por sí misma fuente de gastos en salud que no tienen que ver con las necesidades en materia de salud de las poblaciones. La posibilidad de regular el funcionamiento del sistema de cuidados brinda márgenes de maniobra para las reformas. Aun antes de preguntarse si hay que aumentar las cotizaciones por enfermedad o por el contrario bajar el nivel de reembolsos para resolver la crisis de los seguros de salud, conviene ver qué forma de reglamentación puede adoptarse.

III. – Diferentes modelos de regulación y oferta de cuidados

Establecimiento de médicos de referencia orientación de la instalación de los médicos, desconexión de la forma de remuneración de los médicos, de la modalidad de remuneración de los médicos urbanos el número de actos médicos realizados, mejor cobertura de los cuidados ambulatorios, mejora de la articulación entre médicos urbanos y del hospital, reorientación de

Si los problemas son particularmente agudos en Francia, donde ningún actor tiene claramente los medios ni el deseo de regular la medicina urbana, otros países han [relativamente] logrado instaurar una regulación de las ofertas de salud: regulación mediante negociación en Alemania, regulación por el mercado y las aseguradoras privadas en los Estados Unidos regulación por el Estado y la restricción en Gran Bretaña. La regulación puede referirse a la vez a las prácticas médicas [definición de normas de buenas prácticas, de protocolos] y sobre el monto y uso de los recursos financieros.

1. **Negociación ¿ mercado o Estado?** -- cada país a creado una forma particular de regulación de sus sistema de salud. La historia de las profesiones médicas y la modalidad de organización de los sistemas estudiados en los capítulos anteriores, permiten comprender el tipo de regulación por la cual se optara.

La regulación negociada alemana. -- la relativa unidad sindical de los médicos alemanes, el sistema de Unión regional de los médicos de caja [quien los representa, negocia los presupuestos y los remunera], la autonomía trifaria y el principio de auto-gestión los socio permiten que el sistema alemán funcione sobre la base de una negociación permanente. En ese marco, los médicos de caja, cuya identidad liberal queda afirmada, aceptaron cargar con una parte de la responsabilidad de la gestión de los dineros públicos: los representantes de los médicos participan en la negociación del presupuesto consagrado a las dependencias de salud, el monto de los honorarios se ajusta en función de la actividad total de los médicos en el seno de ese presupuesto limitado. Los médicos aceptan asimismo que haya una regulación y un control de sus prácticas en la medida en que éste se realizado por un organismo que se componga de médicos y que los represente [la Union regional de médicos].

Regulación por el mercado. – la oferta de cuidados en los Estados Unidos es mayoritariamente privada y 75% de los americanos están cubiertos por un seguro de salud privado. En ese marco, se confía en el mercado para la regulación del sistema, por medio de mecanismos de ajuste entre la oferta y la demanda de cuidados [entre los médicos y los aseguradores privados]. Aquí el Estado interviene únicamente para hacerse cargo de las carencias del mercado, sobre todo de las desigualdades mas conspicuas y sirve de asegurador para los mas desprotegidos [programas *Medicaid* y

SCHIP] y para los de edad mas avanzada [cuyo costo de cuidados sobrepasa la capacidad de financiamiento por parte de una persona, pero también por una aseguradora privada – programa *Medicare*].

En relación con el estado de la salud, se pensaría que la regulación vendría al encuentro entre la oferta y la demanda: si la oferta es excesivamente abundante, o si es demasiado onerosa, entonces los precios [de las consultas, de los cuidados] bajarían bajo la presión de la demanda [como en cualquier mercado normal de bienes]. Pero no es esto lo que se ha podido constatar. Debido al hecho de la capacidad de la oferta médica a inducir la demanda, los precios han permanecido altos y los actos médicos excesivamente numerosos.

Por ello, quienes han debido soportar el costo de tales prácticas, las aseguradoras privadas, han tratado de regularlas. De hecho, el aumento muy marcado de los gastos de salud en los Estados Unidos ha colocado a los aseguradores en peligro amenazando su rentabilidad.. durante el transcurso de la década del noventa sobre todo, las aseguradoras privadas han participado cada vez mas en la organización de la oferta de asistencia, mediante la creación de filiales o redes integradas de cuidados integradas, por una parte, definiendo e imponiendo ciertas prácticas medias por otra. En lo sucesivo , los médicos deberan cada vez mas respetar las normas y los protocolos de cuidados definidos por las aseguradoras [luego de trabajos realizados con los médicos], si es que desean que sus clientes sigan asegurados. Volveremos en el capítulo siguiente sobre la paradoja americana que parte del deseo de una gran libertad para llegar a un control cada vez mas estricto de las prácticas médicas impuestas por las preocupaciones de rentabilidad financiera de los aseguradores. Desde ya se puede ve que la experiencia americana fue utilizada para mostrar que los aseguradores privados puedan ser actores responsables de la gestión de los gastos de salud e imponer una regulación de la oferta de asistencia. El argumento utilizado es que los aseguradores están obligados a ser eficaces dado que deben ser rentables.

La reglamentación por parte del Estado. En los sistemas nacionales de salud, por el contrario la regulación está organizada por el estado financista. Puede tener fromas relativamente radicales: definición de prácticas médicas impuestas sometidas a control y sanción limitación de los presupuestos, organización de la penuria. Así en Gran Bretaña, el Parlamento vota el presupuesto de NHS y define las orientaciones que el Ministro de Salud hace respetar. “Las intervenciones excesivamente costosas como las diálisis o las injertos renales se deciden según los resultados de costo-eficacia o costo-utilidad que pueden llevar a renunciar a ellas cuando el enfermo es demasiado viejo y está en un estado de salud demasiado precario.”¹ Para tomar esas decisiones el Ministro cuenta con la asesoría de un organismo público, el NICE [*National Institute for Clinical Excellence*], que indica si el NHS debe cubrir ciertos cuidados para toda la población, para ciertas indicaciones solamente, o por ciertos grupos de la población únicamente.² La definición *a priori* del presupuesto permite limitar los gastos públicos dedicados a la salud, pero conducido al racionamiento cuantitativo de los cuidados. A falta de medios suficientes, los hospitales son llevados a inscribir a los pacientes en largas listas de espera parfa acceder a los cuidados corrientes y no urgentes. El largo de las listas se percibe como una de las mayores debilidades de los sistemas nacionales de salud; se la ha intepretado no solamente en términos de sub-financiamiento, sino sobre todo en términos de ineficacia porque el sistema no crea la incitación a ser eficaces para los

¹ Manjón d’Intignano, 2001, p.88.

² *EOHCS, 2002*

integrantes [sobre todo a causa de la rigidez de la remuneración sea cual sea la actividad].

Las comparaciones internacionales muestran que es posible regular la oferta de cuidados. Sin embargo, Francia parece incapaz de elegir un modelo de regulación para los cuidados ambulatorios. Por lo tanto se pueden considerar diversas soluciones, que pasan pro la negociación a la cual quienes la financian o los médicos participan, o sino por el mercado, o bien por el Estado. Las organizaciones internacionales han tratado de definir un modelo optimo de regulación de los gastos en materia de salud, que se basa en una combinación de estas dos ultimas soluciones.

2. Un modelo global para las reformas. – a medida que se multiplican las tentativas de reforma de los sistemas de salud durante la década del noventa, los organismos internacionales se vuelven cada vez más influyentes en los debates. Conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud [OMS] que interviene tradicionalmente en la materia, desde fines de la década del ochenta, otras organizaciones internacionales vienen a proponer su visión, modelo y recetas políticas en materia de salud. Se trata sobre todo de instituciones financieras tales como el Fondo Monetario Internacional [FMI] y el Banco Mundial, pero sobre todo la Organización para la cooperación y el desarrollo económico [OCDE].

La lógica que lleva a que esas instituciones financieras intervengan en el campo de la salud es preponderantemente presupuestaria. Aun cuando Keynes había hecho del aumentode los gastos públicos y de los deficits públicos, instrumentos de política económica [temporarios en el caso de los deficits], la nueva ortodoxia económica [cuyos promotores internacionales son el FMI, el Banco Mundial y la OCDE] atacan los deficits y los aumentos en erogaciones públicas. Desde entonces, estas instituciones financieras intervienen en dichos dominios de fuerte crecimiento de gastos públicos y tratan de limitarlos. Entre las erogaciones públicas, las que mas aumentan y se perciben como las causas principales de los defic8its públicos etán los gastos en materia de salud. La OCDE organiza desde coemienzos de la década del noventa comparaciones internacionales de los sistemas de salud. Estos estudios enfatizan que los sistemas nacionales de salud son mucho menos costosos que los sistemas de seguro de enfermedad. Pero ellos destacan también la falta de eficacia de tales sistemas: largas listas de espera, falta de estímulo para reaccionar ante las exigencias de los pacientes . Pretenden, en fin, que el aumento de la demanda de salud no puede ser integralmente responsabilidad de los sistemas públicos y que una parte de los gastos en salud deben pasar al sector mercado, estando encargados los aseguradores privados de asegurar la cobertura y la regulación. En base a ello, el modelo de reforma de los sistemas de salud, reposa sobre u n híbrido: privilegiar las estructuras típicas de los sistemas nacionales de salud pero desarrollando en ellos los mecanismos de mercado, coo forma de desarrollar estímulos a la eficacia y privatizar ciertos cuidados [que no se juzgan vitales] fuera del sistema.¹

La Comisión Europea fue tomando progresivamente este modelo y próximamente ha de lanzar una accion de coordinación de las reformas de los sistemas de salud en Europa. Luego del 2000, las instituciones europeas se preocupan de hecho, de acompañar las reformas nacionales de la protección social aplicándoles lo que se convenido en llamar el”método abierto de coordinación.” Los Estadosoos Miembros se pusieron entonces de acuerdo para elaborar en común objetivos compartidos para las reformas de la protección social.² Dicho proceso fue lanzado en 2001 para los

¹ Pierru, Serré, 2001.

² Palir, 2003,cap.III.

jubilados.¹ Se prevé desarrollarlo en materia de salud a partir de 2004. el Consejo de Ministros europeo de Asuntos Sociales y la Comisión Europea ya se han puesto de acuerdo sobre los tres objetivos principales que deben estructurar las reformas de los sistemas de salud. Se trata sobre todo de asegurar la igualdad de acceso de todos los sistemas de salud, independientemente de los ingresos y del estado de salud. Luego se trata de garantizar la calidad de la asistencia. Por calidad, hay que entender aquí la mejor relación entre el costo de la asistencia y su eficacia. Se trata finalmente de asegurar la viabilidad financiera de los sistemas de cuidados médicos. En materia de jubilación, este último apunta a justificar los crecientes recursos a los jubilados privados para aliviar la presión sobre las finanzas públicas.² Es fácil imaginar que los integrantes económicos europeos desean favorecer concomitantemente el desarrollo de seguros de salud privados para aligerar la carga de los gastos públicos y para crear un nuevo mercado para las empresas de servicios. Visto así el tercer objetivo puede parecer en contraposición con el primero.

Las orientaciones se guían por la voluntad de modernizar y mejorar la protección social. Se trata sobre todo de adaptarlas a las políticas económicas que no sean más keynesianas, sino que ahora estarían basadas sobre la oferta y ya no más sobre la demanda, focalizadas sobre la competitividad de las empresas, la flexibilidad del mercado de trabajo y la rebaja de las cargas sociales. Estas políticas toman a los mecanismos de mercado como principal herramienta de regulación. En el campo de la salud, dichas orientaciones favorecen el desarrollo de la competitividad como forma de regular la demanda y oferta de cuidados de salud. Esto de apelar a los mecanismos del mercado, paradójico en el campo de la salud en el cual sabemos que la competitividad es fuente de gastos excesivos y desigualdades, se ha, sin embargo, convertido en una tendencia general de las diferentes reformas nacionales de los sistemas de salud.

Capítulo IV

LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Durante los últimos veinte años, todos los sistemas de salud conocieron reformas. Varían en función del tipo de sistema: introducción de la competencia entre proveedores de salud en los sistemas nacionales de salud con el propósito de mejorar la eficacia del sistema, presión reguladora de los aseguradores y de las redes integradas de salud en los Estados Unidos, difícil control negociado de los gastos y procesos de la competencia entre cajas en ciertos sistemas de seguro de enfermedad. La comparación de dichas reformas destaca una tendencia común a la liberalización de los sistemas de salud.³

I. – Del mercado en los sistemas nacionales de salud

Todos los sistemas nacionales de salud conocen la introducción de mecanismos de mercado, en principio en Gran Bretaña, luego en Europa del Sur y en los países nórdicos.

¹ *Ibid.*

² *Ibid.*

³ La comparación de las reformas que aquí se presentan se basa en la lectura de numerosos informes de la Comisión Europea, del CREDES, del IGAS, de la OCDE, de la OMS, sobre las comparaciones de la MIRE y sobre los trabajos de P. Hassenteufel, D.C.Lambert, B. Majnoni d'Intignano y P. Volovitch.

Las reformas británicas. – En Gran Bretaña, el firme control del presupuesto del sistema nacional de salud [NHS] por parte del Estado permitió que resistiera a los factores de aumento de gastos. Sin embargo ello trajo aparejado una situación de sub-financiamiento del NHS, sub-financiamiento agravado por las restricciones presupuestarias iniciadas por Margaret Thatcher. A fines de la década del ochenta, una comisión parlamentaria estimó en 2 mil millones de libras la brecha entre el nivel de gastos efectivos y el nivel de gastos que hubiera correspondido a las necesidades de salud de la nación. Cada vez más los médicos se quejan de sus condiciones de trabajo mientras que las listas de espera se hacen cada vez más largas. Por ello el número de pacientes que esperan asistencia hospitalaria pasó de 622,000 en 1982 a 915,000 en 1992.

A fines de los ochenta, el gobierno Thatcher se vio empujado por importantes presiones a “salvar la NHS”, y dichas demandas se tradujeron en una reestructura completa del sistema de salud en 1991. Entre las opciones se encontraba la posibilidad de crear un sistema de seguros de enfermedad gracias al cual nuevas cotizaciones sociales irían a financiar las necesidades. Sin embargo, el ministerio de Hacienda [*Treasury*] se opuso a dichos proyectos con el pretexto que el control de los gastos se volvería más difícil al no tener ya el gobierno control directo sobre el presupuesto de la salud. Finalmente la respuesta del gobierno consistió en aumentar los recursos fiscales asignados al sistema e introducir mecanismos de mercado en el funcionamiento del sistema nacional de salud. La idea, venida de los Estados Unidos, era crear una competencia entre hospitales con el propósito de forzar a éstos a mejorar sus resultados, sobre todo en relación con las listas de espera. La interpretación de las dificultades del sistema británico radicaba en la crítica de un funcionamiento burocrático, sin estímulos de resultados, hecho que debería cambiarse mediante los mecanismos de competencia.

La reforma consistía mayoritariamente en distinguir dos tipos de integrantes dentro del sistema: los adquirentes de cuidados y los proveedores de cuidados [se habla en inglés de *purchaser provider split*]. Luego de la reforma las autoridades sanitarias de distrito y una parte de los médicos generales se convirtieron en administradores de presupuesto [*GP fundholders*], adquirentes de cuidados [*purchasers*] por cuenta de sus pacientes, y los hospitales fueron estructurados en *trusts* competitivos proveedores de cuidados [*providers*], financieramente autónomos y responsables. En un sistema que sigue siendo financiado por el Estado, los proveedores de cuidados se encuentran en competencia. Los adquirentes toman contacto con diferentes hospitales y negocia contratos de actividad en los cuales los hospitales se comprometen en relación con los tiempos y los aranceles aplicadas. Los recursos de esos hospitales provienen hoy día en parte de los adquirentes de cuidados con los cuales tienen contrato, y ya no más del Estado.

Esta reforma solo redujo las filas de espera en forma parcial. En 2001, continuaba habiendo un millón de británicos inscritos en una lista de espera, de los cuales, 30,000 esperaban desde hacía más de doce meses. Pero la reforma aumentó el nivel de los gastos de salud [+6,8% en 1992 en comparación a 1991, y +6,2% en 1993 en comparación con 1992]. De hecho creció y transformó las tareas de los médicos generales administradores del presupuesto quienes dedicaron una parte de su tiempo a pasar los contratos y administrar los presupuestos con los que contaban. Esto dio lugar a nuevas desigualdades entre los sectores en los cuales la competencia era posible [suficientemente dotada en los hospitales para que se hiciera competencia] y aquellos [en general los más desvalidos] en los cuales la poca oferta nada podía cambiar.

Entre 1999 y 2002, Tony Blair anuncio una serie de reformas ambiciosas, que se basaban en parte sobre otra interpretación de las dificultades. Si el sistema no aparece como siendo lo suficientemente eficaz ello se debe a la falta de medios mas que a la falta de estímulo y burocracia. Hemos visto que el nivel de oferta de cuidados se encuentra entre los más bajos de los países desarrollados. A partir de entonces, el gobierno Blair previó un aumento substancialmente los impuestos con el fin de financiar un aumento de los medios con que cuenta el NHS , de manera tal que sus gastos alcancen los niveles de otros países de Europa [9% de PIB de acá al 2005, 10% de PIB en 2022]. La reforma Blair, sin embargo, mantuvo la competencia entre hospitales y afirmó la voluntad de aumentar las posibilidades de elección de hospital para e paciente. En cambio, la función de adquirente de cuidado fue retirada a los médicos generales dándosela a los grupos de cuidados primarios a cargo cada u no de 100,000 personas [*Primary care groups o trusts*].

A pesar de no haber tenido un éxito verdadero, la reforma lanzada por Margaret Thatcher y la constatación final de que hay sobre todo que aumentar los medios con que cuenta el sistema británico de salud, la creación de un mercado moldeado sobre el sistema de salud británico parece haberse convertido en la panacea universal. Los mecanismos de competencia se introdujeron progresivamente en todos los sistemas nacionales de salud.

De esa forma , os países de *Europa del Sur*, luego de haber transformado su sistema de seguros de enfermedad en sistema nacional de salud en los años 1978-1986, procedieron a la reforma de la reforma con el fin de introducir mas competencia en sus nuevos sistemas a comienzo de la década del noventa. Lo mismo se aplica a los países escandinavos.

2. El caso sueco. – En Suecia , las evoluciones estuvieron marcadas por una descentralización aguda, una reducción drástica de los presupuestos y costos, una transferencia parcial de la oferta de cuidados del hospital hacia los centros de salud ambulatorios y los cuidados de enfermería, estableciendo la competencia entre hospitales por parte de los financiadores públicos locales.

En 1985, la reforma Dagmar aumentó la descentralización del sistema para dar aun más autonomía a los condados encargados de la política de salud. En 1992, la ley Ädel transfirió la responsabilidad financiera de los cuidados primarios [tratamientos de base, prevención, cuidados a las personas, re-educación] desde los condados hacia las municipalidades con el fin de acercar la asistencia a los pacientes. Con esa descentralización reforzada, resulta difícil hablar de una reforma única y homogénea en ese país, siendo el caso que cada condado tenia una gran autonomía de acción.

A comienzos de la década del noventa, Suecia conoció una grave crisis [alto desempleo, deficits públicos importantes] y debió prepararse para ingresar en la Unión Europea y respetar los criterios de Maastricht. Se impuso una cura de austeridad al Estado-providencia, y sobre todo al sistema de salud. Entre 1992 y 2000, el número de camas de hospital se redujo considerablemente [un 45%] y el número de empleados de los servicios sanitarios disminuyó un 25%.

Esta reducción de la oferta de cuidados hospitalarios va de manos dadas con una redistribución de los medios hacia los cuidados ambulatorios y sobre todo a domicilio./ disminuyó el número de camas hospitalarias, pero no así el número de operaciones efectuadas, mientras que el número de puestos de trabajo en enfermería aumentaba fuertemente. Como se ve en el cuadro 3, esta redistribución permitió que los gastos de salud se estabilizaran en el transcurso de esos años.

Con el fin de mejorar la eficacia del sistema y sobre todo de reducir las listas de espera, cada vez más las autoridades locales que financiaban los cuidados creaban competencia entre los hospitales, negociando contratos de adquisición de cuidados, cambiando la forma de remuneración con el fin de alinear la tarificación a la actividad. La ciudad de Estocolmo llegó hasta privatizar una de los más importantes hospitales [San Jorge] en 1999.

Concomitantemente, un acuerdo entre el gobierno y los condados llevó a que se adoptara una cartilla de paciente, ofreciendo a éste la posibilidad de cambiar de circunscripción de cuidados si los tiempos de espera máxima no fueran respetados: una persona que contacta un centro de salud primario debe obtener una consulta el mismo día. Si ese día solo ve una enfermera, debe poder obtener una cita con un médico general dentro de los siguientes ocho días. Si fuera necesario asistencia especializada [en el hospital], debe obtenerla dentro de los tres meses.

A pesar del acuerdo y de la introducción de la competencia entre hospitales, y sin duda a causa de la restricción de los presupuestos, el largo de las listas de espera siempre reviste importancia; se lo considera como el problema mayor dentro del sistema sueco de salud, en el cual los usuarios se declaran cada vez más insatisfechos, a pesar de sus resultados sanitarios, sociales y financieros entre los mejores del mundo.

El caso sueco subraya la dificultad política de la reforma de los sistema de salud: los criterios de satisfacción de los usuarios [electores] giran alrededor del sistema, de la falta de obstáculos o del retardo en el acceso a los cuidados, de la libertad de elección y de circulación en el seno del sistema. Estas preferencias están alejadas de otros criterios: sociales [igualdad de acceso a los cuidados, igual social de la salud], sanitarios [resultados en materia de salud], o económicos [viabilidad financiera].

II. – La regulación costosa y desigualitaria del mercado americano

Es difícil hablar de un sistema único de salud en los Estados Unidos, tan variantes son las situaciones [entre un Estado y otro, entre la cobertura de enfermedad de un rico y la de un pobre, entre un médico integrado a una red de cuidados y un médico liberal].¹ Tres tendencias marcan sin embargo las evoluciones americanas: imposibilidad de controlar el aumento de los gastos totales de salud, la regulación micro económica creciente de la oferta de cuidados bajo la presión de los aseguradores, la imposibilidad de garantizar la salud a todos.

Los americanos gastan dos veces más en salud que los europeos. Las tentativas de poner un límite a los gastos durante la década del setenta mediante un bloqueo de precios y salarios, solo hizo aumentar la actividad [compensación del bloqueo de precios mediante aumento del volumen]. La definición de englobar sectores atribuida a los diferentes sectores de la salud, también fracasó. A partir de ese momento, las autoridades públicas [federales y federadas] se volvieron hacia el desarrollo de la competencia organizada entre redes de cuidados y quienes las financiaban con el propósito de regular los gastos de salud. Las aseguradoras fueron llamadas a negociar aranceles y aun englobamientos predefinidos dentro de la red de cuidados, encargados de organizar la administración y controlar la actividad de los pacientes y de los médicos que agrupan en ellas.

Bajo la presión de los seguros de salud, las administraciones de las redes integradas de salud controlan crecientemente la organización y las prácticas de los proveedores de

¹ En relación con la situación americana, nos hemos basado sobre todo en Lambert, 2000, cap. VII.

salud [es debido a ello que se habla de cuidados organizados: *managed care*] las redes de salud integradas [entre las más conocidas e integradas se encuentran las *Health Maintenance Organization* -- HMO, nacidas durante la década de veinte; aumentaron considerablemente durante la década del noventa: pasando de 40 millones de americanos adheridos a una HMO en 1990 a 100 millones en 1996, o sea, 38% de la población.¹ Aun más, 70% de la población América es miembro de una red de cuidados. Para los pacientes miembros de las HMO, la libertad de elección de médico está restringida a los médicos de la red; no ha que pagar los costos por adelantado; restringida a los médicos de la red; no ha que pagar los costos por adelantado; los médicos generales asumen el papel de médicos referentes [*gate keeper*]; el acceso a los cuidados puede estar limitado y aun racionado. Las remuneraciones y prácticas médicas están muy controladas. Las redes imponen a los médicos miembros de ella normas sobre prescripciones, protocolos de cuidados y prácticas definidas mediante grupos de trabajo que reúnen diferentes profesionales [conferencias de consenso].

Las HMO siguen, de hecho, los mecanismos de regulación que caracterizan los sistemas nacionales de salud. La diferencia principal con un sistema nacional de salud es según la índole del regulador: se trata de un actor comercial más que del estado, que establece contratos con quienes pagan [el Estado para *Medicaid* o *Medicare*, empleadores o aseguradores privados], con las profesiones de la salud y con los pacientes; este actor es plural y en competencia [tiene que cuidar quienes lo financian, sus médicos y sus pacientes que pueden ir a otra parte], y debe ser rentable. No siempre fue este el caso durante la década del noventa, periodo en el cual una grave crisis de rentabilidad de las aseguradoras de salud obligó a las HMO a aumentar sus primas. Los integrantes privados [y no societarios], las HMO fijan los niveles de aranceles o de las prestaciones que toman en cuenta el nivel de riesgo del asegurado, y seleccionan los riesgos que cubren, impidiendo el acceso a los cuidados más costosos, no cubriendo o cubriendo mal a los más desamparados o enfermos el sistema americano de salud excluye de los seguros una gran parte de la población.

Todas las tentativas para revertir ese estado de cosas y garantizar a todos una cobertura de salud, fracasaron. En 1993 y 1994 Bill y Hilary Clinton presentaron un proyecto de establecimiento de un sistema salud para toda la población que no tuvo éxito. Se trata de preservar y generalizar los mecanismos de competencia organizados ofreciendo una cobertura de salud a todos, por medio de la adquisición de bonos públicos o bien de obligaciones para los empleadores sea de garantizar un seguro de salud a sus asalariados, sea de pagar una contribución por enfermedad al Estado. La complejidad del dispositivo previsto no permitió obtener los apoyos necesarios para contrarrestar a los opositores de los proyectos [médicos liberales, aseguradores privados y HMO sobre todo]. Desde entonces los Gobiernos americanos [federa y federados] tratan de mejorar el sistema actual [*Medicare* y *Medicaid*]. Así, en 2003, George W. Bush hizo adoptar un reforma que preveía la cobertura de medicamentos para las personas cubiertas por Medicare.

Los Estados Unidos presentan una situación paradójica. Los médicos americanos desde hace mucho tiempo se prefieren asirse con aseguradores privados más que pasar bajo la férula del Estado a nombre de la libertad de sus prácticas solo para encontrarse en la actualidad controlados hasta el más pequeño detalle de sus actividades por parte de los aseguradores y reguladores que cuidan la rentabilidad financiera. La segunda paradoja se refiere a la situación de ejemplaridad que parecen tener ciertas experiencias americanas a nivel internacional. La competencia organizada, las HMO y sus

¹ Lambert, 2000, p. 460

instrumentos de regulación [sobre todo de prescripciones restringidas] se toman frecuentemente como modelo para elaborar reformas europeas de sistemas de salud. El país desarrollado con peores resultados en términos de igualdad de acceso, estado de salud, de viabilidad financiera brinda entonces la mayoría de los instrumentos de regulación utilizados en las reformas que se realizan en el exterior. En lo que se refiere a los resultados globales, es dable cuestionar la pertinencia de elección de dichas referencias.... Queda que el sistema americano de salud fascina por su capacidad de investigación, de innovación, sus proezas tecnológicas y sus adelantos médicos.

III. – La competencia estimulada por las cajas de seguro por enfermedad

Con el propósito de controlar mejor los gastos en materia de salud, ciertos sistemas de seguros de enfermedad han desarrollado mecanismos de competencia, pero entre aseguradores. Alemania lleva una política de restricción negociada de los gastos de salud e introdujo la competencia entre cajas de seguros de enfermedad, antes que la reunificación relance los gastos. En los países bajos una verdadera revolución marca el sistema, en el cual en la actualidad se distingue la cobertura pública y universal de riesgos excepcionales y la cobertura en competencia de los pequeños riesgos.

1. – **Las reformas** alemanas. Desde 1977 los principios de la “acción concertada” rigen la regulación del sistema de seguros de enfermedad alemanes. Todos los años, los integrantes del sistema [el gobierno federal, las Länder, los sindicatos y la patronal, las guiones de médicos, los sindicatos médicos, las asociaciones de los hospitales y la industria farmacéutica] deben definir las grandes orientaciones de la política de protección de enfermedades, cuyas modalidades de gestión son luego negociadas entre las cajas de seguro de enfermedad y las uniones regionales de médicos.

A partir de 1984, se negocian acuerdos globales por parte de sus integrantes para los diferentes sectores de la salud, pero raramente se respetan. En medicina ambulatoria, los fondos asignados son repartidos por las uniones de médicos, a partir del principio de punto flotante: cada médico recibe su remuneración por acto, pero el valor de éste corresponde al monto del acuerdo global dividido por el número total de actos efectuados. Cada médico tiene entonces interés en multiplicar los actos para aumentar su remuneración, pero a costas de los ingresos de todos [la multiplicación de los actos hacen bajar el valor del punto]. Con el fin de evitar este fenómeno, se define un techo de actividad y un control de las prácticas efectuadas por las uniones de médicos en el caso en el cual la actividad de un médico sobrepase los límites. Esta modalidad de financiamiento regulada en función de recursos colectivos limitados [acuerdos globales] así como el control de las prácticas son bien aceptados por los médicos por el hecho de que son sus representantes [sindicatos pero especialmente Unión de médicos de caja] quien negocia los acuerdos, que administran la remuneración y los controles. El buen funcionamiento del sistema reposa sobre un sistema de representación de las profesiones médicas legítimas unificadas y responsables [todas ellas cualidades que escasean en Francia].

Este sistema no ha, sin embargo, impedido que las cotizaciones sociales aumenten considerablemente [sobre todo debido a la tendencia del gobierno federal a hacer recaer ciertos cargos suplementarios sobre los seguros sociales para aligerar su deuda]. Por el momento el nivel de gastos sigue siendo alto, sobre todo debido a que la abundancia de oferta de cuidados, la libertad de circulación de los pacientes y la separación entre los médicos urbanos y el hospital. Se tomaron importantes medidas en periodos de

recesión económica cuando los ingresos, basados sobre las cotizaciones sociales no podían seguir el ritmo de los gastos.

La ley de 1988 [ley Blüm] está dirigida a controlar mejor los gastos mediante la introducción de tickets moderadores para los medicamentos, los cuidados por parte de auxiliares médicos, las curas médicas, las prótesis dentales, optica y transporte por medio de ambulancias. Esta fija una tarifa de referencia para los medicamentos y los somete a llamados de precios, lo cual permite un control de la prescripción y de los gastos de medicamentos, así como el desarrollo de medicamentos genéricos [mas de 40% de los que se prescriben]. A partir de 1989 los gastos parecen haberse estabilizados [a 8,25% del PIB alemán], pero la reunificación hará detonarlos gastos en materia de salud.

En 1992, con el propósito de limitar los aumentos de cotizaciones sociales y de controlar la evolución de los gastos, se adoptó una importante reforma. La reforma Seehofer extiende los acuerdos globales al sector hospitalario, congela el precio de los medicamentos por dos años. Se planifica por 1996 la cobertura progresiva de las cajas de seguro de enfermedad. Se trata de permitir a los asegurados elegir sus cajas de seguro de enfermedad entre las cajas locales de sucursales o de empresas [mas de tres millones de alemanes cambiaron de caja entre 1997 y 2001. La competencia estimulada debería asimismo permitir la reestructura y racionalizar el sistema disminuyendo el número total de cajas [de 264 a 17 cajas regionales, de 684 a 389 cajas de empresas, de 151 a 42 cajas de artesanos, por ejemplo].mas recientemente la competencia estimulada debería servir para negociar los contratos específicos con los profesionales médicos y proponer estructuras de cuidados mas integradas. La competencia, sin embargo, solo aumentó las desigualdades entre cajas [algunas pudieron seleccionar los riesgos y ofrecer mejores relación cotización/prestación], y se debieron incluir mecanismos de compensación entre cajas.¹

Los gastos de salud, financiados mediante cotizaciones sociales que no cesan de aumentar parecen poner en peligro la competitividad de las empresas alemanas. El gobierno de Gerhard Schröder decidió intervenir fuertemente en 2003 dentro del marco de su Agenda 2010 de reformas de la protección social, establecida el 1º de enero 2004. Las reformas tratan de imitar el peso de las cotizaciones sociales pagadas por los empleadores aumentando la parte a cargo de los usuarios en el financiamiento de los cuidados de salud: aumento de los tickets moderadores existentes[10% del precio para los medicamentos, el tanto alzado hospitalario pasa de 9 a 10 €]; la introducción de un ticket moderador sobre consultas médicas [antiguamente gratuitas] de especialistas que no fuera prescritas por un médico general: 10 €por patología y por trimestre [estamos aun lejos de los niveles franceses....]. Como en Suecia , el monto de pagos directos por parte del paciente no puede exceder un cierto monto máximo, aquí fijado a 2% de los ingresos anuales brutos del paciente. Además, las nuevas prestaciones no son mas de cargo: los medicamentos sin orden, lentes, esterilización, curas termales, transporte. Además, se propone un seguro voluntario para las prótesis dentales.

La reforma Schröder cambia asimismo el modo de financiar ciertas curas [las licencias por maternidad, por ejemplo], haciéndolas pagaderas por impuesto [impuesto sobre tabacos], duplica la cotización de los jubilados en el financiamiento de los seguros por cuidados de larga duración [*Pflegeversicherung*], hace recaer el financiamiento de las indemnizaciones diarias a las cotizaciones de los asalariados y no ya a los empleadores. La reforma prevé finalmente mejorar la calidad de la asistencia, mediante la creación de

¹ Hassenteufel, 2003

un centro alemán para la calidad de la medicina, independiente del estado, compuesto por representantes de las cajas, de los hospitales, de los médicos y de los pacientes; este centro debe elaborar las normas terapéuticas y las herramientas para la evaluación de la eficacia de la asistencia y de los medicamentos. La reforma prevé asimismo un mayor papel del “médico de familia”, una responsabilización y una mejor información de los pacientes, la creación de centros médicos que deben permitir una mejor coordinación de los cuidados.¹

Estas medidas, adoptadas por los partidos de izquierda y de derecha en el Parlamento, fueron objeto de mucha oposición tanto por parte de los médicos como de los usuarios. Aun no se conoce las consecuencias sobre los gastos de salud, pero deberían de permitir bajar rápidamente el nivel de las cotizaciones sociales y la cobertura pública de gastos por concepto de salud.

2. La doble competencia inducida en los Países Bajos. – ahora que los sistemas nacionales de salud introducen la competitividad entre quienes ofrecen cuidados y que Alemania instaure la entre cajas de seguros de enfermedad, los Países Bajos desarrollaron ambos a partir de finales de los ochenta. Una parte de los pacientes holandeses tiene para la cobertura de cuidados llamados regulares o corrientes, la posibilidad de elegir entre diversas aseguradoras. Ello induce la competencia entre quienes ofrecen cuidados para negociar contratos que garanticen aranceles y niveles de prestaciones.

A partir de 1987, tres oleadas de reformas tratan de implementar el plan Dekker, luego Simons, de transformación del sistema de salud holandés. En la actualidad está constituido por tres etapas. Un pilar de base, universal, financia por impuestos, que asegura a todos la cobertura de cuidados agudos o excepcionales [ley AWZB] que cubre los riesgos catastróficos, las enfermedades crónicas, invalidez y cuidados siquiátricos]. Este cubre aproximadamente 60% de los gastos de salud. El Estado negocia con los aseguradores y los proveedores de cuidados los dominios cubiertos por la ley AWZB. Un segundo pilar obligatorio, financiado mediante impuestos y las cotizaciones sociales, diferenciado según los ingresos de los asegurados, cubre los cuidados llamados corrientes. Los holandeses cuyos ingresos sean inferiores a 30,000 € anuales, los jubilados y los patronos independientes que ganan menos de 19,000 € están cubiertos por un seguro de enfermedad pública que protege al 65% de la población [cobertura ZFW]. Aquellos cuyos ingresos excedan el máximo deben suscribir un seguro de enfermedad privado que toma a su cargo los cuidados corrientes [o primarios] **al primer euro gastado**. El tercer pilar está constituido por seguros complementarios facultativos para cubrir la parte que no cae bajo los dos primeros pilares, especialmente ciertos cuidados como cuidados dentales de adultos u homeopatía. 90% de los holandeses tienen un seguro de salud complementario.

Este sistema presenta para todo gobierno cuidadoso de las finanzas públicas, la ventaja de haber permitido una estabilización de los gastos públicos de salud [de 5,2% del PIB en 1990 a 5,7% en 2001, para gastos totales de salud que sobrepasen de 7,5 a 8,9% del PIB –Cf. Cuadro 3] gracias a una transferencia parcial de los cargos y de la administración del riesgo enfermedad hace el sector privado. La doble inducción a competencia permitió una doble exclusión de ciertos gastos de salud del dominio público, aquellos que se referían a los más acaudalados y los de ciertos cuidados corrientes y de “confort”. El gobierno francés crear el Consejo Superior sobre el futuro de los seguros de enfermedad a fines de 2003 ponía por modelo el holandés como una

¹ Hassenteufel, 2003

solución posible para estabilizar los gastos públicos de salud manteniendo tasas de reembolso convenientes.

Sin embargo, con la implementación de ese sistema surgieron dos problemas. Para comenzar, y como siempre, la introducción del factor competencia entre asegurados, reforzó las desigualdades, vista la disparidad de prestaciones propuestas para las diferentes aseguradoras privadas, las cuales modulan las cotizaciones en función del riesgo del asegurado y de las prestaciones garantizadas [se evitan excesivas desigualdades mediante debido a la existencia de un sistema de seguros de enfermedad público que cubre a la mayoría de la población]. Por otra parte, los conflictos cada vez más numerosos que confronta al gobierno con las aseguradoras al definir qué es cuidado excepcional y cual cuidado corriente, dado que las aseguradoras privada buscan no cubrir un conjunto de cuidados asociados a las enfermedades degenerativas o de larga duración, estimando que éstas deben estar dentro de los cuidados excepcionales. Resulta en efecto difícil trazar una frontera clara entre el riesgo grande y el pequeño.

Aun cuando las reformas realizadas a partir de la década del noventa están mayoritariamente determinadas por las instituciones creadas a partir de 1945, implican todas una cierta liberalización de los sistemas de salud.¹ Sabemos que son los sistemas nacionales de salud correctamente dotados de medios financieros los que permiten el mejor control de la evolución de los gastos públicos en salud garantizando la igualdad de acceso a los sistemas de cuidados, la reducción de las desigualdades sociales en materia de salud, el desarrollo de la prevención y de las políticas de salud públicas y los mejores resultados sanitarios. Sin embargo, las formulas actuales recurren cada vez mas a la competencia: competencia entre quienes ofrecen cuidados en los sistemas nacionales de salud [con el propósito de mejorar la eficacia y reducir las listas de espera], competencia entre aseguradoras en los sistemas de seguros de enfermedad [donde las prestaciones de seguros ya se encuentran en competencia por lo menos en el campo de los cuidados ambulatorios]. La idea parece ser no tanto de controlar los gastos totales en salud sino limitar la parte pública de los gastos de salud transfiriendo una parte de las cargas hacia la actividad privada. Esta incitación a la competencia va asimismo dirigida a satisfacer una creciente demanda de usuarios [por lo menos quienes cuentan con los medios de pagársela]: libertad de elección y acceso inmediato a los cuidados mas sofisticados. Francia no es una excepción.

Capitulo V

¿DIRIGIR LA SEGURIDAD SOCIAL?

Desde comienzo de la década del setenta, los gastos en materia de salud en Francia aumentaron con muy mayor rapidez que el PIB. La proporción de gastos en salud en el PIB pasó de 7,6% en 1980 a 9,4 en 1994, enlenteciéndose luego la progresión, sobre todo debido a l crecimiento económico de los años 1997 a 2000 [lo cual permite que el PIB progrese al mismo ritmo y aun mas rápidamente, que os gastos en salud]. Luego de 2001, los gastos en salud retoman su fuerte crecimiento, rozando sin duda la parte del PIB el 10% en 2004. se trata de una progresión de los gastos típicos de los sistemas de seguros de enfermedad [teniendo sin embargo, una cobertura pública inferior en Francia en relación a Alemania para cuidados ambulatorios].

¹ Hassenteufel *et al*, 2000

Con el fin de enfrentar este aumento de los gastos en salud, Francia parece haber tratado sin éxito, todas las formas de regulación posibles: por parte del Estado, por medio de negociación, por medio del mercado. Las políticas francesas de [no-¿] regulación del sistema de salud se pueden descomponer de hecho, en tres grandes etapas. La primera está marcada por la fijación de precios a bajo nivel, regulación autoritaria del estado, que no tuvo efecto debido a la compensación por volumen que autoriza el pago por acto. En un segundo tiempo, el Estado y las cajas de seguro de enfermedad trataron de negociar los acuerdos de gastos con las profesiones médicas, sin éxito debido a la falta de responsabilidad de cada uno de los actores. La tercera etapa, inicia actualmente, está dirigida a reestructurar profundamente el sistema, con la creación de un sistema más estatal para la protección de enfermedades de base, y la transferencia de una parte mayor de los cuidados corrientes al sector competitivo privado.

I. – Controlar precios y demanda

durante el transcurso de los setenta, con el fin de terminar con la continua creciente de gastos de salud, los poderes públicos trataron de bloquear los precios de la salud. Los hospitales, financiados al precio del día, vieron que su nivel progresaba con excesiva lentitud. Los aranceles de la Seguridad Social relacionada con los honorarios de los profesionales de la salud no evolucionaban a la misma velocidad que los salarios. El precio de los medicamentos estaba vinculado a aranceles relativamente bajas en relación a los países extranjeros. Sin embargo, esta estrategia no tuvo consecuencia alguna sobre el nivel de gastos en el sentido de que los actores compensaban este cuasi congelamiento de los aranceles aumentando el volumen de sus actos: prolongación de las estadías en hospitales, multiplicación de las recetas de medicamentos y de las consultas médicas.

Deseo entonces, los gastos en salud no dejaron de aumentar, dando lugar al famoso "agujero de la Seguridad". Para equilibrarlo, y para evitar regular la oferta de cuidados por su precio, los Gobiernos eligieron actuar sobre la demanda de cuidados bajando los reembolsos y aumentar los descuentos obligatorios. A partir de 1975, las políticas de Seguridad Social se conjugan en base a planes de salvataje de la Seguridad Social. Estos planes se suceden al ritmo de uno por año, salvo en el caso de años electorales.¹ Cada uno de esos planes tiene la misma estructura: están dirigidos a "responsabilizar" a los asegurados aumentando los tickets moderadores y a aumentar los recursos [alza de los impuestos afectado, tales como los impuestos sobre tabacos y alcohol que van directamente a financiar los gastos sociales, y sobre todo el aumento de las cotizaciones sociales pagadas por los asalariados].

A falta de una política eficaz que gobierne los cuidados de salud, se trató de moderar la demanda de cuidados mediante un aumento de la parte de gastos de salud que quedan librados a los usuarios. Debido a la importancia de las mutualistas en Francia este aumento solo transfiere las cargas de la Seguridad social hacia las aseguradoras complementarias [las cuales, a su vez, aumentan sus cotizaciones]. El pago compartido se desarrolla con la creación [en 1982] y luego el aumento de la contribución proporcional hospitalaria [de 20 Fr. en 1982 a 50 Fr. en 1991, 70 Fr. en 1995 y 13 € en

¹ Plan Durafur [diciembre 1975], plan Barre [setiembre 1976], plan Veil [abril 1977 y diciembre 1978], plan Barrot [julio 1979], plan Questiaux [noviembre 1981], planes Bérégovoy [noviembre 1982 y marzo 1983], plan Dufoix [junio 1985], planes Séguin [julio 1986, diciembre 1986 y mayo 1987], planes Evin [setiembre 1988 y diciembre 1990], plan Bianco [junio 1991], plan Veil [agosto 1993], plan Juppé [noviembre 1995]. El contenido del conjunto de estos planes se analiza en Palier, 2002, cap. IV.

enero de 2004], con el aumento de diferentes “tickets moderadores” que pasaron a un nivel teórico de 20% en 1945 a 30% para honorarios médicos, 40% para los auxiliares médicos y los análisis, 40% en promedio para los medicamentos y 20% en promedio para el hospital. El nivel de reembolso de los cuidados de salud para el régimen general de la seguridad social, que había pasado de 44% en 1966 a 66 % en 1970 para culminar en 76,5% en 1980 retrocede a continuación pasando a 74% en 1990 y 73,9% en 1995. la que es particularmente baja en Francia, es la cobertura ambulatoria [solo 60% de los gastos están cubiertos].

Hasta 1992-1993, los aspectos básicos de los planes destinados a reparar las cuentas de la Seguridad Social estuvo dirigido, a pesar de ello, a aumentar los ingresos. Basta para entenderlo, comparar los efectos logrados por las medidas de economía [reducción de reembolsos en la salud] en relación con los efectos logrados por las medidas que aumentaban los recursos [plan de financiamiento previendo un aumento de las cotizaciones sociales o sino de los impuestos afectados]. Mientras que el plan Questiaux de financiamiento contribuye 35,95 mil millones de francos por concepto de nuevos ingresos [en 1982], las economías esperadas del plan Bérégovoy de marzo 1983 sumaban 3,5 mil millones. El segundo plan Séguin de financiamiento de mayo 1987 debería contribuir 21,3 mil millones de francos por concepto de ingresos nuevos, cuando su plan de nacionalización de los gastos de seguros de enfermedad debía contribuir “hasta” 5 a 10 mil millones.

Durante el transcurso de la década del ochenta, aun si reducen los impuestos sobre la renta, los Gobiernos franceses no titubean en aumentar considerablemente el nivel de cotizaciones sociales dentro del marco de los planes para equilibrar las cuentas de la Seguridad Social, aumentando así el nivel total de descuentos obligatorios. El aumento de 10 puntos en los descuentos obligatorios entre 1973 y 1984 se debe así en lo esencial [9,5 puntos] a los descuentos sociales. La parte de estos últimos en los descuentos obligatorios solo aumentó durante el transcurso de la década de los ochenta, pasando de 39% de descuentos obligatorios en 1970 a 46% en 1995.¹ las políticas implementadas durante la década del ochenta están llenas de efectos nefastos. Si éstas no pudieron lograr moderar el aumento de los gastos de salud, estas políticas en cambio aumentaron las dificultades para acceder al sistema de salud por parte de aquellos que no pueden pagarse una mutualista [40% de la población durante la década del setenta, 25% durante la década del ochenta y además 15% a fines de la década del 90].² El fijar los aranceles de cuidados a niveles bajo llevó a una multiplicación de los actos y a una creciente demanda de servicios y actos mas innovadores y mas onerosos [pero los mas remuneradores], así como a las “falsas innovaciones” en el campo de los medicamentos. Sin embargo son menores los efectos nefastos de estas medidas que las restricciones económicas nuevas destinadas a modificar las políticas al comienzo de los noventa.

II. – La imposible regulación negociada

Es, en efecto, el nuevo contexto económico de la década del noventa que lleva a que Francia cambie su política: apertura del gran mercado en 1992, recesión en 1993, voluntad de respetar los criterios de Maastricht a partir de entonces y hasta 1997. no parece ya posible financiar indefinidamente el crecimiento de los gastos sociales mediante aumento de los descuentos sociales. Los Gobiernos van entonces intentar nuevas estrategias para controlar la oferta de cuidados: la de la regulación negociada

¹ Palier, 2002

² Desatáis, 2003, p.132

de oferta de cuidados.¹ Los diferentes ministros de Asuntos Sociales crean nuevos instrumentos que deberían permitir el control de la oferta de cuidados y establecer un techo para las erogaciones.

Dentro del campo hospitalario, se continúa la política de presupuesto global y a ella se agrega una política de reestructura hospitalaria destinada a reducir el número de camas [menos 16% durante el decenio 1990] y a estimular una reconversión de las actividades [dirigida sobre todo al alojamiento de personas de avanzada edad dependientes paralelamente, a partir de mediados de los años noventa, el establecimiento de un programa de medicalización de los sistemas de información [PMSI – traducción francesa del método americano de *Diagnosis related groups*] permite conocer mejor la actividad de los hospitales. En la medida en que el hospital es ahora objeto de un financiamiento *a priori*, los gastos de cuidados hospitalarios parecen relativamente controlados, lo cual no es el caso de la asistencia ambulatoria.

A partir de 1991, el gobierno incita a las cajas de seguros de enfermedad y a las profesiones liberales de la salud [urbanas] a negociar sus convenios” permitiendo un “control medicalizado de los gastos” [en oposición a un control solamente contable]. Como en Alemania, estos convenios tratan de establecer una regulación mediante financiamiento restringido, mediante el establecimiento de acuerdo. En el caso de las clínicas privadas y de los biólogos, el financiamiento se hace mediante acuerdo cerrado. Para enfermería y masajistas kinesiterapeutas, se fija un techo de actividades por profesional y si se sobrepasan los objetivos, éste no puede beneficiarse de revaloración tarifaria. Pero los médicos urbanos, consolidados sobre los principios de la medicina liberal, se rehusan a todo sistema de acuerdos negociados. Con el propósito de influenciar sus prácticas el gobierno introdujo, sin embargo, en 1993 “referencias médicas oponibles” [RMO, ley Teulade de diciembre 1992] que define, en el caso de ciertas patologías, las intervenciones recomendadas.

Sin embargo, los convenios raramente fueron respetados y las erogaciones en salud continuaron creciendo marcadamente. Es por ello que el plan Juppé de 1995 había previsto dotar al Estado de los medios para hacer respetar estos objetivos de evolución de gastos. Los nuevos instrumentos previstos en el caso del plan Juppé y establecido por las disposiciones de 1996 reforzaron las capacidades de control de gastos y de actividades médicas por parte del Estado. La regulación debe así negociar cada vez menos con los asociados a los acuerdos y las profesiones de la salud, e imponerse cada vez más por parte del Estado.

Como consecuencia de la adopción de la reforma constitucional de febrero 1996, el parlamento debe determinar cada año el monto de los recursos afectados a la protección social y definir un porcentaje de progresión de los gastos de salud para el año siguiente: un objetivo cuantificado nacional el ONDAM [Objetivo nacional de los gastos de seguros por enfermedad] determina cada año la evolución máxima autorizada de gastos por seguros de enfermedad engendrados por la actividad de cada profesión. Las cajas de seguros por enfermedad deben negociar “convenios relativos a objetivos y de administración” con las profesiones médicas dentro del marco de esos objetivos fijados por el Parlamento. Estos objetivos cubren la quasi totalidad de los cuidados ambulatorios, los gastos relativos a la actividad de las clínicas privadas y una parte de las prestaciones en especie. Si las cajas y las profesiones médicas no se ponen de acuerdo luego de sesenta y cinco días de negociaciones, las disposiciones de abril 1996 prevén que el Estado pueda entonces sustituir a los asociados a los acuerdos y fijar las

¹ para un análisis de estas políticas, ver los artículos de “*La santé à l'économie*”, *Politix*, n 46, 1999.

condiciones para lograr los objetivos nacionales cuantificados de la evolución de los gastos por concepto de seguro de enfermedad.

Las nuevas instituciones fueron asimismo creadas para regular mejor el sistema de cuidados franceses. El Estado ocupa un lugar central en el seno de estas instituciones. El plan Juppé prevé que cada caja de Seguridad Social sea controlada por un consejo de supervisión encargado de examinar las condiciones de la aplicación de los convenios sobre objetivos y administración. El plan Juppé prevé asimismo la creación de Uniones regionales de cajas de seguro por enfermedad [URCAM], en las cuales está representado el Estado, con el fin de armonizar las políticas de salud de las cajas de seguros por enfermedad de los diferentes regímenes. Para regular mejor el sistema de salud, se establecieron nuevas Agencias regionales de hospitalización [ARH],¹ la mitad de cuyos miembros son representantes del Estado, así como una Agencia nacional de acreditación y de evaluación de la salud [ANAES], colocada bajo la tutela del ministerio a cargo de los Salud.²

El plan Juppé prevé que si los objetivos cuantificados nacionales no se respetan, se impondrán sanciones financieras a los contraventores a partir de 1997. Fueron las perspectivas de estas sanciones financieras las que dieron lugar a importantes movimientos de huelga de estudiantes de medicina [los internos] en el transcurso de la primavera de 1997. Luego de la discusión de la ley de financiamiento de la Seguridad social para 1999, votada en el otoño 1998, se decidió que las sanciones fueran impuestas directamente por el Estado y no por una negociación entre caja y profesionales médicos. Un fallo del Consejo de Estado de 2000 censuró sin embargo el hecho de exigir que los médicos devuelvan una parte de su remuneración a las cajas de Seguridad Social.

Luego de la implementación del plan Juppé de 1995, fue principalmente dentro del marco de las leyes de financiamiento de la Seguridad Social que se tomaron las decisiones referentes al sector de la salud, y ya no más en el marco de planes de salvataje de la Seguridad Social.

La ley de financiamiento para 1999 previó así la congelación [o informe de revaporización] de los aranceles para los dentistas, masajeadores kinesiterapeutas, biólogos y ortofonistas. Esta confirmó la baja autoridad de los aranceles de los radiólogos decidida por Martine Aubry en julio 1998, así como la reducción de precios de ciertos medicamentos. Preveía penalización para aquellos productos cuyo consumo hubiese aumentado más [ciertos antibióticos y antidepresivos]. La ley de financiamiento para 1999 instauró asimismo el derecho para los farmacéuticos de sustituir los medicamentos prescritos por otros medicamentos genéricos. Igualmente creó una nueva contribución a cargo de los laboratorios farmacéuticos.

Ante la resistencia de las profesiones médicas al autoritarismo del Estado, la ley de financiamiento de la Seguridad social para 2000, votada a fines de 1999, preveía que la regulación de la medicina urbana se confiara a las cajas de Seguridad social y a los profesionales. Estos deben administrar una meta de gastos y tomar todas las medidas que se juzguen necesarias al respecto de éstos. La ley prevé asimismo favorecer el desarrollo de medicamentos genéricos mediante estímulos financieros y reformar el reembolso de los medicamentos a partir de un programa de reevaluación de la eficacia terapéutica de éstos. Es sobre la base de los informes presentados dentro de ese marco

¹ Estas están a la vez encargadas de definir y de implementar la política regional de oferta de cuidados hospitalarios [conducción], coordinar las actividades de los establecimientos públicos y privados [planificación] y de determinar los recursos [financiamiento].

² La ANAES sustituye a los socios convencionales en la determinación de referencias médicas oponibles, pivote de los controles medicalizados de gastos de salud

que Jean-François Mattéi decidió la rebaja de reembolsos de varios medicamentos en 2003.

Fueron 1999 y 2000 los últimos años recientes en los cuales el gobierno trata nuevamente de imponer una regulación autoritaria a las profesiones de la salud. El balance de las medidas adoptadas en esos años resulta sin embargo, ser decepcionante. Los gastos en salud aumentaron con una rapidez dos a tres veces mayor que los objetivos votados por el Parlamento. En vista de esos resultados, el gobierno reúne regularmente a los integrantes del sistema de salud [estados generales de la salud en 1999, “Grenelle de la Santé” en julio 2001] sin lograr encontrar la clave de una reforma que permita efectivamente controlar la evolución de los gastos públicos en salud. Esos profesionales de la salud, divididos entre sí, se obstinaron ante la actitud autoritaria de los poderes públicos y ni siquiera llegaron a firmar acuerdos que respetarían.

En 2001, los ingresos crecientes y la perspectiva de elecciones presidenciales en mayo 2002 cambiaron las reglas del juego. No se tomó casi ninguna medida para controlar el aumento de gastos. Por el contrario ciertas medidas políticas acrecientan los gastos, como ser el establecimiento de 35 horas en los hospitales. En el otoño 2002, el novel ministro de Salud Jean-François Mattéi anunció el fracaso de toda política de control contable, afloja las restricciones sobre el ONDAM y fija un objetivo mucho menos restrictivo, llegando a prever un déficit para el 2003 [10,6 mil millones de euros – lo mismo para el 2004]. Con el propósito de reoncarse con las profesiones médicas y de responder positivamente al movimiento de los médicos generales durante la campaña presidencial, los honorarios de los médicos general fueron aumentado pasando a ser 20 € por consulta. La política de medicamentos se suaviza también dado que prevé una liberalización progresiva del precio de los medicamentos.

Desde entonces, los gastos en salud aumentaron considerablemente a partir de 2000: mientras el crecimiento de los gastos por seguros de enfermedad era de +3,5% por año entre 1994 y 1999, constituye, en promedio +6,3% a partir del 2000. Los que más aumentan son los cuidados urbanos. Para el Tribunal de cuentas [informe de 2000] dos tercios de este aumento se explica por las decisiones políticas: introducción de 35 horas en el hospital, cambio de criterio en relación con las afectaciones de larga duración, aumento de honorarios de los médicos generales. En consecuencia, el déficit de seguros de enfermedad se elevaba 2,1 mil millones de euros en 2001, 6,1 en 2002, 10,6 en 2003 y sin duda más de 11 mil millones en 2004 [40 mil millones de deuda acumulada a fines de 2004].

Ciertas decisiones políticas así como ser invertir la coyuntura en 2001 ahondó el déficit de los seguros de enfermedad, volviendo inevitable y urgente una reforma de la misma. Sin embargo ésta se traslada a 2004 debido a la reforma de las jubilaciones realizada en 2003.¹ La ley de financiamiento de la Seguridad Social para 2004 [votada a fines de 2003] prevé simplemente una serie de aumentos de los ingresos [aumento de los impuestos sobre el tabaco, aumento de la proporción hospitalaria de 10,6 a 13 €] y de las rebajas de la cobertura: reducción de las tasas de cobertura de ciertos medicamentos en los cuales el “servicio médico realizado” aparece como insuficiente; redefinición de la cobertura 100% mediante un examen más estricto de la cobertura de cuidados rotulados como afecciones de larga duración [ALD] y por la exclusión de cobertura del 100% de los cuidados pre- y post-operatorios. Estas medidas deberían permitir que se realizara la gran reforma anunciada para el verano 2004, antes del fracaso del gobierno en las elecciones regionales. La amplitud de la derrota electoral hacen dudar que se de inicio a una reforma sumamente importante en lo inmediato, aun si el Consejo Superior

¹ Cf. Palier, 2003.

para el futuro de los seguros de enfermedad, presidido por Bertand Fragonard, ha logrado elaborar un diagnóstico que todos comparten. Recomienda un aumento limitado de los ingresos [CSG], algunas rebajas en los reembolsos, pero sobre todo una mejora en la eficacia del sistema [responsabilidades claramente definidas, un mejor encadenamiento de los cuidados].

Aun sin una “gran” reforma, ya es posible ver como el sistema de salud francés se ha transformado poco a poco como resultado de las medidas estructurales que se acumulan.

III. -- ¿Hacia un nuevo sistema de salud?

Mientras que se trataba de bregar contra el aumento de gastos en salud, durante el curso de los noventa, los Gobiernos tomaron medidas estructurales que implicaban una transformación profunda de los sistemas de salud. Estos modificaron los derechos de acceso a la salud, el nivel y la extensión de administración, la modalidad de financiamiento del sistema, así como su modalidad de organización de decisión. Se bosqueja un nuevo sistema de salud, más estatizado para protección de enfermedades de la base, pero en el cual la cobertura se reduce para los cuidados corrientes, pasándolos progresivamente a cargo de las aseguradoras complementarias privadas.

Acceso a la salud.— El sistema francés de seguros de enfermedad, que fuera destinado a los asalariados y a sus causahabientes, con la creación de la Cobertura universal de enfermedad, vio a la definición de los derechos a la salud evolucionar marcadamente. El proyecto de Cobertura universal de enfermedad fue adoptado definitivamente el 27 de julio 1999. se garantiza así a todos la afiliación al régimen de base de la Seguridad Social [se estimaba en en 150,000 el número de personas que carecían de cobertura de enfermedad en Francia]. Ello permitió que las personas con ingresos inferiores a un máximo [566 € mensuales en 2004] tuvieran acceso a una cobertura complementaria gratuita en materia de cuidados de salud y fuesen exoneradas del adelanto de los gastos. La CMU complementaria puede ser administrada, a opción del beneficiario, por una caja de Seguridad Social o bien por un organismo de seguros complementarios, aseguradora privada o mutualista. Apunta a una canasta de cuidados garantizados. Esta cobertura complementaria se financia en gran parte por el Estado, el cual vierte cerca de 230 € a los organismo que la administra.

La CMU entró en vigor el 1º de enero 2000. hacia fines del 2003, 1,5 millones de personas se vieron beneficiadas por la cobertura de base, o sea casi 2,5% de la población francesa. La CMU complementaria beneficiaba a 4,5 millones de personas [4 millones en el sector urbano]. Únicamente 14% de los expedientes complementarios son administrados por organismos que no sean las cajas primarias de seguro de enfermedad.

La CMU mejora el acceso de los más desamparados al sistema de cuidados de la salud, y asegura que nadie se encuentre sin seguro de enfermedad. La CMU permite asimismo ofrecer una cobertura complementaria a aquellas personas que no pueden pagar una mutualista, en un contexto en el cual los tickets moderadores no cesan de aumentar.

Las prestaciones. – A consecuencia de las medidas adoptadas luego de finales de la década del setenta, la cobertura ofrecida por la Seguridad Social de base se reduce, sobre todo para los cuidados ambulatorios. Hemos visto que, si bien la tasa de cobertura de los cuidados agudos sigue siendo elevada en Francia, la de cuidados ambulatorios es comparativamente muy limitada.

La responsabilidad por los cuidados corrientes [consultas urbanas, cuidados dentales y ópticos, medicamentos, análisis médicos, transporte] recae crecientemente sobre la cobertura complementaria privadas y sobre los propios individuos. Esa transferencia de carga hacia el sector privado, permite aliviar un poco las finanzas públicas, pero presenta problemas de desigualdad que la CMU no resuelve completamente. En efecto, las aseguradoras complementarias pueden diferenciar sus aranceles en función del riesgo que presente el asegurado [lo cual es rechazado por un seguro social debido a que ellos va en detrimento de los mas desamparados] y propone prestaciones diferenciadas en función del monto de la cotización. Los mas pobre tienen tendencia a optar por coberturas complementarias de menor precio, por lo tanto menos protectoras. Además, que el 8% de la población francesa que carece de seguro complementario y que por lo tanto debe renunciar a menores cuidados en proporción con la importancia del no desembolso por parte la Seguridad Social.

Financiamiento. La modalidad de financiamiento del sistema evolucionó, con el desarrollo de la Contribución social generalizada [CSG]. Este impuesto, afectado a la protección social, recae sobre el conjunto de los ingresos y no solamente sobre aquellos derivados del trabajo. El reemplazo de las cotizaciones por enfermedad pagadas por el asalariado por puntos suplementarios de CSG, se hizo a iniciativa de Alain Juppé [un punto de CSG vino a reemplazar un punto de cotización por enfermedad en 1996] y fue completado por el gobierno Jospin el primero de enero 1998. Dado que el sistema pasó de una lógica [profesional a una lógica universal, la CSG “lógicamente” financió las prestaciones que ya no se basan en el seguro social sino en la solidaridad nacional.

El financiamiento de los prestatarios de cuidados evolucionó crecientemente según las modalidades que favorecen la competencia entre los actores. El financiamiento de los cuidados urbanos no cambió demasiado. El pago por acto [a pesar de las incitaciones a efectuar gastos que ello genera] y la falta de un tercero pagador [a pesar de las desigualdades que ello significa dado que los mas desamparados se ven obligados a llevar sus consultas al hospital prevalecen siempre para las consultas médicas. El pago por acto es coherente con la ideología de la medicina liberal y la competencia entre médicos ello implica.

La liberalización progresiva del precio de los medicamentos contribuye a introducir modalidades de regulación de la competencia en ese campo, con la esperanza de que, si los precios aumentan gracias a su liberalización, los volúmenes de prescripciones disminuirán.

Con el plan Hospital 2007 adoptado en 2003, el financiamiento de los hospitales se vio asimismo cambiado, pasando progresivamente de un presupuesto global a la tarificación por actividad [llamada “T2A”]; 10% de la actividad de los hospitales se financia por actividad en 2004, 100% de aquí al 2008.¹ Gracias a la implementación del PMSI, ahora es posible conocer la actividad de cada hospital y financiarla en función de sus logros. Esta modalidad de financiamiento del hospital, importada de los Estados Unidos [financiamiento por grupo de enfermos homogéneo, *Diagnosis related group*], va dirigida a mejorar la eficacia de los hospitales. Va a orientarlos hacia las actividades rentables, al mismo tiempo que crea una competencia creciente entre los sectores público y privado, y entre los propios establecimientos públicos.

Estas transformaciones de la modalidad de financiamiento de los prestatarios de seguros atestiguan la voluntad de que la regulación del sistema se rija por mecanismos de

¹ De Kervasdoué, 2004.

mercado habiendo fracasado las modalidades estatistas o negociadas. En un contexto en el cual el presupuesto no está limitado *a priori*, este tipo de regulación solo puede conducir a un aumento de los gastos en salud.

Organización y regulación. – Hemos señalado que el plan Juppé aumentó considerablemente el peso del Estado en el seno de las instancias de decisión del sistema sanitario: votación de la ley de financiamiento de la Seguridad social por parte del Parlamento, implementación de instancias [ARH, ANAES] en el cual el Estado tiene un papel creciente. Al mismo tiempo, la legitimidad que los socios societarios [patronal y sindicatos] administren un sistema que se convertido en universal y que es financiado por impuestos ha casi desaparecido. Los representantes de los empleadores eligieron no estar mas representados en los consejo de administración de las cajas de Seguridad Social. Sin embargo el Estado no parece contar ni con los medios ni quizás la voluntad de imponer sus orientaciones a los integrantes del sistema. Parece preferir que sea el mercado quien actue.

Se ve así entrar en vigencia un sistema de salud que responde formalmente a las orientaciones generales de las reformas de los sistemas sanitarios observados en el exterior: desarrollo de estructuras tipo sistema nacional de salud [derechos universales, financiamiento mediante impuestos], desarrollo de mecanismos de regulación según logros y la competencia en el seno de ese sistema [por las modalidades de financiamiento de los prestatarios], privatización parcial de administración de cuidados de la salud. Sin embargo, falta la capacidad para definir y hacer respetar un presupuesto *a priori* en un sistema que funciona siempre sin trabas.

En el nuevo esquema de organización que se crea, el Estado trata de definir un presupuesto *a priori* consagrado a los gastos de salud [votado todos los años en el Parlamento dentro del marco de la ley de financiamiento de la Seguridad social], pero se muestra incapaz de imponer el respeto a los integrantes del sistema, sobre todo del hecho de la no-cooperación de las profesiones médicas, pero también de la modalidad de remuneración por acto y la libertad de circulación de los pacientes. Resulta difícil imaginar en estas condiciones que e habrá de respetar ONDAM en lo sucesivo. Es precisamente ahí que se sitúa la crisis de gobernabilidad del sistema, cuando el Estado vota un presupuesto que no puede hacer respetar, cuando ninguno de los integrantes se siente responsable por la buena administración de los dineros públicos..

Mientras no se encuentren los medios de hacer respetar el presupuesto votado en el Parlamento habrá de continuar surgiendo la cuestión del aumento incontrolado de los gastos en salud y de la regulación imposible del sistema sanitario francés. Y se continuará sin duda sin encontrar otras soluciones que no sea la transferir cada vez mas responsabilidad al sector del seguro complementario.

Habría que cambiar otros parámetros para que el funcionamiento del sistema pueda ser regulado, respetandose los objetivo de igual de acceso a los cuidados, la igual del estado de salud y de viabilidad financiera: un mejor distribución de los cuidados ambulatorios, el establecimiento de médicos referentes, la orientación colectiva en la instalación de los médicos, un cambio de la modalidad de remuneración de éstos, una reorientación de las prácticas médicas h hacia la prevención, un mejoramiento de la articulación entre médicos urbanos y hospital... pero para llevar a la practica estas medidas se debería cuestión en parte dos elementos esencial para la identidad de nuestro sistema de salud: la libertad de elección por parte del paciente, las libertades de los médicos liberales. Estos cuestionamientos no parecen ir en el sentido de la historia, cuando todos los países desarrollados tratan de mejorar la reactivacion, la eficacia de

sus sistemas de salud, con el propósito de ofrecer a los pacientes [que ya no lo son más en las listas de espera] más opciones y un acceso más inmediato a los cuidados. Luego de más de veinte años de fracaso de las tentativas para controlar el aumento de los gastos de salud en Francia, se ha extendido la idea de que ese aumento en los gastos de salud es inevitable, y que no le queda otra al gobierno que aumentar los ingresos, si puede hacerlo o bien disminuir aún más la cobertura pública de los gastos de salud. Sin embargo hemos visto que en otros países se llega a controlar sus gastos en salud sin dejar de asegurar una cobertura elevada y obtener buenos resultados en materia de salud. Pero sería necesario para ello que se efectuaran transformaciones profundas simultáneas de las estructuras del sistema de salud y de los comportamientos individuales. No es seguro que los franceses estén dispuestos a renunciar a una parte de su libertad a fin de permanecer fieles a sus médicos referentes. Y no es seguro que los médicos estén prontos a renunciar a los sacrosantos principios de la medicina liberal, como ser la libertad de instalación, el rechazo de terceros pagadores o al pago por acto para utilizar mejor los dineros públicos que se les confiá. Para retomar la fórmula de Marianne Berthod-Wurmser, Francia mucho más guerrera que otros países en relación con los riesgos de atentar contra la libertad en los proyectos de reforma, continúa mostrándose menos preocupada de los riesgos de atentar contra la igualdad.¹

CONCLUSIÓN

Durante el transcurso de los últimos años, los sistemas de salud de los países desarrollados fueron todos objeto de reformas más o menos profundas. Esas reformas estuvieron todas orientadas por la preocupación de reducir o por lo menos controlar las erogaciones públicas. Todas tendían a desarrollar mecanismos de regulación fundados sobre la competencia entre sus integrantes [aseguradoras y prestatarios de servicios], esperando por ese medio desarrollar la eficacia. El desarrollo de la competencia constituye, sin embargo fuente de desigualdad y frecuentemente de un crecimiento de los gastos en salud. Con ese tipo de política, la cuestión se centra no tanto en contener el conjunto de los gastos en salud sino en transferir una parte de la responsabilidad por los cuidados de salud, al sector privado.

Puede parecer extraño que se elija, a nombre de la necesidad de controlar los gastos en salud, formular que se sabe que van a aumentar las desigualdades y arriesgan aumentar los gastos totales en salud. Pero el asunto es que hay otras restricciones que pesan sobre esas reformas: para comenzar la voluntad para adaptar los sistemas de salud al nuevo entorno económico que impone una rebaja de las cargas sociales, la limitación de los gastos públicos y que lo que se preconiza con una insistencia creciente, la utilización de mecanismos de competencia como reguladores universales. Asimismo, la introducción de una mayor libertad y de competencia en el seno de los sistemas de salud, parece también responder a una fuerte demanda de los usuarios, impacientes ante las listas de espera de los sistemas nacionales de salud, y deseosos de poderse beneficiar inmediatamente de todos los progresos de la medicina.

Las reformas de los sistemas de salud están como dispersas entre cuatro objetivos frecuentemente contradictorios: asegurar la viabilidad financiera de los sistemas, pero también el acceso legal a los cuidados, la calidad de éstos y finalmente la libertad y el bienestar de los pacientes y de los profesionales. Cada reforma conlleva un arbitraje entre estos objetivos sociales [asegurar los mismos cuidados para todos], sanitarios [obtener los mejores resultados de salud], económicos [asegurar la viabilidad financiera

¹ Marianne Berthod-Wurmser, 1995, p.588

y la competitividad de los sistemas] y políticos [obtener la satisfacción de los usuarios y de los prestatarios, es decir, respetar su libertad de elección y de acción, evitar las filas de espera...]. Si bien no cabe duda que no resulta posible elaborar una reforma que pueda mejorar todas las dimensiones a la vez, sí es importante presentar explícitamente estas opciones de modo que las consecuencias de las opciones tomadas resulten claras para todos los ciudadanos. Sobre todo la elección entre libertad y bienestar en detrimento de la igualdad

BIBLIOGRAPHIE

- Berthod-Wurmser Marianne, Régulation et réformes de la protection maladie en Europe, *Revue française d'administration publique*, n° 76, octobre-décembre 1995, p. 585-598.
- Chauveau Sophie, *L'invention pharmaceutique*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1999.
- CEE, Commission européenne et Conseil de l'Union européenne, Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées, SOC 116, ECOFIN 77, SAN 41/7166/03, mars 2003.
- CPE (Comité de politique économique), *The Impact of Ageing on Public Finances*, EPC/ECFIN/435/03, Bruxelles, octobre 2003.
- De Kervasdoué Jean, *L'hôpital*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 2004.
- Destais Nathalie, *Le système de santé, organisation et régulation*, Paris, LGDJ, 2003.
- DREES, L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001, *Études et résultats*, n° 284, janvier 2004.
- Duriez Marc, Lancy Jean-Pierre, Lequet-Slama Diane, Sandier Simone, *Le système de santé en France*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », 1999.
- EOHCS (European Observatory on Health Care Systems), *Health Care Systems in Eight Countries : Trends and Challenges*, Londres, London School of Economics, avril 2002.
- Grignon Michel, Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, *Questions d'économie de la santé*, Paris, CREDES, n° 66, mars 2003.
- Hassenteufel Patrick, *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.
- Hassenteufel Patrick *et al.*, La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptation nationale, *Politique européenne*, 2, septembre 2000, p. 29-48.
- Hassenteufel Patrick, Hennon-Moreau Sylvie, *Concurrence et protection sociale en Europe*, Rennes, PUR, 2003.
- Hassenteufel Patrick, « Agenda 2010, tournant pour l'assurance maladie en RFA », *Bulletin économique du CIRAC*, n° 63, 2003.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport du 23 janvier 2004.
- IGAS, *L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire, étude d'administration comparée*, rapport n° 2002081, mai 2002.
- INSERM, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000.
- Jobert Bruno, Steffen Monika, *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Espace social européen, 1994.
- Lambert Denis-Clair, *Les systèmes de santé*, Paris, Le Seuil, 2000.
- Letourmy Alain, Le gaspillage négocié, in Mire, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe, France, Grande-Bretagne*, Paris, Mire, p. 323-360, 1995.

- L'Horty Yannick, Quinet Alain, Rupprecht Frédéric, Expliquer la croissance des dépenses de santé, *Économie et prévision*, n° 129-130, p. 257-268, 1997.
- Loriol Marc, *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, ERES, 2002.
- Majnoni d'Intignano Béatrice (avec Ulmann Philippe), *Économie de la santé*, Paris, PUF, 2001.
- Martin Claude (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, Res Publica, 2003.
- Moreau Yannick, Berthod-Wurmser Marianne, Béchon Cécile, *Dépense de santé, un regard international*, Paris, La Documentation française, 1992.
- OCDE (Organisation de développement et de coopération économique), *Panorama de la santé*, Paris, OCDE, 2003.
- OMS (Organisation mondiale de la santé), *The World Health Report*, OMS, 2000.
- Palier Bruno, *Gouverner la Sécurité sociale, les transformations du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF, 2002.
- Pierru Frédéric, Serré Marina, Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie, *Lien social et politiques*, n° 45, 2001.
- Politix*. La santé à l'économie, n° 46, 2^e trimestre, 1999.
- Volovitch Pierre, Égalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance maladie ?, *Revue de l'IRES*, n° 30, 1999.
- Volovitch Pierre, *Quelle utilisation de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie ?*, Communications de l'IRES, 2004.