



Presentamos a continuación el artículo “El sector privado dentro de un sistema público de atención de salud: el ejemplo francés”, publicado por el Montreal Economic Institute. El artículo fue escrito en el marco de la discusión que tuvo lugar en Canadá tras darse a conocer un informe, encargado por el Gobierno para identificar nuevas posibilidades y propuestas de financiamiento para el sector público de salud.

Basándose en la experiencia de Francia, los autores presentan los beneficios que ofrece para la salud pública una mayor participación del mundo privado en la prestación de servicios. Éstos se traducen en costos más bajos y mayores niveles de flexibilidad y competencia, que terminan beneficiando a los pacientes.

El sector privado dentro de un sistema público de atención de salud: el ejemplo francés

Serie “Health care” - Montreal Economic Institute (MEI) -Abril 2008

Este artículo fue preparado por Yanick Labrie, investigador adjunto del MEI y conferencista del Instituto de Economía Aplicada del HEC Montreal, en colaboración con Marcel Boyer, vicepresidente del MEI y economista jefe.

El MEI es un instituto educacional y de investigación independiente, sin fines de lucro y no partidista. Su objetivo es promover un enfoque económico al estudio de temas de política pública. El MEI es el resultado de un esfuerzo cooperativo entre empresarios, académicos y economistas. El Instituto no acepta ningún tipo de financiamiento público.

Clínicas y Entidades de Salud Privadas AG fue expresamente autorizada por el MEI para publicar este artículo.

En asuntos de política pública, los debates sobre el sistema de atención de salud son, sin duda alguna, los que causan mayor controversia. En Québec, al igual que en el resto de Canadá, el tema sobre el rol que debería entregársele al sector privado para la provisión de servicios de atención de salud es particularmente problemático. Esto lo demuestran las fuertes reacciones al reciente informe del equipo de estudio presidido por Claude Castonguay sobre Financiamiento del Sistema de Salud, al que algunos culparon por sugerir una mayor participación de los proveedores privados como camino para resolver los problemas del sistema de atención sanitaria.¹

Las reacciones emocionales surgidas de estos debates sobre la atención de salud ilustran el alcance de las legítimas preocupaciones de la población respecto a un sector que consideran vital. Sin embargo, la

¹Ver, por ejemplo: Confederación de sindicatos nacionales, “Informe Castonguay: lo privado no es una píldora dorada”, Boletín de información especial No. 5, invierno 2008; Louise-Maude Rioux-Soucy, “Levée de boucliers à gauche”, *Le Devoir*, Febrero 20, 2008, p. A3.



oposición de muchos grupos de interés y facciones políticas a un rol más activo para los proveedores privados de atención de salud va en contra de la tendencia observada en casi todos los países desarrollados, y constituye un obstáculo serio para el mejoramiento del sistema de salud canadiense.

Una serie de países que enfrentan desafíos en atención de salud similares a los de Canadá han llevado a cabo reformas para mejorar la eficiencia y productividad de sus sistemas descentralizando la administración, solicitando al sector privado que provea la atención, y estableciendo mecanismos para crear una competencia entre diversos proveedores. Contrario a creencias ampliamente difundidas, estas reformas de ninguna manera han amenazado las metas de universalidad y accesibilidad a la atención de salud.

Francia se encuentra entre los países donde el sector privado con fines de lucro juega un rol importante en el sistema de atención de salud, especialmente en servicios hospitalarios. La experiencia francesa ofrece lecciones muy relevantes sobre lo atractivo que resulta permitir a la empresa privada jugar un rol en la entrega de cuidados de salud en Québec y en todo Canadá.

El sector privado en el sistema hospitalario francés

Las instituciones privadas ocupan un lugar indispensable en el paisaje hospitalario francés. En 2005 había 1.052 establecimientos privados con fines de lucro² en Francia, lo que corresponde al 37% de todos los establecimientos con capacidades hospitalarias. Éstos contaban con 91.191 camas para atención hospitalaria completa, es decir, el 21% del total.³ La cifra es aproximadamente el doble de la de Estados Unidos, donde los establecimientos privados con fines de lucro representaban el 15% de todos los hospitales y el 12% de todas las camas.⁴

Los hospitales privados con fines de lucro se especializan principalmente en cirugía y en cuidados de corto plazo. En general, estos establecimientos atienden unos siete millones de pacientes cada año y efectúan casi el 60% de todas las cirugías.⁵ El sector privado con fines de lucro lleva a cabo una de cada dos cirugías del sistema digestivo, dos de cada cinco cirugías cardíacas, tres de cada cuatro cirugías de cataratas y atiende tres de cada diez partos. Con respecto a los casos severos, la actividad de los hospitales privados es comparable a la del sector público,⁶ especialmente fuera de los hospitales universitarios.

² También había 817 establecimientos privados sin fines de lucro que abarcaban 63.710 camas.

³ Ministerio de Salud de Francia, Juventud y Deportes, *Los establecimientos de salud: un panorama para el año 2005*, 2007, p. 15.

⁴ Los hospitales privados sin fines de lucro dan cuenta del 51% de los establecimientos y el 59% de las camas. Centro Nacional para Estadísticas de la Salud, *La Salud, Estados Unidos, 2007; con cuadro sobre las tendencias en la salud de los norteamericanos*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. 2007, p. 364.

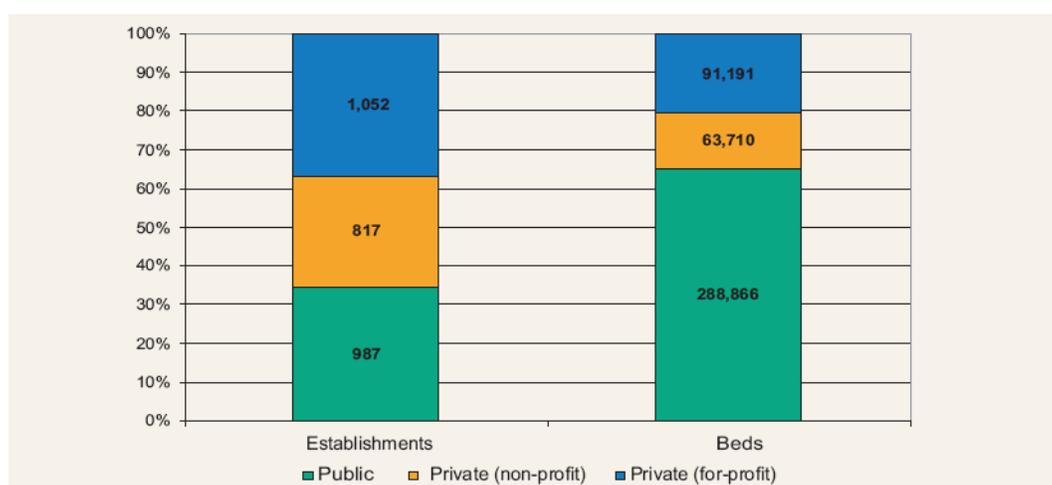
⁵ Ministerio de Salud de Francia, *op. cit.*

⁶ Marcel Boyer, *El sector privado dentro de un sistema público de salud: Francia y los países nórdicos*, CIRANO, Febrero 2008.



Figura 1

Distribución de los establecimientos de atención de salud y camas de hospital en Francia, según status legal (2005).



Fuente: Ministerio de Salud de Francia, "Los establecimientos de salud: un panorama para el año 2005", 2007.

En las áreas del cuidado de seguimiento y la rehabilitación, 270 clínicas privadas con fines de lucro proporcionan 22.910 camas con hospitalización completa (25% del total) y manejan cada año casi 580.000 consultas (24% del total). En el sector psiquiátrico, 153 clínicas privadas con fines de lucro proporcionan 10.875 camas para hospitalización psiquiátrica (19% del total). El sector privado con fines de lucro también tiene una presencia importante en el sector de servicios de urgencia: maneja el 20% de los establecimientos con salas de urgencia y dos millones de visitas por año a las salas de urgencia.

Francia se ha destacado a través de los años como un líder mundial en el área hospitalización privada. A pesar de que el tamaño de los hospitales y la calidad de los servicios varía considerablemente de un establecimiento a otro, un estudio reciente demuestra que las tasas de mortalidad en hospitales privados con fines de lucro en Francia, luego de hacer un ajuste según la severidad de los casos, es inferior a la de otros establecimientos.⁷ Es más, la reputación por innovación y experiencia médica de muchos grupos privados, además del rango y la calidad de los servicios ofrecidos, hablan por sí solos. Por ejemplo, Générale de Santé y el Grupo Capiro (la mayoría de propiedad de accionistas italianos y suecos, respectivamente) tienen un papel importante en la entrega de atención hospitalaria en Francia, y exportan sus conocimientos a través de Europa.

⁷ Carine Milcent, "Propiedad, sistema de reembolsos y tasas de mortalidad de los hospitales", *Economía de la salud*, Vol. 14, No. 11, 2005, pp. 1151-1168.



Un sistema mixto, universal y accesible

Esta fuerte presencia del sector privado con fines de lucro en la atención de salud francesa no implica que el acceso a los cuidados esté reservado solamente a aquellos que pueden pagar.⁸ En Francia, todos los residentes legales que necesiten atención médica y hospitalaria están cubiertos por el sistema público de seguro de salud, una de las ramas principales de la Seguridad Social. El seguro de salud - financiado principalmente por aportes de los empleadores (13,1% de la planilla bruta) y de los empleados (0,75% del salario bruto)⁹- cubre a toda la población francesa, pagando aproximadamente tres cuartas partes de los gastos de salud (y 92% de los gastos de hospitalización). El resto es absorbido por entidades de seguro de salud complementarias (mutuales o compañías aseguradoras privadas y fondos de previsión) o por los mismos pacientes.

Desde el año 2000, el seguro público básico de salud ha sido suplementado por el programa de cobertura médica universal complementaria, que cubre a todas las personas aseguradas cuyos ingresos no sobrepasan los 8.644 euros al año, sin exigírseles ningún aporte. La mitad de los 4,8 millones de beneficiarios del programa que requieren atención hospitalaria optan por recibirla en clínicas privadas.

El sistema regular de seguro de salud maneja el financiamiento de los servicios de salud principalmente (en un 85%) a través del reembolso a los asegurados por los costos incurridos. Este principio de reembolso no rige, sin embargo, para los pacientes hospitalizados o para los beneficiarios del programa de cobertura médica universal complementaria. Por lo tanto, a estos pacientes no se les exige un desembolso previo: el sistema de seguro de salud o el seguro suplementario maneja directamente el pago de los costos. Los pacientes deben pagar sólo las sumas por las cuales son responsables (el "aporte del paciente"¹⁰ y, si corresponde, un cargo diario además de extras para su comodidad personal, tales como habitaciones privadas, teléfono, televisión, etc.). En realidad, estos cargos son absorbidos por los planes de seguro suplementarios a los que están afiliados los pacientes. Alrededor del 92% de las personas en Francia tiene seguro suplementario.

⁸ Simone Sandier, Valérie Paris y Dominique Polton, *Sistemas de atención de salud en transición: Francia*, Observatorio europeo sobre sistemas y políticas de salud, 2004.

⁹ En años recientes se han impuesto gravámenes sobre una base más amplia, para tomar en cuenta otros tipos de ingresos (inversiones, beneficios por pensiones, ganancias en la lotería o el casino, etc.). A esto se le conoce como el "aporte social generalizado". El resto del financiamiento del seguro de salud viene esencialmente de impuestos indirectos a la gasolina, el tabaco, el alcohol, los juegos de azar y la propaganda farmacéutica.

¹⁰ Los aportes de los pacientes, o co-pagos, que cubren la cifra que no paga el seguro de salud, varían de acuerdo al tipo de atención. Son más altos para el cuidado ambulatorio y los medicamentos que para la atención hospitalaria. Sin embargo, no se exige pagar a todos los pacientes, incluyendo a aquellos con afecciones de largo plazo (diabetes, SIDA, cáncer, patologías psiquiátricas, enfermedades incapacitantes, etc.), víctimas de accidentes laborales, mujeres embarazadas, niños discapacitados, etc. En 2006, los costos atención de salud pagados directamente por los beneficiarios dieron cuenta del 8,6% de los gastos (2,7% para atención hospitalaria), con porcentajes más altos aplicados a oftalmología, ortopedia, atención dental y medicamentos.



Tabla 1
Comparación de los sistemas de atención de salud en Francia, Canadá y Québec

INDICADORES	Francia	Canadá	Québec
DEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS			
<i>Población de 65 años y más en 2007 (%)</i>	16,5%	13,4%	14,4%
<i>PIB per cápita en 2006 (US\$ PPP) (PPP = Paridad de Poder Adquisitivo)</i>	\$31.001	\$36.784	\$30.697
SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD			
<i>Gasto total en atención de salud (% de PIB, 2007)</i>	11,1%	10,6%	11,3%
<i>Gasto total en atención de salud per cápita (US\$ PPP, 2006) (PPP = Paridad de Poder Adquisitivo)</i>	\$3.374	\$3.326	\$3.064
<i>Crecimiento anual real en gastos de atención de salud per cápita, 1995 a 2005 (%)</i>	2,3%	3,2%	4,0%
<i>Médicos (por cada 1000 habitantes, 2005)</i>	3,4	2,0	2,2
<i>Enfermeras (por cada 1000 habitantes, 2006)</i>	7,7	9,8	10,6
<i>Aparatos para imágenes por resonancia magnética (por millón de habitantes, 2006)</i>	4,6	6,0	7,3
<i>Escáneres de tomografía computarizada (por millón de habitantes, 2006)</i>	9,8	11,6	14,0
ESTADO DE LA SALUD			
<i>Expectativa de vida a los 65 años - mujeres (2004)</i>	22,0 años	21,0 años	21,0 años
<i>Expectativa de vida a lo 65 años - hombres (2004)</i>	17,7 años	17,7 años	17,3 años
<i>Mortalidad infantil (por cada 1000 nacimientos, 2004)</i>	3,6	5,3	4,6
<i>Mortalidad evitable debido a causas asociadas a la atención de salud (por cada 10.000 habitantes, ajustado a la estructura etaria, 2002-2003)</i>	64,8	76,8	99,0

Fuentes: OCDE, *La salud a la vista 2007*; OCDE, *Datos de salud 2007*; Instituto Canadiense para Información de Salud, *Tendencias en gastos de salud nacional, 1975 - 2007*; Instituto de estadísticas de Québec, *Comparaciones internacionales: cuadros comparativos 2008*; Nolte y McKee, *op. cit.*, nota al pie de página 18.



Los mecanismos de competencia y la calidad del cuidado

El sistema hospitalario francés no sólo asegura el acceso universal a la atención para todos los ciudadanos, cualquiera sean los recursos financieros de los pacientes, sino que lo hace sin tener que racionar los servicios a través de listas de espera, como es el caso en Canadá. Esto no se logra por el volumen del personal médico, sino que a través de mecanismos¹¹ que entregan incentivos a los establecimientos para aprovechar al máximo los recursos médicos disponibles, de modo de tratar el mayor número de casos en el menor tiempo posible.

El sistema de financiamiento para los hospitales franceses ofrece este tipo de incentivo. Desde 2004, un nuevo sistema de reembolso de honorarios por servicios (T2A) ha reemplazado gradualmente al sistema histórico de financiamiento para los hospitales públicos.¹² La puesta en práctica de este sistema ofrece la ventaja de reembolsar a los hospitales a partir del número y la complejidad de los casos que tratan, a diferencia del método de financiamiento basado en presupuestos globales. Los hospitales con buenos resultados reciben ahora más fondos, como recompensa por su desempeño. El sistema T2A es una instancia para que los establecimientos busquen constantemente nuevas formas de mejorar la calidad de los servicios de salud que ofrecen a sus pacientes. Un estudio de la OCDE confirma que los sistemas de reembolso a hospitales y especialistas sobre una base de honorarios por servicios están entre los factores que ayudan a reducir los tiempos de espera para cirugías.¹³

La lógica tras los mecanismos de competencia es relativamente sencilla. Al tener los pacientes libertad total para elegir a sus proveedores de atención de salud, como es el caso en Francia, es más probable que se alejen de aquellos establecimientos que entregan un servicio mediocre, acercándose en vez a los que les entregan el mejor servicio.¹⁴ Para las clínicas que desean generar utilidades, un paciente es una fuente de mayores ingresos. Las clínicas privadas y los hospitales no tienen ningún interés en descuidar la calidad del servicio para ahorrar en costos, ya que al fin de cuentas una atención más pobre significa menos clientes y por lo tanto menos ingresos para cubrir los mismos costos fijos.

El desempeño del sistema de atención de salud francés

El sistema de atención de salud francés ha alcanzado cierta fama desde que la Organización Mundial de la Salud le asignó el primer lugar entre 191 países, en un informe publicado en el año 2000.¹⁵ A pesar

¹¹ Para conocer más sobre los mecanismos de gobernanza de los sistemas de atención de salud y para una visión general de comparaciones internacionales en este respecto, ver: Joanne Castonguay, Claude Montmarquette e Iain Scott, *Análisis comparativo de los mecanismos de gobernanza de los sistemas de salud en la OCDE*, CIRANO, Febrero 2008.

¹² En medicina, cirugía, ginecología y obstetricia, y odontología. Ver: Ministerio de Salud de Francia, *La actividad de fijación de precios en algunas líneas*.

¹³ Luigi Siciliani y Jeremy Hurst, "Explicación de las variaciones en los tiempos de espera para cirugía electiva a lo largo de los países de la OCDE", Estudios Económicos de la OCDE, No. 38, 2004.

¹⁴ Los franceses también tienen una amplia gama de información y de indicadores de desempeño que les permiten juzgar con mayor eficiencia la calidad de la atención entregada por diversos hospitales. Éstos incluyen *Plataforma de información sobre los establecimientos de salud: PLATINES* del Ministerio de Salud de Francia (<http://www.platines.sante.gouv.fr>) y *La lista de hospitales y clínicas* (<http://hopitaux.lepoint.fr/index.php>) de la revista *Le Point*.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, *El informe de la salud mundial 2000 - Sistemas de salud: mejora del desempeño*. Para un ranking de los sistemas de atención de salud a través de Europa, la organización Central Generadora del Consumidor de Salud ubicó a Francia en el primer lugar en 2006 y en el



de cualquier crítica que pueda dirigirse a este estudio, y a los problemas inherentes de comparar sistemas de atención de salud internacionalmente, cabe destacar que los indicadores de salud en Francia, tales como medidas de satisfacción pública con respecto al sistema en sí,¹⁶ están entre los más altos del mundo. Por ejemplo, en términos de expectativas de vida a los 65 años o a mortalidad infantil, Francia queda a la cabeza de casi todos los países desarrollados, incluyendo Canadá (y Québec). De acuerdo a un estudio reciente, Francia está en el primer puesto en el mundo en la tasa de mortalidad evitable a causa de atención de salud deficiente.¹⁷

Francia logra mejores resultados que Canadá o Québec en atención de salud, sin tener que gastar más. En 2005, los gastos per cápita en atención de salud (ajustados a la paridad de poder adquisitivo) fueron de US\$3.374 en Francia, comparados con US\$3.326 en Canadá y US\$3.064 en Québec. La parte del ingreso nacional dedicado a la atención de salud también es comparable: es más baja en Canadá (10,6%) que en Francia (11,1%) y Québec (11,3%). Estas cifras son, sin embargo, algo engañosas, pues la proporción de personas de 65 años y más, que son las más susceptibles a necesitar atención de salud, es mayor en Francia (16,5%) que en Québec (14,4%) o en todo Canadá (13,4%).

Aunque a menudo se menciona que la principal debilidad del sistema de atención de salud francés es su alto costo, comparaciones internacionales muestran que las tendencias inflacionarias en gastos de atención de salud en los años recientes son menores en Francia que en otros lugares. En casi todos los países desarrollados, desde por lo menos mediados de los '90 los gastos en atención pública de salud han seguido aumentando a un ritmo más rápido que la actividad económica. Sin embargo, un informe reciente de la OCDE destaca que los gastos en atención de salud en Francia fueron sólo 20% más altos en 2005 que en 1995, mientras que los gastos promedio en países miembros de la OCDE habían aumentado casi en un 50%.¹⁸ En Francia, la tasa promedio de crecimiento anual en gastos reales de atención de salud per cápita fue de 2,3% desde 1995 a 2005, la más baja entre los países de la OCDE, a excepción Alemania.

La competencia puede ser la causa de por qué el aumento de los gastos se ha mantenido a un nivel razonable en Francia, a pesar del envejecimiento de su población. Con la constante exigencia que sienten los establecimientos de atención de salud para buscar formas de mejorar la calidad de sus servicios y destacarse de sus competidores, están forzados a innovar y encontrar formas de reducir costos. Se estima que para la misma patología, los costos del sector privado en Francia son de 30% a 40% menores que los del sector público.¹⁹

tercero en 2007 y 2008. Canadá quedó en el lugar 23 en 2008. Ver: Central Generadora del Consumidor de Salud, *Índice del Consumidor de Salud Euro-Canadiense 2008*.

¹⁶ Comisión Europea, *La salud y el cuidado a largo plazo en la Unión Europea*, Eurobarómetro especial 283, diciembre 2007.

¹⁷ Por lo tanto, el riesgo para un paciente que sufre de una enfermedad para la cual existen tratamientos eficientes y que fallece por no recibir un cuidado apropiado dentro del tiempo prescrito es menor en Francia que en cualquier otro país. Ellen Nolte y Martin McKee, "Medida de la salud de las naciones: actualización de un análisis anterior", *Asuntos de salud*, Vol. 27 (2008), No. 1, pp. 58-71.

¹⁸ Organización para cooperación económica y desarrollo, *La salud a la vista 2007: Indicadores OCDE*, 2007.

¹⁹ Ver: Alto consejo para el futuro del seguro de salud, *Análisis de costos dentro de los establecimientos hospitalarios*, 2004, p. 10. El Alto consejo para el futuro del seguro de salud no menciona las causas potenciales de esta diferencia en costos, y prefiere ser cauteloso en su interpretación mientras las causas no sean bien conocidas.



Conclusión

La experiencia francesa demuestra que un sistema de atención de salud, especialmente un sistema hospitalario, puede ser público y universal sin que los servicios de salud sean suministrados y asegurados casi exclusivamente por entidades y establecimientos del sector público. En un sistema que respeta a los pacientes y se enfoca en una búsqueda continua por el rendimiento, un rango diversificado de establecimientos, ya sean públicos, privados sin fines de lucro o privados con fines de lucro, permite asegurar niveles de flexibilidad y competencia que terminan beneficiando de gran manera a todos los ciudadanos.

Clínicas y Entidades de Salud Privadas AG es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.

*Clínicas y Entidades de Salud Privadas AG
Av. Vitacura 5093, of. 1202, Vitacura
Teléfonos 208 1760 - 206 2018 Fax: 206 9446
www.clinicasyentidades.cl*