

Sistema sanitario público dentro de los sistemas españoles y franceses



LA SANIDAD PÚBLICA DENTRO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS ESPAÑOLES Y FRANCESES

FADSP, JUNIO 2022

CONTENIDO

Terminología

Prólogo

Estudio comparativo España / Francia

Forma de organización del Estado

- o Forma de organización del Estado español
- o Forma de organización del Estado francés

Historia y Nacimiento de los Sistemas Sanitarios nacionales

- o Historia del Sistema Nacional de Salud español
- o Historia del Sistema Nacional de Salud francés

Autoridades competentes en el ámbito de la salud

- o El sistema de Sanidad pública español
- o El sistema de Sanidad pública francés

EL Gasto sanitario público

- o Algunos países de la OCDE: Comparación numérica del gasto sanitario público
- o España y Francia: Distribución del gasto sanitario público

Políticas de sanidad pública: más prevención para menos cura

- o Tasas de vacunación: indicadores de la avanzada de las políticas de prevención en ambos países
- o Medidas tomadas: comparación de las políticas de prevención en ambos países
 - § Medidas relativas al tabaquismo
 - § Medidas relativas al alcohol
 - § Medidas relativas a la nutrición
 - § Medidas relativas a la vacunación
 - § Medidas relativas al cáncer
- o Problemas de salud pública: comparación de los más importantes



Realidad infraestructural de los sistemas

- o Los recursos humanos: el personal médico y de enfermería
- o Los recursos materiales: las camas hospitaleras
- o Los recursos sociales: la cobertura de la población
- § Población española y francesa: cifras
- § Cobertura social española y francesa: financiación
- § Cobertura social española y francesa: las diferencias
- o Los recursos legislativos: una construcción europea complementaria a los sistemas nacionales

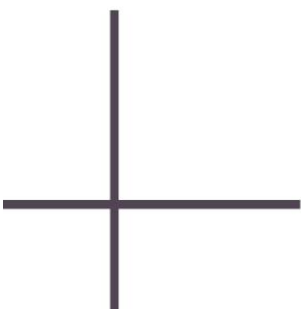
Gestión de Covid-19: entre medidas de urgencia y puesta en peligro de los Derechos humanos

- o Frente a una situación sin precedentes: medidas concretas tomadas
- o Frente a una situación sin precedentes: un cuadro legislativo específico

El sistema sanitario público: entre crisis e intentos de soluciones

- o Atención primaria y servicios de primera línea: definición
- o Atención primaria y servicios de primera línea: organización
- § Organización de los servicios de primera línea en España
- § Organización de los servicios de primera línea en Francia
- o Atención primaria y servicios de primera línea: saturación
- o Atención primaria y servicios de primera línea: reivindicación popular
- o Partidos políticos y sindicatos: intento de proposiciones que animan el debate público
- o Administración: intento de respuesta ante el debate

Fuentes



TERMINOLOGIA

Sanidad pública: Concepto por parte desarrollado por un higienista alemán John Peter Franck (1745-1821) que propone una nueva ciencia para ayudar al Estado a resolver el origen de los males. Se trata de estudiar los determinantes físicos, psicosociales y socioculturales de la salud de la población y de actuar para mejorarla.

Se centra mayoritariamente en la prevención y desarrolla un enfoque poblacional en lugar de centrarse en los problemas de salud individuales.

Gasto sanitario: cuantifica los recursos económicos destinados a la Sanidad Pública (para los hogares y otros sistemas de financiación de la asistencia sanitaria).

Se refiere principalmente a los bienes y servicios sanitarios (medicamentos, cuidados curativos, cuidados preventivos, rehabilitación de larga duración, etc.) consumidos por los habitantes del país (incluidos los del extranjero).

Atención primaria: Según la declaración de Alma-Ata, con la participación de OMS y UNICEF, la atención primaria es una estrategia basada en la prevención y la participación comunitaria que tiene como objetivo movilizar al máximo las fuerzas locales (humanas y materiales) para promocionar la salud, diagnosticar, tratar, rehabilitar el paciente.

Una buena atención primaria es fundamental dentro de un sistema de salud. Tiene una importancia a corto y largo plazo. Por ejemplo, permite evitar las hospitalizaciones (evitables).

También, permite tener un servicio cercano a la población, que conoce la población, la familia, los antecedentes, lo que lleva a un diagnóstico más preciso y precoz.

Democracia: Proviene del griego antiguo, dêmos (pueblo) y kratos (poder, autoridad).

Así, se refiere a un sistema político en el que el poder lo tiene o controla el pueblo (principio de soberanía), sin distinción.

Este sistema político se basa sobre todo en la igualdad de derechos para todos los ciudadanos.

Separación de los poderes: Tras la Revolución Inglesa de 1688, John Locke escribió su Segundo Tratado sobre el Gobierno Civil con el objetivo de legitimar la revolución que acababa de producirse. Sentó las bases de la teoría de la separación de poderes. Según él, hay poderes legislativos, ejecutivos y federales.

En 1748, en su obra De l'Esprit des Lois, Montesquieu distingue tres formas de poder en cada Estado: el poder ejecutivo, el poder legislativo y el poder judicial. En un Estado moderno, preocupado por garantizar las libertades individuales frente a la arbitrariedad del poder, esa separación ser presente dentro de las instituciones.

Separación flexible de poderes: se refiere a la organización de un Estado en el que los diferentes poderes, legislativo, ejecutivo y judicial, colaboran e interactúan para garantizar el buen funcionamiento de los poderes públicos. Así, el poder ejecutivo puede intervenir en la elaboración de las leyes y el poder legislativo puede intervenir en las funciones del gobierno.

Separación rígida (o estricta) de los poderes: éstos son distintos, pero tienen medios de acción recíproca (controles y equilibrios). De hecho, una separación demasiado estricta puede llevar al conflicto entre el ejecutivo y el legislativo, así como a la parálisis de las instituciones.

Ley orgánica: Ley que completa la constitución, su finalidad es generalmente precisar la organización y el funcionamiento de los poderes públicos.

Ley de habilitación: El gobierno puede legislar por ordenanza = aumento considerable de los poderes del ejecutivo porque puede legislar e invadir así el poder del legislativo. (artículo 38 de la constitución francesa “el gobierno puede (...) tomar medidas que normalmente entran en el ámbito de la ley”).

Bloque de constitucionalidad: No se limita a la Constitución, sino que incluye todos los principios y disposiciones legislativas de valor constitucional, de los que el Consejo Constitucional es garante.

También incluye la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, el Preámbulo de la Constitución de 1946, la Carta del Medio Ambiente de 2004, los Principios Particularmente Necesarios en Nuestro Tiempo (que incluyen el derecho a la salud) y los Principios Fundamentales Reconocidos por las Leyes de la República.

Seguro médico complementario en Francia: contrato de seguro privado cuyo objetivo principal es reembolsar la totalidad o parte de los gastos médicos de los hogares no cubiertos por los organismos de seguridad social y el Estado.

Hay tres categorías de organizaciones que pueden gestionar estos contratos: las mutuas de seguros, las instituciones de previsión y las compañías de seguros.

Una mutua de seguros funciona según un principio de solidaridad entre sus miembros, mientras que un seguro de salud complementario forma parte de las ofertas de una compañía de seguros.

Prólogo

Mundo: Tanto en los países del Norte como en los del Sur, los sistemas sanitarios están bajo presión.

En los países de la OCDE, el envejecimiento de la población, los estilos de vida de las personas contemporáneas y las crecientes exigencias de los ciudadanos y usuarios a los sistemas sanitarios son retos a los que las autoridades públicas deben responder con realidades económicas y estructuras que pueden aplicarse.

En todo el mundo, los sistemas públicos de salud están bajo presión, presiones que se observan tanto en los países de bajos ingresos (ejemplo de la India, donde el primer reto sigue siendo la simple cobertura de las necesidades sanitarias básicas), como en los países desarrollados (ejemplo de Alemania, que dedica un gran porcentaje de su PIB al gasto sanitario público, que está a la vanguardia de la tecnología en el ámbito médico, pero que sin embargo sufre una escasez de médicos y se enfrenta al agotamiento profesional de los que ejercen).

Cualquier comparación, cualquier crítica debe tener en cuenta el contexto de cada país. El siguiente trabajo comparará, contrastará y necesariamente pondrá de manifiesto algunas de las debilidades de los sistemas sanitarios de España y Francia, dos países desarrollados y miembros de la OCDE.

Cabe señalar, como observación preliminar, que, a escala mundial, estos dos sistemas satisfacen las necesidades sanitarias básicas de forma relativamente correcta.

Esto no impide que estos dos sistemas, impulsados por diversas políticas y enmarcados por normas legislativas, evolucionen, mejoren o se deterioren según el ámbito de que se trate. La atención primaria está en peligro, los servicios de primera línea están saturados. Hay una crisis en los sistemas de salud pública, que se manifestó más con la pandemia de la Covid-19.

Aunque España y Francia difieren en la forma de organización de sus Estados, ambos tienen un sistema democrático, que está consagrado en cada una de sus normas constitucionales.

La Constitución Española de 1978 establece en el artículo 1 de su título preliminar que "España es un Estado de Derecho, social y democrático (...)".

En Francia, el 'Bloc de constitutionnalité' se remite a la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, cuyo artículo 6 establece que "la ley es la expresión de la voluntad general. Todos los ciudadanos tienen derecho a contribuir personalmente, o a través de sus representantes, a su formación. Debe ser igual para todos, tanto si protege como si castiga". Además, "los partidos y agrupaciones políticas (...) deben respetar los principios (...) de la democracia", tal y como establece el artículo 4 de la Constitución de 1958.

Estudiar la salud pública significa también estudiar el origen de los problemas de salud, estudiar los factores físicos, psicológicos y socioculturales de la salud de la población para comprender mejor el malestar general de la población.

John Peter Frank, padre fundador de la salud pública, escribió en su obra *La miseria de los pueblos como madre de las enfermedades* que "cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su modo de vivir".

Aunque la esperanza de vida media puede variar hasta en 18 años entre países, dentro de ellos las poblaciones más desfavorecidas tienen peores resultados sanitarios en relación con enfermedades no transmisibles como el cáncer.

Nadie puede negar que la pandemia de Covid-19 afectó masivamente a las poblaciones más pobres o a las personas que viven en zonas desfavorecidas.

Frank propuso el modelo de salud pública como una nueva herramienta para ayudar al Estado a abordar la razón de estos males.

La presencia de la salud en todas las políticas públicas es un reto que reúne dos elementos: asumir la diversidad y profundizar la democracia. Además de formar parte de la lucha por la igualdad, la salud pública forma parte integrante de nuestras democracias.

Cabe subrayar que, para preservar nuestras democracias, ciertos servicios públicos son indispensables, como la sanidad pública.

"Una población sana y bien educada para un desarrollo exitoso" (ONU, Consejo Económico y Social, 26 de julio de 2002).

Estudio comparativo España / Francia

I-Forma de organización de cada Estado

Para entender mejor los sistemas dentro de los dos países, parece importante recordar la forma de cada Estado. Lo que nos ayudará después entender las diferencias entre Francia / España sobre la competencia de cada autoridad estatal en la toma de decisiones en el dominio de la sanidad pública.

El ministerio de Sanidad de España tiene como ministra Carolina Darías San Sebastián del partido PSOE desde el 27 de enero de 2021.

El "Ministère des solidarités et de la Santé" en Francia tiene como ministra Brigitte Bourguignon del partido LREM desde el 20 de mayo de 2022.

1. Forma de organización del Estado español

La forma política del Estado Español es la Monarquía Parlamentaria. El rey es el jefe del gobierno y todos sus actos deben ser refrendados por el Gobierno. El Rey actual se llama Felipe VI.

El Estado se organiza territorialmente en municipios, provincias y comunidades autónomas, con autonomía para la gestión de sus respectivos intereses. España cuenta 17 comunidades autónomas.

La constitución española de 1978 reconoce el derecho de las comunidades territoriales y regiones históricas a constituirse como comunidades autónomas con facultades de autogobierno (artículo 2)[1].

Los estatutos de autonomía son leyes orgánicas del Estado, subordinadas únicamente a la Constitución.

El Estado es unitario, por lo que se exige a los territorios autonómicos lealtad a la Constitución y al modelo de Estado de las autonomías. Del mismo modo, el Estado debe respetar la Constitución y respetar la autonomía de las comunidades autónomas.

[1] Artículo 2: "la constitución se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y solidaridad entre todas ellas"

El Interés del modelo español es que hay flexibilidad en el sistema. En lugar de proponer un estatuto para todas las comunidades, con los mismos poderes y competencias, permite a las comunidades autónomas adaptarse a una situación concreta presente en cada región. Sin embargo, eso puede también ser una fuente de problemas, como por ejemplo una diferencia tan grande entre los gastos sanitario públicos entre las comunidades autónomas.

Los 3 poderes del estado responden a una separación flexible de los poderes.

El gobierno (compuesto del presidente, de los vicepresidentes, de los ministros) tiene el poder ejecutivo. Dirige la política interior y exterior, la Administración civil y militar y la defensa del Estado. Puede tener la iniciativa legislativa tras la aprobación de Proyectos de Ley en Consejo de ministros (proyectos de ley).

Las cortes generales (El Congreso y Senado) tienen el poder legislativo. El Defensor del Pueblo es el alto comisionado de las Cortes Generales y su papel es garantizar la defensa y la protección de los derechos fundamentales.

Por fin, tanto los ciudadanos como los poderes públicos, están sujetos a la Constitución y al ordenamiento jurídico.

2. Forma de organización del Estado francés

La Republica francesa tiene la organización de un Estado unitario descentralizado y desconcentrado.

Si embargo, esto no siempre ha sido así. Recientemente, es decir a partir de 1981: se puso en marcha una política de descentralización. El objetivo era acercar a los ciudadanos a los centros de decisiones y hacer que las autoridades elegidas fueran más responsables.

Las primeras leyes de descentralización se adoptaron poco después de la elección de François Mitterrand como presidente de la República. Fueron preparados por Gaston Defferre, ministro del Interior y de la descentralización. Entre marzo de 1982 y julio de 1983 se promulgaron tres leyes y los principales cambios introducidos por las leyes de descentralización son los siguientes:

- **La ley de 2 de marzo de 1982** sobre los derechos y libertades de los municipios, departamentos y regiones.

- **La ley de 7 de enero de 1983** sobre la distribución de competencias entre los municipios, los departamentos, las regiones y el Estado.

- **La ley de 22 de julio de 1983** que completa la ley de 7 de enero de 1983.
(= acto I de la descentralización)

Por fin, el Acto II se abre con la nominación de Jean-Pierre Raffarin como primer ministro, en mayo 2002. Hubo una revisión de la Constitución francesa de 1958 al Título XII “De las autoridades locales y regionales” con las leyes constitucionales de 2003.

La actual constitución francesa reconoce en **sus artículos 1**[1] y **72** [2] la **descentralización**.

Sin embargo, muchas decisiones siguen siendo adoptadas al nivel estatal y se aplican a todo el territorio sin tener en cuenta las particularidades y circunstancias locales y regionales. Esto puede causar algunos problemas, por ejemplo, en la gestión de la COVID-19. Cuando los índices de propagación diferían de una región a otra, a menudo las medidas se tomaban a nivel nacional, fueron aplicables sobre todo el territorio, sin tomar en cuenta las particularidades territoriales.

Para concluir, Francia y España tienen modelos estatales descentralizados.

Sin embargo, las comunidades españolas gozan de mayor autonomía que las regiones en Francia. En Francia, más decisiones se toman al nivel estatal y son aplicables a todo el territorio.

Para mejor entender la existencia de los sistemas sanitarios tanto en España, como en Francia, hay que comprender como nacieron los sistemas. Cabe recordar que los sistemas sanitarios siempre están muy vinculados con la cultura de los pueblos

[1] Artículo 1 “(...) su organización está descentralizada”

[2] Artículo 72 “En las condiciones establecidas por la ley, estas comunidades son administradas libremente por consejos elegidos y disponen de facultades reglamentarias para el ejercicio de sus competencias”

II- El nacimiento de los Sistemas Sanitarios nacionales

1. Historia del sistema nacional de salud español

Por primera vez en 1812, la constitución de las cortes de Cádiz llama la atención sobre la responsabilidad del Estado en cuanto a la salud de la población.

En **1883**, la creación de la “Comisión de reformas sociales” sirvió para estudiar las condiciones de vida y trabajo de la clase obrera y proponer reformas de carácter legislativo para mejorarlas. Eso fue la primera iniciativa para abordar la cuestión social en España.

En **1904**, el ministro de Gobernación encargó un proyecto de Ley al Instituto de Reformas Sociales presentando el proyecto de creación del Instituto Nacional de Previsión (INP). Proyecto no fue aprobado hasta el 27 de febrero de 1908.

Con el INP se establece el régimen legal español de Retiros Obreros y se preparó la organización para la implementación del Seguro Obligatorio de Retiro Obrero. Fue un avance muy importante para la población obrera.

Constituyó la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España.

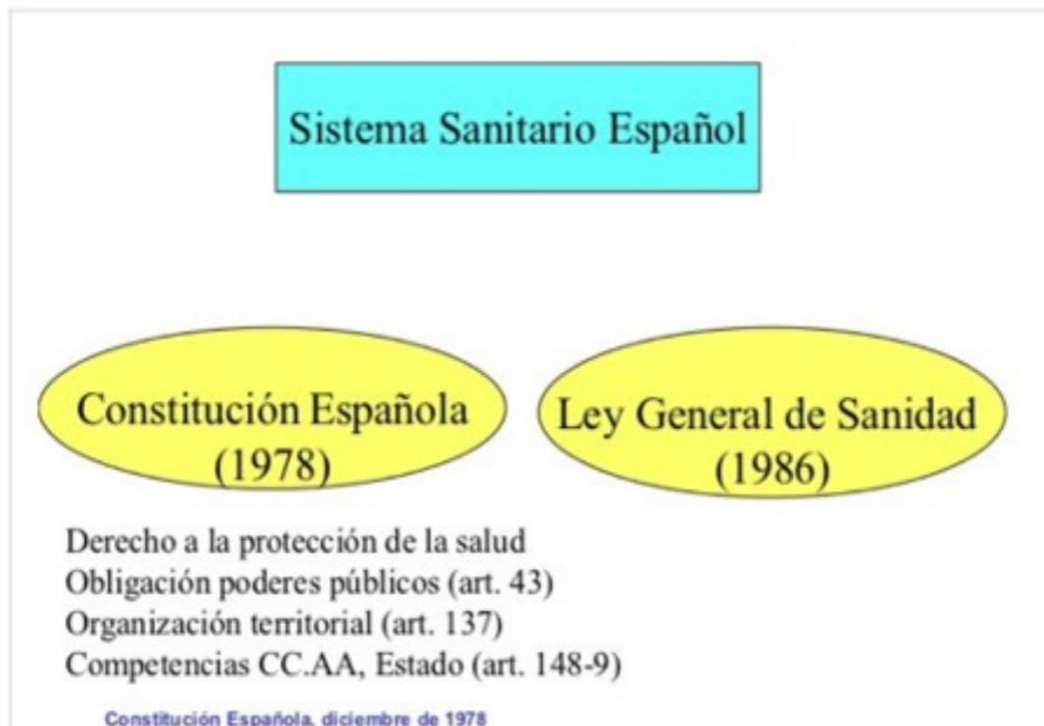
El 11 de julio de 1934, se promulgó la **Ley de Coordinación Sanitaria** en el objetivo de acentuar la intervención estatal en la organización de los Servicios Sanitarios Locales. Así se propuso la creación del Ministerio de Sanidad.

En 1974, se aprobó la **Ley general de la Seguridad social** y se iguala el sistema de salud obligatorio para los afiliados.

El **25 de abril de 1986[1]** se aprobó la **Ley General de Sanidad** y se creó el Sistema Nacional de Salud instaurando un nuevo sistema sanitario español.

Eso, además de la **Constitución de 1978** forman el marco jurídico de la sanidad en España.

[1] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>



<https://dieteticaynutricionweb.wordpress.com/2017/02/21/sistema-sanitario-publico-en-espana/>

En 1989, el SNS garantiza la sanidad a todos los ciudadanos; desde entonces, la asistencia sanitaria en España es universal y gratuita. No excluye ningún ciudadano. Este año, todas las Comunidades Autónomas del país construyeron sus propios servicios de salud y desde entonces gestionan la asistencia sanitaria en sus términos.

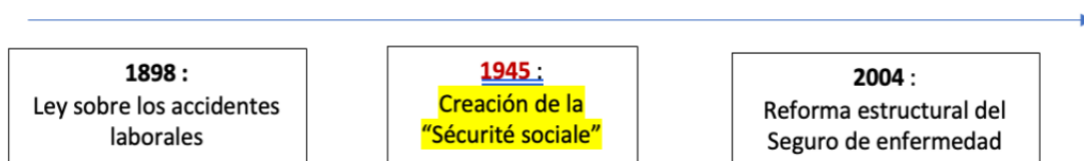
Sin embargo, el **Real Decreto-Ley 16/2012**[1] aprobado por el Gobierno excluyó a inmigrantes sin papeles de la atención universal. También incorporó el copago de medicamentos para los ciudadanos con pensiones contributivas.

Eso representa, entre otras cosas (como la brecha entre las comunidades) las desigualdades del sistema.

[1] Real Decreto-ley 16/2012, de 30 de marzo, por el que se introducen diversas medidas tributarias y administrativas dirigidas a la reducción del déficit público.

2. Historia del sistema nacional de salud francés

Las fechas más importantes de la construcción del Seguro de Enfermedad



Adaptándose a la evolución de la sociedad y a las necesidades de la población, el sistema de seguro de enfermedad francés se construyó en varias etapas.

En primer lugar, una ley del 9 de abril de 1898 supuso un cambio sin precedentes en materia de accidentes laborales. A partir de entonces, cuando un accidente ocurrido en el trabajo se considera de origen profesional, debe ser indemnizado como tal. Cabe señalar que el empresario puede asegurarse con empresas privadas.

La Segunda Guerra Mundial hizo aflorar nuevas necesidades en la población. Las **ordenanzas de 4 y 19 de octubre de 1945**[1] crearon un sistema de seguridad social. A partir de entonces, todo el mundo disponía de los medios necesarios para asegurar sus necesidades y las de sus familias en condiciones dignas.

En 1998, con el objetivo de simplificar y modernizar el sistema, se introdujo una tarjeta llamada "carte vitale". Se trata de una tarjeta electrónica individual que certifica la afiliación de una persona a un régimen de seguro de enfermedad. Contiene toda la información administrativa necesaria para el reembolso de la asistencia sanitaria y la cobertura de la hospitalización.

En 2016, la protección sanitaria universal ("PUMa") proporcionará derechos continuos a todas las personas que trabajen y residan en Francia de forma estable.

[1] Ordenanza n° 45-2250 du 4 octobre 1945 sobre la organización de la seguridad social: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000698857/>

El nacimiento gradual de una consideración humana de los enfermos

Tras la Segunda Guerra Mundial, nació en Francia un movimiento de humanización de los hospitales. Sin embargo, a menudo el paciente seguía siendo sólo un "objeto de atención".

El **decreto n°74-27 del 14 de enero de 1974**, relativo a las normas de funcionamiento de los hospitales, así como la carta del mundo hospitalario, iba a ser un paso decisivo en el reconocimiento del respeto de la dignidad y la personalidad de los pacientes.

A partir de 1974 se ha producido una importante evolución jurídica, tanto a través de la adopción de decretos como de la elaboración de cartas, códigos e informes a nivel interno e internacional.

También es notable una evolución social paralela. Movimiento debido a la aparición repentina de enfermedades, primer caso de SIDA en Francia. Movimiento impulsado por personas comprometidas con la lucha contra la discriminación.

Cada vez más, los pacientes deseaban participar en las decisiones sobre su tratamiento y, tras ciertas catástrofes sanitarias como la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o la sangre contaminada, la palabra de los usuarios era cada vez más escuchada en las decisiones públicas.

Así, la **ley n°2002-303 de 4 de marzo de 2002**[1] dará al usuario un lugar como actor en el sistema sanitario. Su objetivo es, entre otras cosas, hacer los textos más legibles, organizar la expresión de los usuarios a todos los niveles para que puedan participar en las orientaciones políticas del sistema sanitario.

Esta ley puede considerarse la base de una democracia sanitaria.

Una vez entendida la organización y la forma política de cada estado, la historia de los dos sistemas, se puede mejor comprender el sistema de Sanidad pública y los titulares de la competencia.

[1] Ley n° 2002-303 de 4 de marzo de 2002 sobre los derechos de los pacientes y la calidad del sistema sanitario:<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000227015/>

III. Autoridades competentes en el ámbito de la Sanidad

Mientras España tiene un sistema sanitario descentralizado con coordinación nacional, el sistema francés es centralizado con responsabilidades regionales.

1. El sistema de Sanidad pública español

El Sistema Nacional de Salud en España (SNS) es de cobertura universal.

Al nivel nacional, el Ministerio de Sanidad está cargado de la planificación y de la reglamentación nacional.

Las comunidades autónomas, debido a la descentralización de las competencias sanitarias, deben organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con la Ley General de sanidad.

Al nivel de las comunidades autónomas, los Consejerías autonómicas tienen competencia en materia sanitaria, y competencia directa en materia de planificación operativa a escala de comunidad autónoma, de asignación de recursos, de adquisición y prestación de servicios (con la asistencia de agencias nacionales especializadas como la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones).

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud considera las acciones comunes de los sistemas sanitarios autonómicos.

El desempeñó un papel clave en la gestión de la respuesta del sistema sanitario español a la pandemia del COVID-19 tras reforzar la cooperación tanto entre las administraciones sanitarias como con las organizaciones internacionales.

El SNS es de cobertura universal, cubre los costes de las pruebas y tratamiento de la COVID-19, ofrece un amplio paquete de prestaciones que cubren la atención primaria, ambulatoria y hospitalaria.

Gráfico 14. La financiación pública es elevada, excepto en la atención odontológica y los equipos terapéuticos



<https://www.oecd.org/health/espana-perfil-sanitario-del-pais-2021-3d1c2ed2-es.htm>

Hay un acceso limitado a los servicios odontológicos (para otros servicios odontológicos, la población tiene que pagar la atención dental programada vinculada a un % bajo de financiación pública), a los servicios para algunos grupos de pacientes (como las mujeres embarazadas o los niños).

El SNS se financia principalmente mediante de los impuestos.

2. El sistema de Sanidad pública francés

El sistema se basa principalmente en un sistema de seguro social de salud, con un fuerte papel del Estado. El Estado se ha implicado más en las dos últimas décadas en el control del gasto sanitario.

Al nivel nacional, existe el Ministerio de la Sanidad y sus servicios (creado en 1930), la **DGS** (Dirección General de la Sanidad) encargada de programar la oferta asistencial y las inversiones hospitalarias, de gestionar el estatuto y la formación del personal hospitalario, de gestionar la organización de los hospitales).

Existe también la dirección general de la acción social cargada de la aplicación y de la coordinación de las políticas de acción social. Por fin, hay la Inspección General de Asuntos Sociales.

A un nivel más local, es decir dentro de las instituciones descentralizadas, hay **las Agencias regionales de Salud (ARS)**, encargadas de la aplicación regional de la política sanitaria nacional, de la definición de una política sanitaria regional, de la organización de la asistencia, de la vigilancia y de la seguridad sanitaria, de la prevención en su región.

La política sanitaria regional de la ARS es, por tanto, el resultado de la concertación con todos los agentes implicados:

- el consejo regional
- los consejos departamentales
- representantes elegidos,
- los profesionales de la salud y sus representantes
- los gestores de establecimientos o servicios sanitarios y médico-sociales,
- los usuarios y sus representantes,
- los sindicatos

El **Consejo de Supervisión** de las ARS está presidido por el Prefecto de la región, el Consejo de Vigilancia está compuesto por:

- representantes de pleno derecho: representantes del Estado, de los interlocutores sociales, de los seguros de enfermedad, de los cargos electos, de los usuarios y de las personas cualificadas
- miembros con carácter consultivo: representantes del personal de la agencia y el director general.

La Tarea del Consejo de Supervisión es de aprobar las cuentas financieras y de emitir un dictamen sobre:

- el proyecto regional de salud
- el proyecto de contrato plurianual de objetivos y recursos (CPOM) de la agencia
- los resultados de la acción de la agencia.

En este sentido, hay una gran diferencia con el sistema español. En efecto, él no permite que el sindicato tenga ningún contrapoder en las decisiones. Lo que sí ocurre en Francia, con la presencia de los sindicatos en el consejo de vigilancia del ARS, por ejemplo.

Sucede a eso, Los **departamentos** tienen competencia en la asistencia y acción social para las personas mayores (Apa), asistencia y acción social para adultos discapacitados (Maison départementale des personnes handicapées, aplicación del PCH), asistencia social a la infancia (ASE), la protección materno-infantil (PMI), la lucha contra la exclusión (RSA, fondo de ayuda a los jóvenes, etc.).

Por otra parte, Francia conoce su **Seguro de enfermedad** ("Assurance Maladie"). Es un servicio **público descentralizado**, que tiene al nivel departamental 101 cajas de enfermedad primaria (CPAM): encargadas del reembolso de los actos médicos y de gestión de los riesgos / control de los litigios en relación con los servicios médicos que presta, precede de 16 cajas regionales del seguro de enfermedad: encargadas de la prevención de riesgos laborales, gestión de los servicios sociales y participación en la planificación hospitalaria al nivel regional.

El Seguro de enfermedad es obligatorio.

Existen en Francia 3 regímenes de seguro de enfermedad que ofrecen cobertura a toda la población en función de la residencia a través de varios regímenes obligatorios.

El primero es el **régimen general** (cubre 92% de la población) = "Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés". El segundo se llama **régimen agrícola** (cubre 7% de la población). Los otros son pequeños fondos específicos para algunas determinadas profesiones (para las profesiones liberales) que cubre el 1% restante.

El seguro de enfermedad reembolsa las consultas, visitas, medicamentos, análisis biológicos, exámenes) y las estancias hospitalarias, paga "dietas" (IJ) para compensar la pérdida de ingresos en caso de incapacidades laborales temporales (ILT), cubre casi todos los gastos de hospitalización.

Los reembolsos son muy amplios y se cubren muchas cosas, sin embargo, en materia dental y óptica, los reembolsos no son totales.

Todo lo anterior explica en parte, la existencia de un **Seguro de médico complementario** (un organismo privado), que cubre los copagos y permite lograr una mejor cobertura de los bienes y servicios médicos mal cubiertos por el Seguro de Enfermedad nacional, como la atención dental y óptica.

Sistema sanitario público dentro de los sistemas españoles y franceses

Ambos países tienen un sistema de seguridad social sólido en comparación con otros países del mundo.

No obstante, algunos ámbitos están mal cubiertos (por ejemplo, la atención dental y óptica). Por eso, se están llevando a cabo mejoras que son necesarias, por ejemplo, en el ámbito de los pagos directos.

En España, un proyecto está en marcha, se llama el Plan de Recuperación, Transformación y resiliencia de España[1] (financiado por la EU cuyo objetivo es ampliar la cobertura en algunos ámbitos, especialmente en la atención odontológica, la promoción de la salud y la atención preventiva).

En efecto, los pagos directos representaron el 21,8% del gasto sanitario en 2019, estuvieron por encima de media de EU (el 15,4%).

Se ha llevado a cabo una evolución de las medidas sobre los pagos directos. En efecto, tras una revisión de 2012 las tasas de participación en el coste de los medicamentos aumentaron y se calcularon en función del nivel de ingreso y de la situación laboral. (La atención ambulatoria, los medicamentos y la asistencia odontológica son los principales impulsores del gasto directo).

Desde 2017 el Gobierno ha adoptado una serie de medidas para reducir progresivamente la carga financiera de los gastos médicos para los hogares.

Sucede a eso, nuevas exenciones del 33% o más a los copagos de los medicamentos a partir de mayo 2020, y enero 2021. Se destina a las personas que percibían el ingreso mínimo vital, los pensionistas con ingresos anuales inferiores a 11 200 euros, las personas que recibían prestaciones de la seguridad social por el cuidado de un hijo menor, las menores de 18 años con una discapacidad reconocida.

En **España**, los pagos directos son superiores a la media de la EU.

- España = 21,8%
- Europa = 15,4%

Francia, al contrario, tiene el más bajo pago directo de Europa.

- Francia = 9,3%
- Europa = 15,4%

Está claro que los pagos directos son más importantes en España que en Francia.

[1] Plan de Recuperación, Transformación y resiliencia
<https://planderecuperacion.gob.es/>

IV. El gasto sanitario público

1. Algunos países de la OCDE: comparación numérica del gasto sanitario público

Gasto sanitario público	Millones de euro	% sobre el PIB	€ Por habitante
España	81.590	6,6	1.732
Francia	225.627	9,3	3.355
Otros países de la OCDE			
Reino Unido	200.071	8,0	2.990
Italia	114.759	6,4	1.921
Alemania	341.326	9,9	4.108
Rumania	10.305	4,6	532
Dinamarca	25.934	8,3	4.460
Luxemburgo	2.898	4,6	4.674
Bulgaria	2.644	4,3	379
Letonia	1.080	3,7	561
Lituania	2.270	4,7	812
Polonia	23.278	4,6	613

OCDE : France Perfil Sanitario de 2021

<https://www.oecd.org/health/france-country-health-profile-2021-7d668926-en.htm>

[1] Los Indicadores esenciales europeos de Salud (ECHI), son el resultado de una cooperación prolongada entre los países de la UE y la Comisión Europea

https://ec.europa.eu/health/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_es

2. España y Francia: distribución del gasto sanitario público

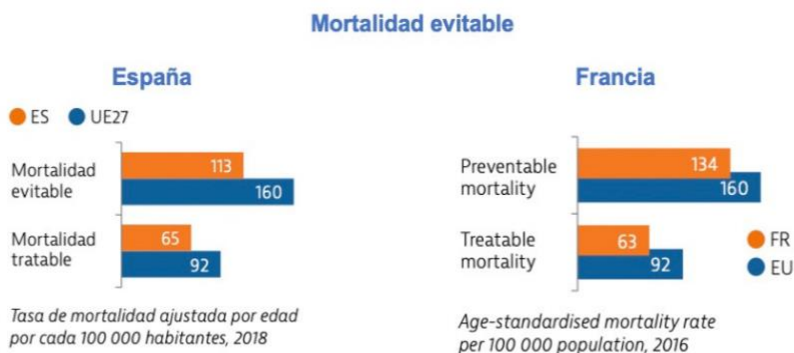
Es necesario analizar como están los gastos públicos de Sanidad y a qué se dedican en los dos países.

Los gastos públicos de Sanidad en España son inferiores a la media europea, a contrario de Francia, cuyos gastos públicos son superiores a la media europea.

Mientras España distribuye en gran parte su gasto sanitario a la atención ambulatoria, la mayor parte del gasto sanitario francés se destina a la atención hospitalaria, ambulatoria y poco a la prevención.

Según la OCDE, las políticas de Salud pública y la prevención son bastante eficaces dentro de los dos países.

La tasa de mortalidad por causas evitables y tratables son inferiores a la media europea tanto en España como en Francia. Aunque la media europea de la mortalidad evitable es de 160 por cada 100 000 habitantes, la media española es de 113, y la media de Francia es de 134. Así, Francia está peor que España en cuanto a la mortalidad evitable.



LA **OCDE** sugiere en ambos países que se podría hacer más en cuanto a la mortalidad evitable para salvar vidas en reduciendo los factores de riesgo.

V. Políticas de sanidad pública: más prevención

Para reducir los factores de riesgo, se debe prevenir y poner en marcha políticas que lo permitan.

1. Tasas de vacunación: indicadores de la avanzada de las políticas de prevención en ambos países

Primero, vacunar a la población permite prevenir muchas enfermedades y mejorar el nivel nacional de salud.

En cuanto a la vacunación, España tiene una mejor prevención que Francia. Eso se refleja por ejemplo en la tasa de vacunación contra la COVID-19.

Tasas de vacunación contra la COVID-19

España	Francia
70%	59%

cifras a finales de agosto de 2021: (la media europea era el 54%)

2. Medidas tomadas: comparación de las políticas de prevención en ambos países

Por otra parte, parece interesante analizar las diferentes medidas tomadas por cada país con respecto a la prevención de manera general. -

Históricamente Francia se ha quedado atrás en la inversión en salud y prevención de enfermedades. Alrededor del 33% de todas las muertes en 2019 se atribuyen a factores de riesgo conductuales como el tabaquismo, los riesgos alimentarios, el consumo de alcohol, la escasa actividad física y la contaminación atmosférica.

Ejemplo: la actividad física de los adolescentes en Francia es una de las más bajas de los países de la UE.

La **estrategia de Francia 2018-2022** hace hincapié en la prevención, pero las inversiones siguen siendo modestas. Se centra en la prevención en todas las edades y categorías sociales.

A. Medidas relativas al tabaquismo

Al parecer, el tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo y un punto sobre el cual ambos países quieren actuar.

En España, **una ley de 2005**, se endureció en 2010[1]. Por ejemplo, se prohíbe fumar en los centros de trabajo públicos y privados, en las zonas destinadas a la atención directa al público. Además, la Ley de 2010 precisa más la definición de qué es un espacio de uso público (por ejemplo, un vehículo de transporte colectivo es un espacio público).

Por otra parte, las etiquetas tienen que incluir advertencias sanitarias desde 2017.

Por lo demás, el objetivo en Francia es de crear una generación sin tabaco con el aumento del 25% de personas que dejan de fumar entre 2017 y 2018 según el Observatorio Nacional de las Toxicomanías.

Para lograr esto, Francia ha puesto en marcha un aumento de los impuestos sobre el tabaco y una mejor cobertura del sustituto de la nicotina. También ha desarrollado una campaña pública llamada el mes sin tabaco "mois sans tabac". Por fin, se ha creado una aplicación para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

El mes sin tabaco es un proyecto puesto en marcha por el **Ministerio de Solidaridad y Salud Pública y Santé publique France** en colaboración con Assurance Maladie para ayudar a los ciudadanos a dejar de fumar. Todos los meses de noviembre. Ofrece a los fumadores apoyo para dejar de fumar día tras día. Las posibilidades de dejar de fumar son 5 veces mayores que al principio de la abstinencia.

La gente tiene que inscribirse en el sitio web del Mes sin Humo, que le permite:

- Una consulta con un profesional
- Un Kit gratuito para dejar de fumar que incluye un programa de 40 días con retos y consejos diarios.

[1] Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

B. Medidas relativas al alcohol

Aunque en España, el consumo de alcohol ha aumentado durante la última década, el consumo sigue siendo elevado en Francia.

Por ejemplo, en España, 1 joven de cada 5 que tiene 15 años declaró haberse embriagado más de una vez según un estudio de 2018. Tal como en Francia, el consumo de alcohol en 2019 fue superior del 13% en comparación con la media europea.

A este respecto, una reforma fiscal de 2017 estableció una subida de impuestos del 4,3% en España.

Por fin, cabe precisar que hoy en día, el IVA sobre del alcohol es de 21% en España y del 20% en Francia.

C. Medidas relativas la nutrición

Desde luego, tomar medidas relativas a la nutrición resulta de una necesidad cada vez más importante. Dicho de otra manera, el sobrepeso y la obesidad son cada vez más preocupantes.

El Gobierno español anunció en 2018 que el 18% de los jóvenes de 15 años tenían sobrepeso y obesidad. Tanto más que 1 adolescente de cada 6 sufría de obesidad.

Así, el poder ejecutivo señaló su intención de trabajar sobre este asunto. 2 años después, el Ministerio de Consumo anunció la implementación del Nutri-Score para 2021.

En cuanto a Francia, desarrolló una etiqueta oficial de alimentos Nutri-Score en 2017. El Nutri-score es un logotipo que aparece en los envases y que clasifica los productos de la A (verde oscuro) a la E (naranja) = de los mejores a los peores en términos de nutrición. Es una forma práctica de comparar los productos de un vistazo al comprar.

Con el tiempo, se desarrolló Coordinación transnacional para facilitar el uso del etiquetado nutricional Nutri-Score. Efectivamente, 7 países europeos se comprometen a facilitar el uso de NS (entre los cuales España y Francia). Además, la primera reunión del comité directivo 25 de enero de 2021 inició la coordinación de la implementación y el uso del sistema del Nutri-Score.

B. Medidas relativas la vacunación

Como se mencionó anteriormente, España tiene unos mejores resultados en cuanto a la vacunación que Francia.

De facto, se ha intensificado la vacunación contra la gripe y en septiembre de 2020, el Ministerio de Sanidad puso en marcha una campaña nacional para promover la vacunación contra la gripe.

En Francia, el gobierno ordenó un 30% más de vacunas contra la gripe en 2020-2021 que en 2019-2020. El país enfatizó la importancia y el beneficio de la vacunación y la tasa aumentó entre las personas edades en 2020-2021.

Esta política permite, entre otras cosas evitar o limitar la presión sobre los hospitales tal como en España se observe un bajo numero de hospitalizaciones evitables. Resulta que en Francia también, las hospitalizaciones evitables son inferiores a la media europea.

B. Medidas relativas al càncer

Mientras que la atención oncológica ha mejorado con el tiempo en ambos países, hace falta prevenir los factores para limitar el número de victimas, tanto más que las cifras demuestran cada ano un número importante de pacientes.

En Francia, por ejemplo, se ha desarrollado el **plan nacional contra el càncer 2021-2030**[1] para mejorar la prevención y la atención del càncer.

El plan está estructurado en torno a 4 prioridades clave:

- Mejorar la prevención y el diagnóstico precoz
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con càncer
- aumentar la supervivencia del càncer
- garantizar que todos los grupos de población puedan beneficiarse por igual de los avances en la atención al càncer.

A saber, que este plan está en consonancia con el Plan Europeo contra el Càncer (Comisión Europea, 2021).

[1]La estrategia decenal francesa contra el càncer, 2021-2030: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>

3. Problemas de salud pública: comparación de los más importantes

Excepto uno, ambos países tienen que enfrentarse a los mismos principales problemas de salud.

En efecto, el tabaquismo y el consumo de alcohol representan los principales retos para las autoridades públicas.

Sin embargo, mientras España se enfrenta a la obesidad como tercer problema mayor, Francia tiene que tratar con una baja actividad física de sus ciudadanos.

En definitiva, ambos gobiernos aplican distintos tipos de medidas para mejorar la prevención. Por ejemplo, aumentando los impuestos del alcohol para encarecerlo y desanimar su compra.

A pesar de las distintas formas dentro de sus sistemas de salud, ambos estados tienen los mismos problemas de salud.

Así sucesivamente, sus planes de acción son relativamente similares. Es decir, quieren actuar sobre el tabaquismo, el consumo de alcohol, la nutrición. De esa manera, los dos establecieron el "Nutri-score". Además, es interesante ver en este punto que nació una coordinación transnacional. Eso ilustra **que los problemas de salud pública no son específicos de cada estado, sino globales.**

Por otra parte, las tasas de hospitalización evitable tanto en España como en Francia son relativamente buenas, según un informe de la OCDE.

Sin embargo, ¿relativamente bueno comparado con qué? Cabe recordar que cada uno de ellos tiene un sistema sólido a comparación de otros países en el mundo. Sin embargo, hay que mejorarlo, sobre todo en lo que respecta a la atención primaria, que se va deteriorando poco a poco.

VI. Realidad infraestructural del sistema sanitario

1. Los recursos humanos: el personal médico y de enfermería

Con la intención de identificar la integralidad de cada sistema, es imperativo analizar uno de los pilares de la Sanidad pública, cual es el personal médico.

Gracias a un estudio comparativo de las cifras de los recursos humanos, se puede identificar las fortalezas y las debilidades de cada país.

Mientras la media europea es de 3,9 médicas/os para cada 1000 habitantes, España dispone de 3,9 y Francia de 3,2. Al contrario, España detiene 5,9 enfermeras/os para cada 1000 habitantes, y Francia 11,1 mientras que la media europea es de 8,4.

Asimismo, la distribución de médica/os y enfermera/os varía de una comunidad autónoma a otra y entre las zonas urbanas y rurales en España. Por consiguiente, la distribución geográfica es desigual, lo que muestran la cifra siguiente: En Castilla y León, hay 1,12 médicas/os generales para cada 1000 habitantes, mientras que, en las Islas Baleares, solamente hay 0,62 para 1000.

De la misma manera se observan disparidades en la densidad de los profesionales sanitarios entre las regiones en Francia. Una tal disparidad que algunas se enfrentan a una escasez. El país se enfrenta a desiertos médicos, y por consiguientes nacen injusticias entre las personas que viven en el campo y las que viven en las grandes ciudades o metrópolis.

En suma, España tiene una tasa de médicos mayor que la de Francia y de la media europea. Por el contrario, Francia está por debajo de la media europea. Sin embargo, Francia tiene más enfermeras por cada 1000 habitantes que la media europea y que España que se enfrenta a una gran escasez de enfermeras.

España y Francia experimentan dificultades en la distribución del personal médico en diferentes partes del país, lo que crea grandes desigualdades dentro de cada país.

2. Los recursos materiales: las camas hospitaleras

El análisis del número de camas de hospital per cápita es un buen indicador del nivel de recursos de que dispone un país para la atención hospitalaria.

En el mundo, Japón y Corea del Sur tienen el mayor número de camas de hospital por cada 1.000 habitantes, con 12,8 y 12,4 camas por cada 1.000 habitantes respectivamente.

Esta cifra es casi el doble del número de camas de Francia (5,8) y el triple de que tiene España (3,2).

En pocas palabras, en 2019, había más camas en Francia que en España. Además, España estaba por debajo de la media europea, y Francia tiene más camas que la media europea.

Hay que tener en cuenta que el número de camas en los hospitales es un tema delicado, tanto en el sector médico como en el debate público.

En ambos países se solicitan camas adicionales. Ante la pandemia de COVID-19, y la afluencia masiva de pacientes a los hospitales, se ha observado una considerable falta de camas.

Sin embargo, Francia forma parte de los países del mundo que tienen lo más camas hospitales.

3. Los recursos sociales: la cobertura universal de la población

A. Población española y francesa: cifras

<i>Cifras 2020/2021</i>	España	Francia
Cifras de población	47.4 M	67.6 M
Población protegida por el sistema de salud	100%	100%
Satisfacción de los pacientes con el sistema sanitario público	6,7/ 10	7,3/ 10

Punto específico sobre España:

Hospitales públicos

- Comunidad con mayor número de hospitales públicos = Cataluña
- Comunidad con mayor número de camas = Andalucía

Hospitales privados

- Comunidad autónoma con mayor número de hospitales privados = Cataluña
- Comunidad autónoma con mayor número de camas = Cataluña

Tanto en España, como en Francia, el sistema nacional de salud cubre toda la población. Por ejemplo, en Francia, la afiliación a la Seguridad Social es obligatoria.

B. Cobertura social española y francesa: financiación

Antes de todo, parece importante identificar cómo se financian las cajas de seguridad social en cada país que sea el sistema nacional o los organismos privados.

España

El SNS

La asistencia sanitaria en España es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos y está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma.

Existen dos fondos adicionales:

- El de Cohesión gestionado por el propio ministerio de Sanidad y Consumo
- El Programa de Ahorro temporal en Incapacidad Temporal

Así, los impuestos son la base de la financiación y representan un 94,07% de los recursos, que se distribuyen entre las Comunidades Autónomas (89,81%), la administración central (3,00%), las corporaciones locales (1,25%) y las ciudades autónomas (0,01%).

Francia

El Seguro médico complementario:

Las cotizaciones son el principal recurso de las organizaciones que ofrecen cobertura sanitaria.

De hecho, las organizaciones cuentan con 2 tipos de recursos:

Primero, las **contribuciones recaudadas**, excluyendo los impuestos (que constituyen el principal recurso),

Segundo, los otros ingresos (principalmente ingresos financieros).

Estos recursos se utilizan para pagar las prestaciones a los asegurados.

Los asegurados cubiertos por un contrato de salud pagan, además de las cotizaciones del contrato, un llamado "impuesto adicional de solidaridad" que asciende al 13,27% de las **cotizaciones** recaudadas en el caso general. La recaudación de este impuesto financia, entre otras cosas, las ayudas al seguro de enfermedad complementario (ACS) y a la cobertura sanitaria (CMU-C), que proporciona a los más desfavorecidos una cobertura complementaria.

Seguro de salud:

Como rama de la seguridad social, la caja nacional del seguro de enfermedad cumple sus misiones gracias a 2 fuentes principales de financiación:

Primero, gracias a las **cotizaciones**, (que representan más del 90% de los recursos de la Seguridad Social). Estos provienen de los trabajadores (que pagan alrededor del 15,9% de su salario bruto cada mes) y de las empresas (que pagan alrededor del 29% de los salarios recibidos por los empleados).

Segundo, gracias a una parte de los **impuestos** recaudados por el Estado contribuye a la financiación de la seguridad social. En particular, los impuestos

En suma, en ambos países, las cajas de enfermedad se financian en parte con impuestos. Sin embargo, mientras que en España los impuestos son una parte importante de la financiación, el sistema francés se basa mayoritariamente en las cotizaciones. Esto contrasta con España, que no funciona con un sistema de cotización.

C. Cobertura social española y francesa: las diferencias

En España, cualquier persona que necesite atención médica puede acudir a urgencias y ser atendida. Si está afiliada a la Seguridad Social, puede beneficiar de la asistencia gratuita, y si tiene a TSE, no tienen que pagar ni adelantar el dinero. Si no, tendrá que pagar por la atención que reciba.

En Francia, el paciente tiene que pagar por adelantado los honorarios de la consulta, que luego le serán reembolsados en un 70% por la Seguridad Social. En España, el paciente no tiene que pagar nada.

Una **mutua** en Francia puede complementar el reembolso de los gastos adelantados por el paciente. Sin embargo, un **seguro privado en España** constituye un sistema sanitario paralelo al sistema público, con sus médicos de cabecera, sus especialistas e incluso en algunos casos sus hospitales. Junto con las compañías de seguros que cubren la sanidad, establecen un contrato privado con los clientes (pacientes), cuyo importe definirá el nivel de servicios que se pueden prestar sin coste adicional.

Proporcionan a sus clientes una lista de médicos afiliados a los que el médico puede remitir.

Los españoles suelen tener un seguro privado dental.

Sin embargo, este sistema, que es paralelo al sistema público, no está cubierto de ninguna manera por el sistema de seguridad social. Por ejemplo, los medicamentos prescritos tendrán que ser pagados al 100% por el paciente en la farmacia. Asimismo, no es posible concertar una cita con un especialista público por recomendación de una mutua.

Por tanto, los dos sistemas funcionan en paralelo, sin transversalidad.

¿Por qué recurrir a un seguro privado?

> A menudo lo ofrecen las empresas a sus empleados como complemento de su salario.

> Para reducir los tiempos de espera, un seguro privado es más eficaz que el sistema público

> Sin embargo, esto no garantiza necesariamente una medicina de mayor calidad. Los médicos del sector público son asalariados de la Seguridad Social y obtienen sus puestos por concurso. Por el contrario, los que están en el sistema de seguro privado están afiliados y reciben una remuneración negociada con la red.

La **medicina privada** está formada por todos los profesionales que no dependen de la seguridad social. El tratamiento corre totalmente a cargo del paciente.

No hay acuerdo sobre las tarifas de la medicina privada. Son fijados libremente por el profesional y, por lo tanto, pueden ser rápidamente elevados.

Para concluir, existen 3 sistemas en España:

- El sistema de salud pública
- La asistencia sanitaria mutual
- La medicina privada

Sobre este punto, hay muchas diferencias con el sistema francés. En efecto, en Francia, la frontera entre el sector público y el privado es menos tangible.

Por ejemplo, cuando un paciente acude al médico de cabecera, además de tener que adelantar el dinero, la seguridad social le reembolsa el 70%. El 30% restante lo pagará el paciente o un seguro médico privado (una mutua).

En cuanto a los medicamentos, la seguridad social los reembolsa a diferentes niveles:

- El 100% de los medicamentos se reconocen como insustituibles y costosos
- El 65% de los medicamentos con un servicio médico principal o importante
- El 30% de los que tienen un servicio médico fiable y medicamentos homeopáticos

A este respecto, el preámbulo de la Constitución francesa establece que todo francés tiene derecho a la seguridad social.

Por otra parte, el artículo **L111-1[1] del Código de la Seguridad Social** establece que toda persona que trabaje está obligada a estar afiliada a la seguridad social. El apartado 3 se refiere a un "régimen obligatorio".

Además, cualquier residente francés puede, si lo desea, contratar un seguro médico complementario para mejorar la cobertura de los gastos sanitarios. Sin embargo, este seguro privado no puede sustituir a la seguridad social y sólo es complementario. Por ejemplo, para complementar el reembolso del 30% de una consulta con un médico de cabecera.

Se prevé también sanciones contra toda persona que incite explícitamente a un asegurado social a negarse a afiliarse y cotizar al sistema de seguridad social. Se puede imponer una pena de 6 meses de prisión y/o una multa de entre 7.500 y 15.000 euros.

En resumen, los sistemas españoles y franceses son muy diferentes en la organización del reembolso a los pacientes.

Efectivamente, en España, el límite sector público/ privado está bien definida mientras que en Francia el reembolso puede mezclar los dos.

Por otra parte, en Francia, el límite público / privado no está tan presente en los servicios y la mezcla de los dos puede dar confusiones en el sistema.

Los dos sistemas son diferentes, y eso lo permite la construcción europea.

En efecto, según la coordinación europea de los regímenes de seguridad social, los Estados miembros son libres de organizar sus sistemas de seguridad social como consideren oportuno.

[1] Código de la Seguridad social francesa: artículo L111.1 sobre la organización de la seguridad social

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042223830/

4. Los recursos legislativos: una construcción europea complementaria a los sistemas nacionales

Sobre la política europea en el dominio de la sanidad:

Los Estados miembros de la UE son responsables de la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. El papel de la UE es complementar las políticas nacionales para:

- proteger y mejorar la salud de los ciudadanos de la UE
- apoyar la modernización de las infraestructuras sanitarias
- mejorar la eficacia de los sistemas sanitarios europeos
- reforzar la preparación y la respuesta a las amenazas sanitarias transfronterizas

La coordinación en materia de salud pública es necesaria teniendo en cuenta la libre circulación de personas y mercancías en el mercado interior. Cooperación en la UE para afrontar los retos sanitarios comunes

La base jurídica de la política sanitaria de la UE se encuentra en **el artículo 168 del TFUE**[1], que establece que "en todas las políticas y acciones de la UE se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana".

El mismo artículo establece que "la acción de la Unión será complementaria de las políticas nacionales".

La Unión Europea adopta legislación y recomendaciones para proteger a la población. Sus principales ámbitos de legislación son los siguientes:

- Los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza

Es decir, el derecho para los ciudadanos europeos tener acceso a la salud en cualquier país de la UE. La Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) garantiza la prestación de la asistencia sanitaria necesaria en las mismas condiciones y con las mismas tarifas que las personas aseguradas en el país visitado.

- Los medicamentos y productos sanitarios con la agencia europea de medicamentos, por ejemplo.

- Las graves amenazas transfronterizas para la salud: cooperación de los estados miembros en el ámbito de la seguridad sanitaria.

- El cáncer, el tabaco y la promoción de la salud: además de tener incidencias sobre la salud de los individuos, tienen también un impacto sobre los presupuestos públicos, el crecimiento de la economía.

[1] *Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea*

https://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/ttce.p3t14.html

4. Los recursos legislativos: una construcción europea complementaria a los sistemas nacionales

Sobre la política europea en el dominio de la sanidad:

Los Estados miembros de la UE son responsables de la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. El papel de la UE es complementar las políticas nacionales para:

- proteger y mejorar la salud de los ciudadanos de la UE
- apoyar la modernización de las infraestructuras sanitarias
- mejorar la eficacia de los sistemas sanitarios europeos
- reforzar la preparación y la respuesta a las amenazas sanitarias transfronterizas

La coordinación en materia de salud pública es necesaria teniendo en cuenta la libre circulación de personas y mercancías en el mercado interior. Cooperación en la UE para afrontar los retos sanitarios comunes

La base jurídica de la política sanitaria de la UE se encuentra en **el artículo 168 del TFUE**[1], que establece que "en todas las políticas y acciones de la UE se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana".

El mismo artículo establece que "la acción de la Unión será complementaria de las políticas nacionales".

La Unión Europea adopta legislación y recomendaciones para proteger a la población. Sus principales ámbitos de legislación son los siguientes:

- Los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza

Es decir, el derecho para los ciudadanos europeos tener acceso a la salud en cualquier país de la UE. La Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) garantiza la prestación de la asistencia sanitaria necesaria en las mismas condiciones y con las mismas tarifas que las personas aseguradas en el país visitado.

- Los medicamentos y productos sanitarios con la agencia europea de medicamentos, por ejemplo.

- Las graves amenazas transfronterizas para la salud: cooperación de los estados miembros en el ámbito de la seguridad sanitaria.

- El cáncer, el tabaco y la promoción de la salud: además de tener incidencias sobre la salud de los individuos, tienen también un impacto sobre los presupuestos públicos, el crecimiento de la economía.

[1] *Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea*

https://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/ttce.p3t14.html

V. Gestión de Covid-19: entre medidas de urgencia y puesta en peligro de los Derechos humanos

1. Frente a una situación sin precedentes: medidas concretas tomadas

Ambos países tenían que enfrentarse a una situación sin precedentes. Los gobiernos se enfrentaron a los mismos problemas y tomaron medidas bastantes similares, tanto en España como en Francia.

Primero, la mayor parte de la cirugía programada se postpuso o cancelo en los dos países. Eso podría haber provocado un empeoramiento de las enfermedades que, si se hubieron tratado antes, habrían tenido un mejor pronóstico.

Por ejemplo, según Unicáncer 7 en Francia, el retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en la primera oleada de la pandemia provocará entre 1.000 y 6.000 muertes adicionales en los próximos años.

Ambos países se enfrentan a los mismos problemas en cuanto a las consecuencias del COVID-19.

Segundo, el uso de la telemedicina se aceleró durante la crisis en cada país. En efecto, el 72% de los españoles afirmaron haber asistido a una consulta médica en línea o por teléfono durante los primeros 12 meses de la pandemia. Eso es el porcentaje lo más elevado de todos los países de la Unión europea, cuya media era el 39%. Sin embargo, en Francia, las tele-consultaciones eran importantes también, como lo reflejan los datos: en abril 2020, en pleno centro de la crisis, el número de tele-consultaciones total se elevó a 4,5 millones.

Esta práctica se va generalizando poco a poco y permite a las personas con enfermedades crónicas beneficiarse de un seguimiento más regular, permite a las personas no desplazarse, ahorrar tiempo y disminuir el riesgo de contaminación. No obstante, en ambos países la mayoría de los ciudadanos dicen que prefieren las citas en presenciales, y se lamentan la falta de contacto humano. Según una encuesta de Harris Interactiva, casi el 48% de los franceses deplora la falta de contacto directo.

Tercero, ambos países desarrollaron una aplicación con el objetivo de tener una mejor prevención frente al virus. Tanto "RadarCOVID" en España, como "TousAntiCovid" en Francia permite al usuario que ha dado positivo en la Covid-19 avisar inmediatamente a las personas a las que haya podido contagiar durante el periodo de contagio. Eso funciona por Bluetooth.

Mientras en España, la implementación de la aplicación fue desigual en todo el país, con algunas comunidades como Cataluña y Madrid que la pusieron en marcha más tarde que otras, en Francia fue una medida del Estado, eficaz por todo el país, independiente de las regiones.

Por fin, cabe subrayar que el uso no fue obligatorio en ambos países. Así, solamente el 18% de la población había descargado la aplicación en España en abril 2021. De la misma manera, solo el 20% de la población francesa tenía la aplicación descargada en abril 2021.

Por otra parte, ambos países utilizaron las **fuerzas militares** cuando la situación fue fuera de control. En efecto, hubo en España una llamada al **personal médico militar** para reforzar el Sistema de Salud en todo el Territorio español al inicio de la pandemia.

De la misma manera, hubo en Francia una utilización de los militares y de sus equipamientos tras la implantación del hospital de campaña del Servicio de Salud de las Fuerzas armadas (por ejemplo, en la región del "Grand Est". El ejército fue también encargado de transportar a los pacientes de una región con camas saturadas a otra.

Por último, se instauraron en los dos países medidas importantes frente a la situación que estaba generando.

En España, la respuesta ante el Covid fue coordinada entre el Gobierno central y las comunidades autónomas. Tras el **REAL DECRETO 463/2020[1]** se declaró el Estado de Alarma. El decreto transfirió la responsabilidad de las comunidades autónomas al Gobierno nacional para que se adoptaran medidas, puso todas autoridades sanitarias financiadas con fondos públicos de todo el país bajo las ordenes directas del ministro de la Sanidad. El Objetivo era garantizar la cohesión y la equidad en la prestación de servicios sanitarios en todo el territorio nacional, permitir la aplicación de severas restricciones. Permitted cerrar las escuelas, universidades, las fronteras, las tiendas, bares y lugares de ocio.

[1] Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>

Con este **Estado de Alarma**, se autorizo temporalmente al ministro de Sanidad para llevar a cabo las acciones necesarias en materia de recursos humanos que pudieran reforzar el sistema sanitario.

Al fin del estado de Alarma, las comunidades autónomas y ayuntamientos recuperaron la capacidad de tomar decisiones.

En Francia, se creó un nuevo estado de urgencia, el **Estado de Urgencia Sanitaria**. Eso permitió también al gobierno de cerrar las escuelas y universidades, de limitar los desplazamientos y las interacciones sociales, de declarar confinamientos. Hubo 3 confinamientos en total. Por otra parte, se puso en marcha El Pass Sanitaire que se hará obligatorio a finales de julio de 2021 para todas las actividades de ocio, los bares, los restaurantes, los viajes en tren y en avión. Francia sigue bajo el régimen de salida del Estado de emergencia hasta el 31 de junio de 2022. Eso plantea problemas desde el punto de vista de la separación de los poderes. En efecto, ese régimen permite al poder ejecutivo pasar leyes en lugar del poder legislativo.

El gobierno puede hacer cosas sin la aprobación del cuerpo legislativo, es decir sin la voz del pueblo. Este régimen estatutario permite un **aumento de las autoridades civiles**. Las leyes del estado de emergencia sanitaria son leyes de habilitación

El gobierno puede legislar por ordenanza, así que, hay un aumento considerable de los poderes del ejecutivo porque puede legislar e invadir así el poder del legislativo.

Por ejemplo, la prohibición de salir de su casa es una medida específica a este estado de urgencia porque no existe dentro del derecho común.

En cada país, se han tomado medidas importantes para responder a la situación, lo que plantea ciertas cuestiones y preocupaciones sobre el equilibrio de poder y las competencias de cada organismo estatal.

2. Frente a una situación sin precedentes: un cuadro legislativo específico

Frente a la pandemia, el poder ejecutivo tenía que cambiar un poquito el cuadro legislativo para adoptar medidas.

Mientras en España, se tomaron bajo el Estado de Alarma, en Francia, se creó el Estado de Urgencia Sanitaria.

A. Estado de Alarma en España

En España, el Estado de Alarma es recogido por la Constitución española en su artículo 116.

Además, una ley orgánica del 1 de junio de 1981 establece que tiene vigilancia “cuando circunstancias extraordinarias hiciesen imposible el mantenimiento de la normalidad mediante los poderes ordinarios de las autoridades competentes”.

El **gobierno** declara el **estado de alarma** mediante un decreto acordado por el Consejo de ministros por un plazo máximo de quince días, dando cuenta al Congreso de los diputados.

El decreto entra en vigor en el momento de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Con el **real decreto 463/2020**, de 14 de marzo se declara el Estado de Alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Eso permitió al gobierno tomar medidas como limitar la circulación de los individuos a las compras de primera necesidad, a limitar los transportes de viajeros. Suspender la actividad escolar.

Organizaciones como Amnistía internacional denuncian algunas violaciones de los derechos humanos durante el Estado de Alarma.

B. *Etat d'urgence sanitaire* en Francia

El estado de **emergencia es un régimen legal** (en virtud de la ley de 1955 adoptada en el contexto de la guerra de Argelia, donde el ministro Mitterrand quería un aumento de los poderes del ejecutivo). Así que no es un régimen constitucional.

Desde la ley de **1955**, existe en Francia el estado de emergencia en materia de seguridad, proclamado en 2015 tras los atentados, por ejemplo. Este régimen de origen legal permite un aumento de las autoridades civiles.

Con la pandemia, se crea un nuevo Estado de Emergencia = Estado de Emergencia Sanitaria.

La ley del 23 de marzo de 2020[1] proclama el estado de emergencia sanitaria.

El estado de emergencia está incluido en la ley, que ha sido inscrita en el Código de Salud Pública (incluido en el derecho común) hasta el 31 de julio de 2022.

[1] LEY N° 2020-290, de 23 de marzo de 2020, relativa a la respuesta de emergencia a la epidemia de COVID-19

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746313/>

Condiciones para declarar este Estado:

- > Catástrofe sanitaria que pone en peligro, por su naturaleza o gravedad, la salud de la población. (Una catástrofe sanitaria es más fuerte que una simple vigilancia o crisis sanitaria).
- > El RP puede, cuando hay una catástrofe de este tipo, declarar por decreto o en la CM el estado de emergencia durante 1 mes.
- > El Parlamento amplía el Estado de Urgencia Sanitaria tras el dictamen de un comité de científicos.
- > La ley establece la duración, que puede ser ampliada posteriormente.
- > Las medidas adoptadas dentro del Estado de Urgencia Sanitaria caducan con el fin de la UE sanitaria.

En concreto, se trata de una ley consagrada en el código de salud pública que permite al primer ministro adoptar decretos.

Las leyes del estado de emergencia sanitaria son leyes de habilitación, así que, el primer ministro puede:

- > Adoptar medidas sobre la circulación de personas o vehículos,
- > Ordenar medidas de cuarentena o aislamiento
- > Prohibir las reuniones o encuentros
- > Cerrar tiendas o establecimientos
- > Prohibir a la gente salir de sus casas

Pero: ¿cuáles de estas medidas son realmente específicas para una situación de emergencia? El uso y la duración en el tiempo de este Estado de Urgencia Sanitaria alarma a los profesionales de los derechos humanos en Francia. En ese punto, hay muchos debates.

En suma, mientras en España, el Estado de Alarma es una medida de origen constitucional, en Francia es una medida de origen legal.

En ambos países, medidas de emergencia parecían necesarias para contener la situación sanitaria. Sin embargo, se observó un aumento significativo de los poderes del ejecutivo, lo que puede ser preocupante

VI. El sistema sanitario público: entre crisis y intentas de soluciones

La atención primaria constituye uno de los principales pilares de los sistemas sanitarios.

1. Atención primaria y servicios de primera línea: definición

En 1978, la **Declaración de Alma-Ata**[1] destacó la importancia de la atención primaria de salud como medio para lograr un nivel aceptable de salud para todos. La iniciativa era ambiciosa. La Declaración se adoptó en respuesta a las desigualdades en el estado de salud de las poblaciones y propuso una estrategia para reducir estas brechas pidiendo un cambio fundamental en los sistemas de salud y en la prestación de la atención sanitaria.

Las desigualdades globales en ingresos y resultados han impulsado los esfuerzos para mejorar el acceso equitativo a la atención sanitaria desde 1978.

La esperanza de vida puede variar en más de 40 años entre los países ricos y los pobres, el gasto anual de los gobiernos en sanidad puede oscilar entre 20 dólares/persona y más de 6.000 dólares.

La Declaración de Alma-Ata proclama **fuertes valores como la justicia social, el derecho a una mejor salud para todos** y propone un sistema de salud centrado en el individuo con la perspectiva del derecho de cada persona al más alto nivel de salud posible.

El artículo 6 de esta declaración define la atención primaria de salud:

“La atención primaria de salud es una atención sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticas, científicamente sólidas y socialmente aceptables, que se hace universalmente accesible a todos los individuos y familias de la comunidad con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden pagar en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Son parte integrante tanto del sistema sanitario nacional, del que son la columna vertebral y el eje principal, como del desarrollo económico y social general de la comunidad. Constituyen el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, acercando la asistencia sanitaria lo más posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y son el primer elemento de un proceso sin fisuras de protección de la salud”.

[1] *Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

En un **Glosario de Promoción de la Salud de 1998, la OMS** formuló una definición de atención primaria:

"La atención primaria de salud es una atención sanitaria esencial que se ofrece a un coste que el país y la comunidad pueden pagar, con métodos prácticos, basados en la ciencia y socialmente aceptables (...)

El enfoque de la atención primaria incluye los siguientes componentes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, tecnología adecuada y costes asequibles.

Como conjunto de actividades, la atención primaria debe incluir al menos la educación sanitaria de los individuos y de toda la comunidad sobre los problemas de salud y los métodos para prevenirlos y controlarlos. Otras actividades esenciales son el suministro de alimentos adecuados, una nutrición sana, un suministro de agua y un saneamiento adecuados, la atención materno-infantil, incluida la planificación familiar, las inmunizaciones; el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes; el suministro de medicamentos esenciales".

2. Atención primaria y servicios de primera línea: organización

En la **Declaración de Harare (1987)**[1], la OMS afirma que "la intensificación efectiva de la atención primaria depende de una acción global basada en distritos sanitarios bien organizados (...), un distrito sanitario representa un segmento del sistema nacional de salud que incluye una población bien definida que vive en una zona geográfica y administrativa claramente delimitada".

[1] *Declaración de Harare, 1987: Declaración sobre los sistemas sanitarios y especialmente los servicios de atención*

Primaria http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61958/WHO_SHS_DHS.pdf;jsessionid=2F656810A8153A63F6A9FC6F9EDA3446?sequence=1

A. Organización de los servicios de primera línea en España

En España, la organización es la siguiente:

Las comunidades organizan sus Servicios de Salud (debido a la descentralización).

Hay una **división territorial** y administrativa del sistema sanitario, que viene representada por las Áreas de Salud, las zonas básicas de Salud y los Centros de Salud.

- **Áreas de Salud:** Autónomas; estructuras fundamentales del sistema sanitario que gestiona los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad.

Por una eficiencia máxima, las áreas de Salud se dividen en zonas básicas.

- **Zonas básicas:** Delimitación geográfica sanitaria que permite planificar y organizar el trabajo de los equipos de atención primaria.

Estas zonas son delimitadas en función de los factores geográficos, sociales, económicos, epidemiológicos, culturales.

Cada zona básica puede disponer de uno o más centros de salud.

- **Centros de salud:**

> Diagnosticar y tratar a los pacientes

> Promocionar la salud y prevenir la enfermedad

> Rehabilitar

> Llevar a cabo la tarea de: atención domiciliaria, atención continuada y urgente, vigilancia epidemiológica, investigación.

Un equipo de atención primaria, compuesta por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, personal administrativo, matronas, fisioterapeutas, farmacéuticos tienen la tarea de llevar a cabo todo esto.

B. Organización de los servicios de primera línea en Francia

En Francia, el sistema sanitario respeta la libertad de elección del paciente. Cada persona es libre de elegir su médico y su centro sanitario, ya sea en el sector público o en el privado.

No obstante, los poderes públicos llevan varios años fomentando la implantación de una medicina de "itinerario" para ofrecer una atención y un apoyo completos y continuos a los pacientes lo más cerca posible de su domicilio.

Sistema sanitario público dentro de los sistemas españoles y franceses

Para cumplir este objetivo, las autoridades públicas actúan en los siguientes niveles:

Al **nivel nacional**, se dirigen las políticas públicas, se supervisan todas las institucionales sanitarias y se forman los profesionales de salud. También, se fijan las tarifas de los servicios.

Al **nivel Regional**, se relevan las políticas públicas. Por otra parte, las agencias regionales de salud (ARS) aplican las políticas nacionales y las adaptan a sus características regionales. Garantizan la coordinación de la prevención, la atención y el apoyo para permitir un acceso igualitario a todos y una atención continua.

Al **nivel Local**, Las estructuras locales, bajo la supervisión de la ARS, se organizan para ofrecer una "atención primaria" organizada.

El sistema sanitario y médico-social se compone de estructuras urbanas (consultas, casas o centros de salud), de establecimientos hospitalarios (Hospitales públicos, Clínicas privadas, Establecimientos privados de interés colectivo).

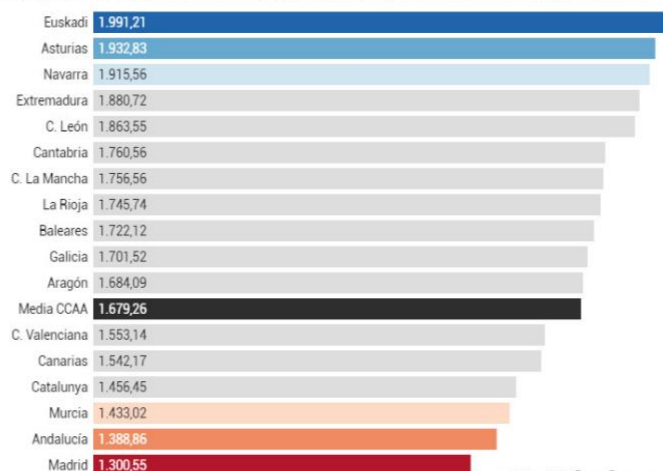
3. Atención primaria y servicios de primera línea: saturación

En España se observan desigualdades entre las comunidades. En efecto, los gastos sanitarios por habitantes no son iguales entre las comunidades. Las comunidades de Madrid y de Andalucía son aquellas cuyos gastos son los menores.

Hay comunidades que cubren los gastos dentales de los niños y otras no.

¿Cuánto invertirá cada comunidad en Sanidad en 2022?

Presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas para 2022. Datos en euros por habitante



Fuente: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) - Creado con Datawrapper

OelDiario.es

Sistema sanitario público dentro de los sistemas españoles y franceses

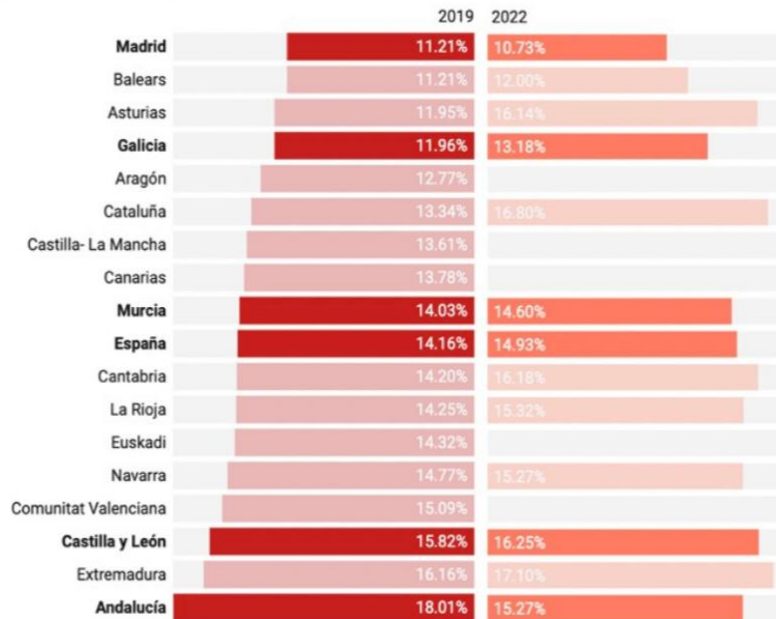
En Francia eso no existe, el gasto sanitario público es el mismo por cada ciudadano francés. Cada francés beneficia del mismo tratamiento ante la salud, en cuanto a los gastos públicos (porque a lo lado del seguro de enfermedad, existen los organismos privados "complémentaires santé"- complementarios de salud- que reembolsan a los pacientes una parte de lo que el seguro nacional no reembolse.

Es decir, no hay desigualdades entre las regiones (debido a una descentralización mucho menos importante que en España).

Por otra parte, hay una reducción de todos los servicios públicos, incluyendo la salud lo que plantea el problema de la degradación de esos servicios.

Porcentaje de gasto sanitario público destinado a la AP en los presupuestos de las CCAA

Diferencia entre 2019 y 2022



De la misma maneja, hay una degradación de la atención primaria

El personal de primera línea está sobrecargado, desmotivado, físicamente y emocionalmente agotado, no pueden tratar a todos los pacientes de manera correcta. Es difícil obtener una cita. Cabe recordar que a los españoles (como a los franceses), no les gustan las citas telefónicas. Se observa una falta de recursos humanos. Eso conlleva un aumento del número de pacientes en los hospitales lo que provoca una crisis en Francia en el hospital y más concretamente en el servicio de urgencias. Debido a la falta de médicos, los pacientes recurren a las urgencias.

La escasez de enfermeras en los hospitales públicos ha obligado a cerrar muchos servicios de urgencias.

En Francia, por ejemplo, en el Hospital Universitario de Orleans, 76 enfermeras y camilleros estaban en "burn-out" entre el 28 de marzo y el 13 de mayo, o en Nevers, en la región de Nièvre, a mediados de abril, todas las matronas de la sala de maternidad estaban de baja por agotamiento profesional, lo que obligaba a las mujeres a dar a luz en los departamentos vecinos.

Según una encuesta flash realizada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria publicada en diciembre, el hospital perdió 784 enfermeras en octubre.

4. Atención primaria y servicios de primera línea: reivindicación popular

Tanto en España, como en Francia, más recursos humanos son requeridos. En España, los profesionales piden que una mayor proporción del PIB sea destinada a la sanidad. En Francia más recursos humanos y financieros ante las dificultades de contratación al personal médico y los sueldos bajos.

En respuesta a esta situación, los sindicatos y Partidos Políticos de cada país proponen medidas (que varían según sus ideas y política general) ante la administración.

A. Partidos políticos y sindicatos: intento de proposiciones que animan el debate público

En España, el **UGT**[1] propone un **aumento del gasto sanitario**, aumento de los presupuestos en sanidad llegando al **7,5% del PIB**. Afirma por otra parte que los centros de salud sean accesibles para todos para que el **Sistema Sanitario sea gratuito** en el acceso a todas las prestaciones. Por fin, está contra toda forma de privatización y defiende la Sanidad pública como una garantía de un acceso igualitario a la atención de la sanidad / es un instrumento para luchar contra las desigualdades entre las personas.

[1] UGT= Unión General de Trabajadoras y Trabajadores

Por otra parte, Pablo Iglesias, secretario general del partido **PODEMOS**[1] y candidato a la presidencia del gobierno ha recogido que si Podemos gobierna en 2023, “nos comprometemos a estar en el 7,5% del PIB” para financiar la sanidad pública.

Así que, piden pide también un aumento del gasto sanitario. Además, aparece en su programa la incorporación de un servicio de dentista gratuito a los servicios de sistema de salud pública. Por fin, urge cambiar la ley porque “la atención primaria esté siendo muy atacada y tenemos que protegerla”

El **PSOE**[2] pide un refuerzo de los servicios de atención telefónica, una recuperación de la prespecialidad en la atención primaria, un refuerzo de los servicios de Salud Pública y una vigilancia epidemiológica desde los propios centros de salud.

Califica la Atención Primaria como “la puerta de entrada al Sistema Nacional de salud” y como un “pilar fundamental y básico para el funcionamiento de nuestro sistema sanitario público, con servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que deben realizarse desde este nivel primario y local”

Por fin, el **PP**[3] pide una garantía de asistencia presencial médica y de enfermería, una no reducción de recursos sanitarios del mundo rural, y un aumento de la capacidad de resolución de la atención primaria, dotando a los centros de salud mayor capacidad diagnóstica y desarrollando totalmente la historia clínica de Área. Requiere también el establecimiento de centros de prevención públicos donde se garantice el acceso a pruebas gratuitas.

En Francia, “**Ensemble**” [1] propone continuar con el rescate del hospital público (contratar, aligerar la carga administrativa), implantar el cuarto año de prácticas para los médicos generalistas de zonas con pocos recursos. Por otra parte, propone la creación de un chequeo médico completo y gratuito en las edades clave de la vida (25, 45, 60 años)

El “**Parti Socialiste**”[2] propone de reforzar el papel del hospital público, de salvar el hospital público. Pide una salud para todos, en todas partes y que sea hecho prioridad en la prevención.

El “**France Insoumise**” [3] propone la creación del régimen “100% Sécu”, cuyo objetivo es reembolsar la totalidad del coste de los cuidados prescritos y denuncia enérgicamente el cierre masivo de camas en los servicios de urgencias.

Por fin, el “**Rassemblement national**”[4] quiere dar una prioridad nacional tras centrar el sistema de protección social en los franceses. Quiere dar más importancia a la prevención, en particular haciendo que los reconocimientos médicos escolares sean automáticos.

[1] Ensemble (anteriormente La République En Marche): Socio liberalismo, Europeísmo, Centro

[2] PS (Parti Socialiste) : partido de izquierda

[3] France insoumise : Partido de extrema izquierda, recientemente agrupado con otros partidos bajo el nombre de NUPES.

[4] RN (Rassemblement national) : partido de extrema derecha

[1] PODEMOS = partido de izquierda a extrema izquierda

[2] PSOE= Partido Socialista Obrero Español

[3] PP= Partido Popular, partido político liberal conservador

B. Administración: intento de respuesta ante el debate

En consecuencia, de esta situación, rebeldías sociales se observan en ambos países. En España, el movimiento "Salvemos la atención Primaria" organiza jornadas de debates, manifestaciones en las calles etc... De la misma manera se producen en Francia rebeldías del personal médico, manifestaciones en las calles, etc.

Para responder a ese problema, los servicios públicos ponen en marcha planes y estrategias.

El ministro español de la Salud puso en marcha el Plan de Atención Primaria y Comunitaria (2022-2023), y trabaja para disminuir las desigualdades entre las comunidades.

En Francia, el gobierno de Edouard Philipe lanzo una estrategia nacional de salud (2018,2022) "**prioridad de prevención**" centrada en la prevención, la información. Por otra parte, Emmanuel Macron anuncio recientemente que lanzará "**una misión de emergencia, una misión flash**" de un mes de duración para poder "dar respuestas muy fuertes este verano para consolidar nuestras emergencias en este periodo", lo que enfurece a sus opositores en plena crisis de los hospitales públicos = no les parece eficaz y adecuado para hacer frente a una situación de este tipo.

En suma, tanto en España como en Francia, los sistemas sanitarios de primera línea están explotando.

Ante la considerable falta de recursos, tanto humanos como financieros, este ámbito del servicio público está explotando, lo que provoca numerosas reivindicaciones de parte del personal médico (y de los ciudadanos).

En ambos países, los movimientos sociales están presentes y la atención primaria forma parte del debate público y político.

Mientras que en España se reclama mayoritariamente que se destine un mayor porcentaje del PIB al gasto sanitario publico, así como que se reduzcan las diferencias entre las comunidades autónomas, en Francia también se piden más medios económicos.

En definitiva, el sistema sanitario público en su rama de atención primaria está en crisis, ante una falta general de recursos en España como en Francia.

Conclusión

Después de haber estudiado los sistemas de sanidad pública español y francés, conviene concluir.

En primer lugar, los dos países tienen dos formas diferentes de organización estatal. Esta organización dará lugar a diferencias en la forma de tomar decisiones, en el ámbito del ejercicio de las competencias de cada autoridad.

Comprender correctamente quién tiene qué competencia y a qué nivel se toman las decisiones nos permite entender mejor cómo funcionan los sistemas de sanidad pública.

El Estado español tiene una forma de descentralización mucho más avanzada que el Estado francés, dando mucho más poder y libertad a las autoridades locales. Esto permitirá que la toma de decisiones se ajuste mucho más a las especificidades y necesidades locales.

Esto se ve en principio como una ventaja, porque se supone que cada decisión estará más adaptada al territorio, mientras que en Francia las decisiones se toman de forma unitaria, es decir, aplicables a todo el territorio sin tener en cuenta las distinciones locales.

Sin embargo, mientras que todos los ciudadanos franceses son iguales en cuanto al acceso a la asistencia sanitaria pública, no ocurre lo mismo con los españoles. De hecho, la financiación de la sanidad no es idéntica en todas las comunidades autónomas, lo que provoca desigualdades entre los españoles.

En esta búsqueda de la igualdad en la sanidad, tanto España como Francia han hecho grandes esfuerzos, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, para establecer un sistema de cobertura universal.

Estos sistemas evolucionarán, y cada país destinará una parte mayor o menor de su PIB a la financiación sanitaria. En este sentido, Francia destina una parte mayor de su PIB a la financiación de la sanidad pública que España y tiene un mayor gasto sanitario per capita, casi el doble, en este sentido el sistema sanitario público español demuestra ser mucho más eficiente.

Los sistemas tienden al mismo objetivo, el acceso igualitario y universal a la sanidad pública. Sin embargo, no funcionan de la misma manera. De hecho, mientras que España tiene un sistema totalmente público, Francia tiene un sistema mixto entre público y privado. Este es el caso de los reembolsos, por ejemplo.

Además, mientras que las cajas de enfermedad españolas se basan en los impuestos, el sistema francés también conlleva cotizaciones.

El sistema, en sus objetivos, se encarga de la salud de los propios ciudadanos. En este sentido, ambos países se enfrentan a obstáculos similares en materia de salud pública. El tabaco, el alcohol, la mala alimentación, la falta de actividad física, son factores de riesgo que están presentes en cada país.

Así, la prevención parece ser una acción importante y central en la política sanitaria española y francesa, con el objetivo de limitar las repercusiones en la salud de los ciudadanos a corto y largo plazo.

En primer lugar, España tiene una tasa de hospitalización evitable mejor que la de Francia, así como un mejor enfoque de la vacunación, que se ha confirmado recientemente con las cifras de la vacuna Covid. España está por delante de Francia en materia de prevención.

Sin embargo, la conciencia de la importancia de la prevención ha aumentado en Francia en los últimos años. En efecto, Francia pondrá en marcha el nutri-Score mucho antes que España. La cooperación interestatal que está surgiendo en torno al Nutri-Score demuestra que la salud pública no es sólo un asunto interno de cada país, sino una causa común y global.

En cuanto a la realidad infraestructural de los sistemas, cabe señalar que en España hay más médicos en proporción al número de habitantes que en Francia. Sin embargo, Francia tiene proporcionalmente más enfermeras. Del mismo modo, hay proporcionalmente más camas de hospital en Francia que en España.

Más allá de un simple análisis numérico, la realidad es que faltan recursos en los servicios sanitarios. Carencias humanas, financieras y materiales.

Ante unos servicios sanitarios en crisis, surgen revueltas populares y se escuchan tanto las voces de los profesionales con dificultades y como aquellas de los ciudadanos que exigen una mayor calidad de los servicios.

Los sistemas de salud pública están en constante evolución, y las organizaciones de salud pública, de derechos humanos, los sindicatos y los partidos políticos hacen propuestas y impulsan cambios frente a la administración.

Una administración también criticada por su gestión de la COVID.

Mientras ambos países se enfrentan a situaciones sin precedentes, con medidas urgentes a tomar, se debate el uso de regímenes excepcionales. De hecho, no hay que olvidar el marco legal que permitió la adopción de estas medidas. En ambos países, el ejecutivo ha visto aumentar considerablemente sus poderes, poniendo a veces en peligro la clara separación de poderes. Debemos ser cuidadosos, debemos permanecer alerta. Debemos preservar nuestras democracias, los derechos y libertades fundamentales de los ciudadanos.



Léa Benoit-Guyod, estudiante francesa en formación de Jurista Trilingüe en la Universidad Grenoble Alpes,
Junio 2022

FUENTES

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/financiacion08.pdf>

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm

<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2020/02/28/sobre-la-miseria-del-pueblo-como-madre-de-las-enfermedades/>

https://www.eldiario.es/sociedad/comunidades-dedicaran-2022-dinero-sanidad-siguen-lejos-grandes-paises-europeos_1_8621506.html

<https://www.redaccionmedica.com/autonomias/castilla-leon/pp-ciudadanos-es escenifican-reconciliacion-pnl-reforzar-atencion-primaria-4970>

<https://unidaspodemoscoin.org/mociones/2022-mociones/refuerzo-de-la-atencion-primaria-en-la-sexta-ola-de-la-covid/>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/>

<https://lepetitjournal.com/madrid/sante/le-systeme-de-sante-en-espagne-232903>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/iqss_2020_rapport_resultats_esatis48h_2020.pdf

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/ALL/?uri=celex:31992L0049>

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A12008E168>

<https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/eu-health-policy/>

<https://dieteticaynutricionweb.wordpress.com/2017/02/21/sistema-sanitario-publico-en-espana/>

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire>

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042223830/

https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/2019-03/20190307_preambule_constitution_1946.pdf

<https://fr.statista.com/infographie/12883/lits-hopitaux-disponibles-par-pays/>