

## Francia. Hospitales: médicos en lucha

***Numerosos médicos han dimitido a raíz de la nueva contrarreforma de los hospitales públicos y han denunciado el deterioro de los servicios públicos. Entre ellos se encuentra Laurent Sedel, jefe de servicio del hospital Lariboisière, de París.***

### **¿Dentro de qué lógica se sitúa la reforma de los hospitales públicos?**

Hace ya algunos años, los distintos gobiernos decidieron que la sanidad dejaría de ser asumida por la solidaridad nacional; habría un sistema con una mayor asunción individual del gasto. Eso significa que sólo tendrán acceso a él los más pudientes; quienes no puedan pagarlo dispondrán de una especie de beneficencia. Así pues, se va hacia un sistema: el estadounidense (que conozco muy bien por ir allí con frecuencia), del que precisamente quiere librarse Obama. Los únicos que tienen una idea muy clara de las cosas son los medios financieros. Las aseguradoras, en concreto, han comprendido muy bien el gran negocio que representa. En Francia se gasta aproximadamente un 11 % del PIB en sanidad y, en Estados Unidos, entre el 15 % y el 16 %. Así de simple es el cálculo para ellos: pueden ganar entre el 4 % y el 5 % del PIB. Actúan poco a poco, como en el caso de los cuidados dentales y las gafas, mercados con los que ya se han hecho. Disfrutan de un apoyo del Gobierno, presionado por un *lobby* financiero, como, por ejemplo, el coste diario de hospitalización, que aumentó 4 euros. Aquí, en mi servicio, la jornada cuesta 1.500 euros. ¿Y qué representan esos 4 euros? Permiten a las aseguradoras decirle al Gobierno: «Nos estáis asfixiando; hay que aumentar las primas». Al final, los asegurados tienen que pagar cada vez más y cada vez son menos los gastos reembolsados. Puedo dar el ejemplo de un colega estadounidense – me gusta citarlo, porque es ahí a donde nos dirigimos con estas reformas– al que, después de dos días de hospitalización por una afección cardíaca, le exigieron 122.000 dólares. La aseguradora reembolsa 30.000 dólares y el único recurso que tiene para que le devuelvan más es denunciarlo. Este colega estadounidense me suele decir que

la diferencia entre nuestros dos países es que, en Francia, la sanidad es un derecho y, en Estados Unidos, un lujo. Hacia eso vamos.

La convergencia de lo público y lo privado es uno de los puntos preocupantes de la reforma. Para nosotros, es totalmente irreal. Estas reformas son realizadas por personas que desconocen por completo el hospital público y las clínicas universitarias CHU1. Se necesita tiempo para formar al personal. Evidentemente, asistir a un interno en una operación me llevará más tiempo que si se trata de un cirujano con experiencia. Y ese tiempo no se puede reducir. En la sanidad privada acabamos funcionando como aseguradores; no como médicos. Se selecciona lo que resulta rentable y lo demás se deja para la sanidad pública. Es como en el sistema americano, en el que los hospitales públicos son hospitales de beneficencia, para pobres, que, además, se tienen que seguir haciendo cargo de las operaciones costosas y complicadas. Al final, contrariamente a lo que se nos dice, eso no reduce los costes de los hospitales públicos. Y en la privada, los precios se van a disparar.

### **¿Por qué dimitió en abril de 2009, después de «haberles hecho el juego» con la creación de los polos, y un gran número de colegas amenazan con hacer lo mismo que Ud.?**

Los polos son una creación de la penúltima ley. Esa ley tenía un cierto sentido, ya que reintroducía el poder médico.

Los polos contaban con un marco administrativo y un marco sanitario que permitía la reflexión conjunta sobre posibles cambios o reorganizaciones. En ellos se dio esa reflexión conjunta; se reunió a todo el personal en varias ocasiones y conseguimos realizar algunos cambios. Se creó, por ejemplo, la función del administrador de bloque para coordinar a todos los que intervenían en un bloque operatorio (unos diez) y lograr una mayor eficacia. El resultado fue que nuestra actividad aumentó un 10 % al año y los enfermos operados pasaron de 2.200 a 3.000. En ese cambio participaron todos los integrantes de los equipos: auxiliares de clínica, enfermeros, etc.

Pero entonces se produjo la deriva contable, como la llamo yo. El tesorero general, Éric Woerth, nos dijo que seguíamos gastando demasiado en personal y que había que recoger velas. Y así, hacia el mes de abril, me pidieron que suprimiera siete puestos. Nuestra actividad había aumentado sin medios adicionales; la ley preveía una participación de beneficios que permitía una prima y, por lo tanto, más salario, pero no nos lo concedieron. Entonces decidí dimitir.

**¿Son esas supresiones de puestos, pese al aumento de la actividad, las responsables de los accidentes de este verano, de los que tanto eco se están haciendo los medios de comunicación?**

Evidentemente, el trabajo va en aumento.... Pero no es sólo eso. Es, sobre todo, la cantidad de pequeños trámites de los que también se tiene que ocupar ahora el personal. Citaré un ejemplo concreto: hacemos gestión. Antes teníamos una cierta gestión que ha hecho que los camilleros que trabajaban para un servicio, a quienes conocíamos y con los que solíamos hablar, sean compartidos por todo el hospital. Ahora, para pedir una camilla, los enfermeros deben cumplimentar una solicitud informática en la que han de introducir una gran cantidad de datos, con la enorme pérdida de tiempo que eso supone para algo que antes se resolvía con una simple llamada y permitía dedicar más tiempo a los pacientes. El personal se quema, en parte, por culpa de todos esos trámites.

<http://www.npa2009.org/content/h%C3%B4pitaux-les-m%C3%A9decins-dans-la-lutte>