

# Sistema Nacional de Salud



*Cada país organiza su sistema sanitario de acuerdo con su capacidad económica y sus prioridades. En España, disponemos de un sistema financiado con fondos públicos al que prácticamente todos los habitantes pueden acceder, pero los recursos imponen limitaciones.*

Las distintas combinaciones de estos elementos y, en especial, los mecanismos de financiación, el nivel de cobertura y el papel que asume el Estado configuran distintos tipos de sistemas sanitarios (vea *Cuatro modelos*).

En España, nuestro sistema sanitario actual responde al esquema de Servicio Nacional de Salud, lo que implica un modelo de tipo universal y solidario. Sin embargo, no siempre fue así; para llegar a este punto se ha recorrido un largo camino.

## Historia de la sanidad española

Los comienzos del sistema sanitario español actual se pueden situar hacia el año 1942, cuando se instituyó la Seguridad Social. En sus comienzos, el Estado, los ayuntamientos y las diputaciones se encargaban sólo de algunos problemas de salud pública o de repercusión social, como la tuberculosis o las enfermedades mentales.

Funcionaba como un seguro obligatorio de enfermedad que cubría la medicina general y algunas cirugías. Las demás especialidades debían costearse de forma

“La salud es lo primero” se oye decir con frecuencia. Y qué razón tiene esta frase porque, para cualquier ser humano, gozar de buena salud es un objetivo primordial. Por eso, casi todas las sociedades organizan sistemas más o menos eficientes para cuidar de la salud de sus ciudadanos.

La configuración que adopta el sistema sanitario de cada país es el resultado de una evolución histórica y de la combinación de los valores culturales, sociales, políticos y económicos vigentes en esa sociedad. Obviamente, el nivel de desarrollo económico es determinante, pero también influyen otros factores más sutiles, como la importancia que

concede esa sociedad a la salud, lo que está dispuesta a invertir para conseguirla o la ideología dominante.

Todas estas condiciones pueden dar lugar a diferencias, pero hay varios elementos que son comunes a cualquier sistema: la *población* que debe ser atendida, los *prestadores de servicios* (centros sanitarios y profesionales de la salud), las *agencias aseguradoras*, que actúan como intermediarios entre los prestadores de servicios y la población creando un fondo que cubre los gastos en el momento en que se produce la enfermedad, y el *gobierno*, que debe regular el funcionamiento del sistema sanitario del país.

privada. Se financiaba con las cotizaciones de trabajadores y empresarios, de forma que, si no se cotizaba, no se tenía derecho a ser asistido. Las prestaciones se fueron ampliando con el tiempo, y la Seguridad Social se fue generalizando, sobre todo, en el periodo comprendido entre 1953 y 1962 con la incorporación de nuevos colectivos.

En 1978, se instaura el Instituto Nacional de la Salud (Insalud), la entidad que se encarga de gestionar la asistencia sanitaria dentro de la Seguridad Social. Ésta última es el organismo que se encarga de la protección social en general: la gestión de las pensiones, el desempleo, las prestaciones familiares, etc. En 1977, se estimaba que la sanidad pública ya cubría al 77% de la población. El salto definitivo al sistema sanitario actual se produjo en 1986 con la Ley General de Sanidad. A partir de ese momento, se abandona el modelo de seguro obligatorio y el Estado asume el papel de aseguradora, financiando los costes a través de los impuestos y no de las cotizaciones específicas. Esta ley instituye el actual Sistema Nacional de Salud (SNS), que comprende todos los

servicios sanitarios de la Administración central y de las comunidades autónomas. Con este cambio se consigue universalizar el sistema de forma que actualmente cubre a más del 98% de la población.

Con el tiempo, la gestión de la sanidad se ha descentralizado. Cataluña fue la primera comunidad en asumir las competencias (1981), seguida de Andalucía (1984), País Vasco y Comunidad Valenciana (1988), Galicia y Navarra (1991) y Canarias (1994). Las restantes comunidades las asumieron el 1 de enero de 2002.

## Objetivo: ser universal y eficiente

Esta evolución ha configurado en España un sistema público basado en la aportación solidaria de todos los ciudadanos, cuyos objetivos se cifran en:

- **Universalidad:** se trata de dar cobertura a todos los habitantes del país. No todos los sistemas se basan en este principio. Por ejemplo, en EE.UU. hay 37 millones de personas que carecen de seguro de cualquier tipo, mientras que

en la Comunidad Económica Europea el 98,5% tiene cobertura pública.

- **Equidad:** dado su carácter universal y solidario se le exige igualdad en el acceso para todos los habitantes, de manera que nadie se quede sin recibir asistencia en un plazo razonable por carecer de recursos o residir en una zona determinada.

- **Eficiencia:** se trata de obtener los mayores beneficios con el mínimo coste posible, pues la financiación con fondos públicos es un recurso limitado.

- **Mejoras objetivas en la salud de la población:** se miden con varios indicadores estandarizados como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad perinatal, la tasa de enfermedades crónicas, etc., que permiten evaluar y comparar las intervenciones.

- **Satisfacción de los usuarios:** se estima mediante encuestas y sondeos.

Los resultados muestran grandes diferencias de unos países a otros, que no parecen tener relación directa con un determinado modelo de sistema sanitario (vea gráfico *¿Cómo funciona el sistema sanitario de su país?* en pág. 14). ▶

## CUATRO MODELOS

Las diferentes formas de financiación, el nivel de prestaciones, la población cubierta y la relación que existe entre la población y la organización delimitan cuatro tipos básicos de sistemas sanitarios.

### Liberal

El usuario paga de forma directa y voluntaria a quien le presta el servicio. Así, cuando quiere acudir al médico, se dirige directamente a la consulta y le abona su precio al propio facultativo, no a una sociedad médica. La utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda. La prestación de servicios (consultas, hospitales, enfermería, etc.) es, sobre todo, privada.

*En todos los países existe este sistema, bien de forma predominante o coexistiendo con un sistema público. Es deseable que el sistema liberal no sea el único, pues con él sólo tiene acceso a la sanidad quien puede costearla.*

### Seguros voluntarios

Es una modalidad de sistema liberal en la que, para tener cobertura sanitaria, los usuarios contratan una póliza con una compañía aseguradora de su libre elección. Estas compañías pueden ser con fines lucrativos o sin ánimo de lucro. La prima que se debe pagar depende de las prestaciones contratadas y del riesgo de enfermar, por lo que suele aumentar a medida que lo hace la edad del asegurado. Generalmente, los asegurados pueden elegir entre la lista de profesionales y hospitales que ofrece la compañía.

*Países en que se aplica este sistema de forma predominante: Estados Unidos.*

### Seguros sociales obligatorios

Un grupo de la población o toda ella está obligada por ley a tener un seguro. Puede haber una única compañía aseguradora (muchas veces de carácter público) o varias, pero con unas condiciones básicas similares. La cuota es copagada por trabajadores y empleadores y se fija de forma proporcional a los salarios. Habitualmente, también hay una aportación con cargo a los presupuestos del Estado. Este modelo era el vigente en España antes de la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986.

*Algunos países en los que se aplica este sistema: Canadá, Países Bajos y Francia.*

### Servicio Nacional de Salud

El sistema se financia mediante los impuestos generales (en España, los que recaudan la Administración Central y las Comunidades Autónomas). Existe una red integrada de servicios de salud que cubre a toda la población, como ocurre en nuestro país, o a una parte de ella (por ejemplo, los veteranos de la guerra de Vietnam en Estados Unidos). Los trabajadores sanitarios son empleados del sistema y la gestión de los recursos la deciden los políticos y gestores.

*Algunos países en los que se aplica este sistema: España, Suecia, Reino Unido.*

## ► Listas de espera

Si atendemos a los objetivos marcados, no cabe duda de que el sistema sanitario público español ha avanzado espectacularmente en las últimas décadas. El acceso es prácticamente universal, pues actualmente menos de un 2% de la población necesita recurrir a la sanidad privada por no estar dado de alta en la Seguridad Social ni ser beneficiario de otra persona que lo esté. Las mejoras en la salud pública son constatables según diversos indicadores. La esperanza de vida al nacer es de 83,7 años para las mujeres y 77,2 para los hombres, lo que nos sitúa en el segundo puesto a nivel mundial. La mortalidad infantil es de tan solo 4,1 por cada 1.000 nacimientos. El informe sobre competitividad de los sistemas sanitarios publicado por la OMS en 2004 sitúa a España en el puesto número 7 en cuanto a la relación eficacia/coste. En efecto, los indicadores de salud son similares a los de otros países de nuestro entorno, mientras que el porcentaje del PIB que España dedica a la sanidad es inferior (vea gráfico *Inversión en sanidad*).

Sin embargo, la limitación de recursos tiene sus consecuencias. La proporción de médicos es de 3,3 por cada 1.000 habitantes (Bélgica, por poner un ejemplo, tiene 4,49) y hay sólo 37 camas de hospital por 1.000 habitantes, lo cual provoca la aparición de listas de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas con especialistas y pruebas diagnósticas (*Listas de espera en la Seguridad Social: grandes diferencias regionales*, OS nº 56, octubre 2004). En la atención primaria, las insuficiencias se traducen en el escasísimo tiempo que el médico de familia puede dedicar a cada paciente: en algunos centros, apenas 5 minutos por consulta. En consecuencia, los usuarios no se muestran totalmente satisfechos. En la encuesta realizada por la OCU en 2004 a 1.500 usuarios sobre centros de atención primaria, sólo en cuatro comunidades alcanzaban el notable (OS nº 53, abril 2004).

## Atención primaria

La sanidad pública española se organiza en dos niveles, según el modelo de atención primaria.

Los *servicios de Atención Primaria* constituyen el nivel de entrada a la

sanidad, al que todos los usuarios tienen libre acceso. Se prestan a través de los Centros de Salud o Consultorios, como se denominan en localidades pequeñas. Estos centros, tal como los conocemos hoy en día, con médicos y enfermeras trabajando a jornada completa, fueron establecidos en 1984, pues anteriormente los profesionales trabajaban en turnos de dos horas. Para ser atendidos por el médico de cabecera, el pediatra o el equipo de enfermería, los usuarios sólo tienen que pedir una cita por teléfono o en persona, que normalmente se concede en un plazo muy breve. En el Centro de Salud serán atendidos por su médico, quien, ayudándose de pruebas (análisis, radiografías...) si lo cree necesario, valorará el problema y decidirá si lo puede tratar él mismo o si conviene remitir al enfermo a un especialista, en cuyo caso extenderá un volante. Ocasionalmente, le puede enviar a las urgencias de un hospital para que reciba una atención inmediata. Hoy en día, los Centros de Salud están dotados de medios para atender los problemas de salud más frecuentes, pero sus tareas no se limitan a la curación de enfermedades, sino también a la prevención y la educación sanitaria. Así, los Centros de Salud se encargan de las vacunaciones, las revisiones para detección precoz de enfermedades, el control de factores de riesgo como la hipertensión o el colesterol, etc. El trabajo se desarrolla en un equipo

integrado por todos los médicos, enfermeras, matronas y administrativos que trabajan en el centro y se organiza de forma coordinada con los demás equipos que trabajan en la misma *área de salud*, las unidades geográficas en las que se estructura la asistencia sanitaria.

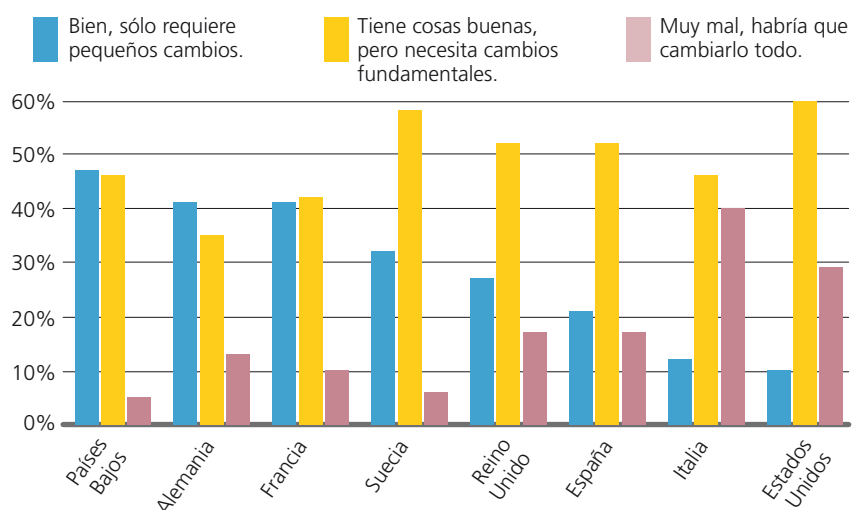
## Especialistas y hospitales

El segundo nivel de los servicios sanitarios, la *Asistencia Especializada*, está constituido tanto por los Centros de Especialidades o Ambulatorios en los que trabajan los médicos especialistas (cardiólogos, traumatólogos, ginecólogos, etc.) como por los hospitales, que pueden atender a través de sus consultas externas o mediante el ingreso de los pacientes.

A las consultas con los especialistas se debe acceder a través de la asistencia primaria, pues para ser citado hay que presentar el volante de petición de consulta extendido por el médico de cabecera.

Por otra parte, la forma programada de ingresar en un hospital es a través del médico especialista, quien cursará la petición al centro hospitalario. Ocasionalmente, una persona puede ser ingresada a través de los servicios de urgencias de los hospitales, a los que acude por iniciativa propia o a petición del médico, pero sólo se debe recurrir a ellos cuando se trate de una emergencia. Cada área de salud tiene asignado un

### ¿CÓMO FUNCIONA EL SISTEMA SANITARIO DE SU PAÍS? (%)



hospital de referencia, y puede haber otros centros con tareas específicas como la atención a enfermos terminales.

## La tarjeta sanitaria da acceso al SNS

El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria se extiende a todos los españoles y a los extranjeros residentes en el territorio nacional en los términos previstos en la ley. También tienen derecho los ciudadanos de la UE y de los países que tengan convenios bilaterales con España.

El acceso a los servicios se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual, expedida por el Servicio de Salud de la comunidad autónoma de residencia y que acredita como usuario del Sistema Nacional de Salud en cualquier lugar de España.

Cada usuario debe solicitar la tarjeta en su Centro de Salud, el que corresponda a su domicilio, pues así podrá recibir asistencia domiciliar si la precisa.

Le ofrecerán la posibilidad de elegir su médico de cabecera entre los facultativos de ese centro que tengan su cupo abierto, es decir, que no hayan cubierto ya el número máximo de pacientes que deben atender.

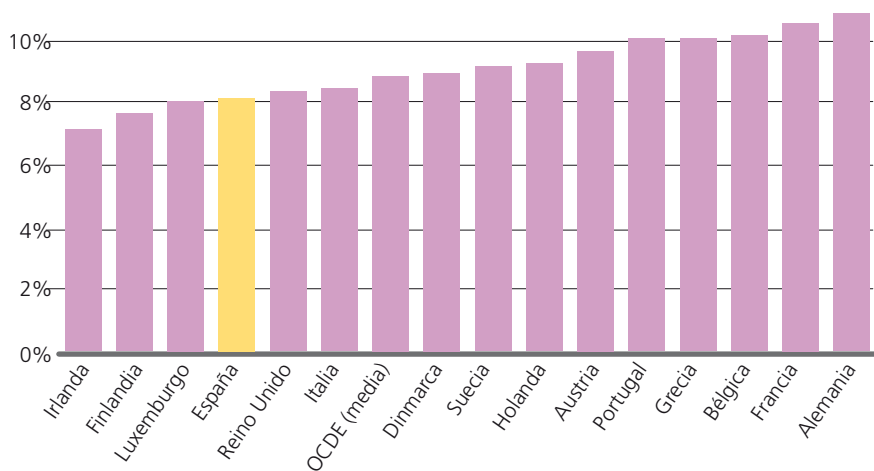
## Prestaciones según CC.AA.

Los titulares tienen derecho a las prestaciones que están recogidas en el catálogo del SNS, que se puede consultar a través de la página web del Ministerio de Sanidad, [www.msc.es](http://www.msc.es). Las comunidades autónomas, por su parte, pueden añadir prestaciones sobre este catálogo mínimo nacional, lo cual puede dar lugar a desigualdades según el lugar de residencia. Un caso muy sonado fue la decisión de incluir las operaciones de cambio de sexo en algunas comunidades y no en otras.

A grandes rasgos, el catálogo de prestaciones comunes se resumen en:

- Atención primaria: diagnóstico y tratamiento de enfermedades en consulta y en el domicilio del paciente si éste no puede desplazarse, actividades preventivas y educación sanitaria. Algunos centros cuentan con matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales.
- Atención especializada: además del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

## INVERSIÓN EN SANIDAD (% PIB)



de enfermedades, incluye las cirugías y los ingresos hospitalarios, el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, tratamiento del cáncer, trasplantes, etc.

- Prestación farmacéutica: los medicamentos y productos sanitarios que sean necesarios para el tratamiento, pero con el menor coste posible para los usuarios y para la comunidad. Las personas en activo tienen que costear una parte del precio, actualmente un 40% (excepto si están ingresadas en un hospital o son tratamientos crónicos), mientras que los jubilados y pensionistas reciben los medicamentos gratuitamente.
- Prótesis para sustituir a una parte del cuerpo (cadera, válvulas cardíacas), o para mejorar su función (corsés, collarines). Esta prestación está regulada por un catálogo específico.

- Transporte sanitario: desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente médicas que impidan ir en un medio ordinario de transporte o bien por una emergencia o una imposibilidad física.
- Productos dietéticos: se incluyen en ciertos trastornos metabólicos que necesitan alimentación por sonda. No se cubren los alimentos especiales para diabéticos, celfacos, etc.
- Información y documentación: derecho a que se le expidan los partes de baja laboral y los informes de salud exigidos por disposición legal (solicitud de ayudas, ingreso en residencias, petición de incapacidad, etc.), pero no los que se necesiten para actividades voluntarias como la práctica de deportes o la conducción. También deben expedir los certificados de defunción. ▶

## LA OCU RECLAMA

Las fortalezas del sistema sanitario público español –universalidad y acceso equitativo– pueden llegar a convertirse en sus debilidades: el reparto de unos recursos que por fuerza son limitados entre un gran número de usuarios provoca la aparición de las tristemente famosas listas de espera, el acortamiento de los tiempos de consulta, etc. Para mejorar el sistema actual y eliminar los desequilibrios entre oferta y demanda, es necesaria más inversión y un uso racional, concretados en algunas estrategias:

- Realización de estudios de evaluación económica para asignar los recursos de la forma más eficiente posible y sacar el mayor partido posible de ellos.
- Llevar a la práctica la Ley de Cohesión de forma que se eviten las desigualdades y se aseguren las mismas prestaciones básicas en todo el territorio.
- Potenciar el uso de genéricos con vistas a reducir el gasto farmacéutico y poder destinar los recursos a otros fines.
- Reforzar las campañas de prevención y educación sanitaria de la población, lo cual debe redundar en una mejoría de la salud y menor demanda de servicios.
- Limitar la facultad de las aseguradoras privadas para oponerse unilateralmente a la prórroga de los contratos.

## ► Derechos y deberes de los usuarios

Además de recibir las prestaciones del catálogo, los usuarios tienen otros derechos recogidos en la LGS, entre los que destacamos (consulte también *Autonomía y derechos del paciente*, OS nº 52, febrero 2004):

- respeto a su dignidad y a no ser discriminado por sexo, raza, capacidad económica, ideología, etc.;
- derecho a que se le informe de los servicios sanitarios disponibles;
- confidencialidad de sus datos clínicos y sobre su estancia en centros sanitarios;
- derecho a recibir información completa y comprensible, escrita y verbal sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- derecho a que quede constancia escrita de su proceso;
- derecho a elegir entre las distintas opciones de tratamiento, siendo necesario que firme un consentimiento informado para cualquier intervención. Si no está capacitado, el consentimiento se solicita a sus familiares;
- derecho a presentar reclamaciones y a recibir respuesta a ellas;
- derecho a elegir su médico según las condiciones establecidas en la Ley General de Sanidad.

Como es lógico, junto con los derechos, también hay algunas obligaciones. La fundamental es la de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones, especialmente, de los procedimientos de baja laboral y de incapacidad permanente de acuerdo con las necesidades reales de su salud. Los usuarios también deben comprometerse a respetar las normas de los centros, las instalaciones y, sobre todo, a las personas que en ellos trabajan y a los demás usuarios. Asimismo, deben cumplir las prescripciones sanitarias comunes a toda la población y firmar el documento de alta voluntaria si no aceptan los tratamientos propuestos.

## Se financia con los impuestos de todos

La sanidad es la segunda partida en importancia dentro del gasto social en España. A partir de 1986, se financia

a través de los impuestos de todos los españoles. En 1995, el 79% del presupuesto del Insalud ya procedía del Estado y el resto correspondía a las cotizaciones de trabajadores y empresarios. En 2000, el Estado ya aportaba el 100% del presupuesto. Tras el proceso de descentralización, las comunidades autónomas han recibido las competencias en materia sanitaria y la cesión de impuestos que son necesarios para financiarla.

La Administración Central aporta una parte del presupuesto sanitario de cada comunidad autónoma. El importe se decide atendiendo a criterios como el número de habitantes de la CA, número de personas con más de 65 años, la asistencia a desplazados de otras comunidades, etc.

El resto, hasta cubrir el gasto sanitario total, lo debe aportar la propia comunidad autónoma.

## ¿Y si viajo fuera?

La asistencia sanitaria cubre a los ciudadanos también cuando se desplazan fuera de nuestras fronteras.

**Países de la UE.** Hay que ir provisto de la Tarjeta Sanitaria Europea emitida por el INSS y mostrarla junto con un documento de identidad (DNI o pasaporte) para recibir asistencia.

La prestación abarca todo lo que sea necesario de un modo inmediato y que esté cubierto por el sistema de salud de ese país. La tarjeta tiene vigencia de 1 año para personas en activo y de 4 años para pensionistas y sus beneficiarios. Si abona alguna cantidad, podrá solicitar el reembolso en los Centros de Atención e Información de la Seguridad Social.

**Países con convenio bilateral.** Es necesario llevar un formulario especial para el país de destino, que se consigue en una oficina del INSS. Actualmente, tienen convenio Andorra, Chile, Paraguay, Brasil, Ecuador y Perú, aunque pueden incorporarse nuevos países en el futuro. En caso de que tenga una urgencia vital y no lleve consigo el formulario, deberá pagar los gastos y luego solicitar el reintegro en la Dirección General del Servicio de Salud de su comunidad autónoma.

**Países sin convenio.** Lo más recomendable es contratar un seguro privado. No obstante, si le tienen que atender por una urgencia vital, podrá

pedir el reembolso de los gastos en la Dirección General del Servicio de Salud de su comunidad autónoma.

## Sanidad privada

Junto al sistema público, en España existe una red de sanidad privada a la que se accede de forma voluntaria, bien sea por pago directo a los profesionales o, lo que es más frecuente, a través de aseguradoras privadas (Adeslas, Asisa, DKV, Sanitas, etc.). El pago de una cuota periódica da derecho a ser atendido por los profesionales de esa compañía.

Cada póliza ofrece su cobertura, sus periodos de carencia, sus exclusiones y su plantilla de profesionales y centros. De ahí la importancia de conocer en detalle las condiciones generales y particulares de la póliza (incluida la letra pequeña) antes de contratar.

Los usuarios pueden consultar directamente a los especialistas y, generalmente, las listas de espera son más reducidas que en la pública. Sin embargo, el riesgo de la sanidad privada es que muchas compañías se reservan el derecho a rescindir unilateralmente el contrato, con lo que al asegurado se puede quedar sin asistencia cuando más lo necesita (vea *Dinero y Derechos* nº 89, julio 2005).



### MÁS INFORMACIÓN

- CAISS, Centros de Atención e Información de la Seguridad Social: 900 166 565 (gratuito).
- Ministerio de Sanidad y Consumo, catálogo de prestaciones: [www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/home.htm](http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/home.htm)
- Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)
- Asistencia sanitaria en el extranjero: [www.madrid.org/guia\\_servicios\\_sanidad](http://www.madrid.org/guia_servicios_sanidad)