

UD1. ORGANIZACIÓN DO SISTEMA SANITARIO

1. INTRODUCCIÓN

A saúde dunha poboación está influenciada por multitude de factores, coñecidos como determinantes da saúde. Entre estes factores atópanse, por exemplo, a xenética do individuo, as condicións nas que vive, o seu estilo de vida, ou o sistema sanitario ao que pertence o usuario.

O presente tema céntrase precisamente na organización dun destes determinantes: o sistema sanitario en España.

2. DIFERENZA ENTRE SISTEMA DE SAÚDE/SANITARIO E SERVIZO DE SAÚDE

O sistema sanitario inclúe tanto o sector público como o privado, as políticas de saúde, o financiamento, a planificación e a coordinación xeral.

Exemplo: O **Sistema Nacional de Saúde** en España, ou o **Sistema Único de Saúde (SUS)** en Brasil.

O servizo de saúde refírese a unha **entidade ou unidade concreta** dentro do sistema que presta atención directa á xente.

Exemplo: SERGAS en Galiza, SERMAS en Madrid, SESPA en Asturias, IBSALUT en Islas Baleares, SAS en Andalucía...

3. MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS

3.1 Modelo liberal ou de mercado

Este modelo caracterízase por presentar unha financiación privada mediante pagamento directo entre o receptor do servizo e o provedor. Básase, polo tanto, na lei da oferta e a demanda. A cobertura asistencial é desigual, pois a demanda asistencial e a súa calidade dependen do nivel adquisitivo do individuo. Ademais, existe unha distribución desigual da oferta de servizos en función da súa demanda. Así, as zonas urbanas con maior demanda presentan unha maior oferta de servizos. Os Estados Unidos son o exemplo clásico de país cun modelo de saúde liberal.

3.2 Modelo de seguros voluntarios privados

Neste modelo, a asistencia sanitaria contrátase previamente nunha póliza médica a través de compañías aseguradoras que actúan como intermediarias entre usuario e provedor de servizos. As prestacións médicas incluídas dependerán da cota contratada. Neste caso, a cobertura sanitaria tampouco é universal, xa que depende tamén do poder adquisitivo do individuo. Ademais, aqueles servizos máis custosos non adoitan ser ofrecidos polas aseguradoras por cuestións de rendibilidade. En España existen seguros de saúde voluntarios como Sanitas ou Adeslas, entre outros.

3.3 Modelo de seguridade social obrigatoria ou modelo “Bismark”

Este modelo implantouse por primeira vez en Alemania a finais do século XIX, polo gobernador Otto Von Bismark (de ahí o seu nome). Neste modelo o financiamento da asistencia sanitaria é tripartito: está financiado nunha parte polo estado, e noutra parte por cotas obrigatorias que pagan, tanto os empresarios como os traballadores. Xeralmente, neste modelo funciona como un xestor e son, en realidade, empresas privadas as que prestan o servizo sanitario. É dicir, o estado encárgase de recoller o financiamento a través de cotas obrigatorias e logo canalízaos a profesionais privados e vela pola armonización do sistema. Considérase **parcialmente universal**, xa que unha persoa que carece de traballo ou en situación de pobreza soamente opta a unha cobertura moi limitada. É o sistema predominante nos países de Europa occidental: Francia, Alemania, Suíza, Austria, Bélxica, Luxemburgo e Holanda. España adoptou tamén este modelo desde o ano 1942 ata 1986.

3.4 Modelo de sistema nacional de saúde ou modelo Beveridge

Neste modelo, a asistencia sanitaria é financiada integramente polo Estado a través dos orzamentos xerais. Ofrece unha cobertura universal baseada na equidade. Ademais, ofrece unha asistencia integrada que inclúe promoción, prevención, curación e rehabilitación. Como contrapartida, a asistencia está condicionada pola dispoñibilidade do servizo e a súa accesibilidade para a poboación. Este modelo predomina en países como Irlanda, Reino Unido, Dinamarca, Finlandia, Suecia, Italia, Portugal e España desde 1986.

3.5 Modelo de asistencia pública e beneficencia

Por último, o modelo de beneficencia representa un modelo de asistencia complementario ao resto e dirixido á poboación sen recursos, que non ten garantida a atención sanitaria (por exemplo migrantes sen documentación). A súa financiación pode ser pública ou privada, a través de fundacións, organizacións non gobernamentais, relixiosas... Neste caso, a asistencia oriéntase xeralmente á saúde pública. É un modelo propio de países subdesenvolvidos. Nos países desenvolvidos estas organizacións tamén traballan “enchendo os ocos” que o Sistema de Saúde non alcanza. Exemplos: Médicos sen fronteiras, Cruz vermella, Cáritas diocesana...

4. HISTORIA DO SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

4.1. Primeiros sistemas de saúde en España

A comezos dos séculos V-XV, os traballadores organizáronse en confradías e gremios, nos que, mediante achegas económicas de cada un dos integrantes, contrataban atención sanitaria para os seus membros. Os gremios eran os encargados de contratar un médico para atender aos seus socios e familiares, sendo retribuídos por iso mediante un sistema que cubría a atención sanitaria con independencia do estado de saúde, e segundo o número de gremialistas, coa característica de “todos

por igual”, de aquí o termo *iguales*. Ademais, a beneficencia pública era moi común, ofrecendo asistencia sanitaria aos máis desfavorecidos.

4.2. Seguridade social en España

Dende finais do século XIX ata o XX prodúcese grandes cambios en diferentes países de Europa. En concreto, en Alemaña, prodúcese un gran empeoramento da situación dos traballadores debido á crise económica de 1884, o crecemento das zonas industriais, a incorporación ao traballo de mulleres e nenos... Ante esta situación, o chanceler Otto von Bismarck presentou un “aseguramento para os traballadores”, creando así o primeiro sistema de Seguridade Social. Cómpre lembrar que a Seguridade Social é un sistema de saúde financiado de forma tripartita, no que participan o Estado, o empresario e o traballador.

En 1908 créase en España o primeiro xermolo do futuro SNS, o denominado Instituto Nacional de Previsión (INP) con fins de “difundir e inculcar a previsión popular, especialmente a realizada en forma de pensións de retiro”. Constitúe o primeiro paso dado no noso país en materia de política de previsión social.

A sanidade organízase, nun primeiro momento, en base a un modelo de Seguro Obrigatorio de Enfermidade (SOE) que dependía do INP, modelo semellante ao de Bismarck, aínda que tiña unha diferenza moi significativa en comparación con outros modelos europeos: a creación dunha rede moi extensa de ambulatorios onde se realizaba a maior porcentaxe de consultas médicas e a maioría de intervencións cirúrxicas pequenas, ademais de hospitais de menor ou maior tamaño. A partir deste momento empezan a xurdir diferentes seguros sociais obrigatorios (ademais do SOE): seguro por accidentes de traballo, seguro de maternidade, seguro por invalidez...

En 1974 publícase a Lei Xeral de Seguridade Social, que incluía dentro da Seguridade Social a traballadores (por conta allea ou autónomos, socios de cooperativas, empregados do fogar), estudantes, pensionistas e funcionarios públicos, civís e militares. A afiliación á Seguridade Social era obrigatoria. Ofrecía tamén cobertura sanitaria aos familiares ou asimilados que estaban ao cargo destas persoas. É dicir, en 1974, coa Lei Xeral de Seguridade Social, aumenta a cobertura do SOE.

En 1978 promúlgase a Constitución Española, na que se inclúe o dereito á protección da saúde no artigo 43, que di: “todos os cidadáns teñen dereito á protección da saúde e os poderes públicos deberán tomar as medidas oportunas para satisfacelo”. Nese ano ponse fin á longa traxectoria do INP e do mutualismo laboral, e créanse as entidades xestoras onde se integraron: INSS, IMSERSO, INSALUD, INEM, a Tesourería Xeral da Seguridade Social, conservándose a colaboración coas mutuas patronais de accidentes de traballo e enfermidades profesionais.

Coa creación do INSALUD pasouse de prestar servizo a traballadores a cubrir o conxunto da poboación, incluídos inmigrantes en situación irregular no país.

4.3. Lei Xeral de Sanidade de 1986

En 1986, a Lei Xeral de Sanidade supón un cambio radical. Desenvolve en profundidade o dereito incluído no artigo 43 da Constitución Española (1978).

Dende ese momento, todos os cidadáns españois e estranxeiros residentes en España tiñan dereito a unha atención sanitaria, independentemente de se traballaban ou non. Mais xorde un primeiro problema: para a Seguridade Social, financiar unha sanidade universal coas cotizacións dos traballadores era imposible. Por este motivo, quebra a Seguridade Social e a sanidade decide desvincularse. Dende entón, a Sanidade pasa a financiarse a través dos impostos de TODOS os cidadáns (IVA, IRPF e impostos especiais). É dicir, é financiada polo Estado, o que se coñece como **Sistema Nacional de Saúde**.

Dende ese momento, a Seguridade Social en España ofrece unicamente prestacións económicas (desemprego a través do SEPE: en casos de incapacidade laboral, xubilación ou baixa por maternidade a través do INSS, invalidez, asignación por fillos ao cargo...) e prestacións sociais (terceira idade a través do IMSERSO, persoas con discapacidade física e psíquica e poboación marxinal). Só se relaciona con prestacións sanitarias en caso de incapacidade laboral, accidentes laborais e enfermidades profesionais.

Porén, existe unha tendencia a utilizar o termo Seguridade Social erradamente e relacionar directamente con Sanidade Pública. Empregar, por exemplo, a expresión “o médico da Seguridade Social” é completamente incorrecto. Como dixemos, hoxe en día, a Sanidade Pública finánciase pola vía fiscal, isto é: mediante o IVA, o IRPF, o imposto de sociedades e os impostos especiais sobre o alcohol, o tabaco ou o carburante. Pola súa parte, a Seguridade Social finánciase a través das cotas dos traballadores.

Durante os anos 90 realízase a transferencia das competencias en saúde ás distintas CCAA. É un proceso que se leva a cabo paulatinamente e culmina no ano 2002. Nese ano desaparece totalmente o INSLUD e cada Comunidade Autónoma ten o seu propio servizo de saúde, agás Ceuta e Melilla que son xestionadas polo INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitario).

4.4. ESQUEMA DO SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

