



CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y
Cooperativa, nº 4, junio-septiembre 1988, pp. 163-174

La organización sanitaria española

Lluís Bohigas i Santasusagna

Dr. Gral. de Ordenación y planificación Sanitaria (e.f.) del Dpto. de Sanidad de la
Generalitat de Catalunya

CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa
ISSN: 0213-8093. © 1988 CIRIEC-España
www.ciriec.es www.uv.es/reciriec

LA ORGANIZACIÓN SANITARIA ESPAÑOLA

Lluís Bohigas i Santasusagna

**Dr. Gral. de Ordenación y Planificación Sanitaria (e.f.)
del Dpto. de Sanidad de la Generalitat de Cataluña**

- Introducción
- La asistencia sanitaria de la Seguridad Social
- El sector Hospitalario

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario está formado por el conjunto de instituciones que financian y proveen sanidad, así como las relaciones que se producen entre ellas. La definición de este sector es a veces difícil por la existencia de otras instituciones que poseen aspectos sanitarios como por ejemplo los clubs deportivos o bien las residencias de ancianos. M. Rodríguez (1) propone definir el sector sanitario en base a tres criterios: que la persona que realice la función tenga una calificación profesional de sanitario, que la institución sea calificada como sanitaria y tercero, que el objetivo de la acción sea la salud.

La organización sanitaria puede analizarse desde dos puntos de vista, el del financiador del sistema o el de la provisión de servicios. La financiación del sistema sanitario se realiza mediante cuatro vías fundamentales: impuestos, cotizaciones de la Seguridad Social, seguros voluntarios y contribuciones directas. El sistema de provisión de servicios se basa en tres elementos básicos: el hospital, la asistencia primaria y la farmacia.

En España el sistema de financiación más importante es la Seguridad Social que financia el 56,6% del gasto sanitario, el 18,7% es financiado por impuestos y entre los seguros y el pago directo se financia el resto del gasto (Cuadro n.º 1). Entre las entidades proveedoras de servicios sanitarios el papel preeminente corresponde al hospital. El gasto en hospitales asciende a la mitad del gasto total, la atención primaria consume el 30% del gasto y la farmacia alrededor de un 20%.

Algunas entidades financieras han establecido sus propias redes asistenciales, como es el caso de la Seguridad Social que es propietaria de una red de hospitales y ambulatorios, o bien las Diputaciones que poseen hospitales psiquiátricos o bien algunas mutuas que disponen de sus propios centros. En el resto de casos el financiador realiza una tarea puramente financiera, mientras el proveedor provee los servicios. La propiedad de servicios sanitarios por parte de entes financiadores sólo se produce en el caso de la asistencia hospitalaria y la

La Seguridad Social financia el 56,6% del gasto sanitario en España

(1) Rodríguez, Marisol: La Despensa Sanitaria a Catalunya, 1981. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Barcelona, 1986.

primaria, pues las farmacias siempre son entidades independientes.

CUADRO N.º 1

GASTO SANITARIO EN ESPAÑA, 1987 (millones ptas.)		
Administraciones públicas	436,8	18,7%
INSALUD	1.322,9	56,6%
Seguro voluntario y pago directo	579,0	24,7%
TOTAL	2.338,7	100,0%

FUENTE: Elola, J.; Mengual, E.; Velayos, J.: Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura. Jano, julio 1988.

Un ente financiador se distingue por la forma de adquirir los recursos (cuotas, etc.), por la forma de pagar al proveedor (tarifa, presupuestos, etc.) y por las prestaciones que cubre (derechos de las personas protegidas). En el Cuadro n.º 2 se presenta la cobertura según los diferentes entes financiadores. Algunos de ellos hacen funciones por encargo de otros entes financiadores. Este es el caso de las Mútuas de Funcionarios Civiles del Estado que no disponen de red de servicios propia sino que permiten a sus asociados utilizar otra Mútua secundaria y la Mútua de Funcionarios paga una cantidad económica a la Mútua escogida por su asociado.

CUADRO N.º 2

COBERTURA SANITARIA POR DIFERENTES ENTES FINANCIADORES, 1987	
<i>Ente Asegurador</i>	<i>Valor estimado</i>
Seguridad Social	90,5
Mutualidades (Seguridad Social)	2,8
Mutualidades (privadas)	3,0
Beneficiencia	0,9
TOTAL cobertura pública	97,1

FUENTE: Elola, J.; Mengual, E.; Velayos, J.: Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura. Jano, julio 1988.

Los entes financiadores se dividen en públicos y privados. Son públicos los que se financian con impuestos y cuotas de Seguridad Social, son privados los que se financian con contribuciones voluntarias. Los centros sanitarios son también públicos o privados según que su propietario tenga la titularidad pública o privada.

El sistema sanitario es muy complejo y se necesitarían libros enteros para describir todos los entes financiadores y las características fundamentales de los proveedores. En el contexto de este trabajo describiremos a un ente financiero, que además posee una red asistencial propia muy importante: la Seguridad Social, y a un tipo de proveedor muy característico del sistema sanitario y que es el que consume más recursos del sistema: el hospital.

LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La provisión de servicios sanitarios por parte de la Seguridad Social nace el año 1942 con la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Este seguro fué diseñado para cubrir la asistencia sanitaria de los trabajadores con unos salarios anuales inferiores a las 9.000 ptas. Posteriormente la cobertura del Seguro de Enfermedad se fué extendiendo a todo tipo de trabajadores. Recientemente se han incorporado algunos colectivos importantes como los trabajadores autónomos y los hijos menores de 26 años en situación de paro.

La gestión del Seguro Obligatorio de Enfermedad fué encargada al Instituto Nacional de Previsión (INP), esta institución fué creada el año 1908 para gestionar seguros sociales, Uno de los primeros seguros fué el Retiro Obrero (jubilación), y uno de los últimos ha sido el seguro de desempleo. El año 1978 se crean varios institutos especializados para gestionar las distintas funciones de la Seguridad Social. El tema sanitario se encarga a un nuevo instituto denominados Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que depende del recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. A partir de 1981 se inician las transferencias de la gestión sanitaria de la seguridad Social

Catalunya, Andalucía, Euskadi y Valencia son las Comunidades que tienen transferida la gestión sanitaria de la Seguridad Social. Gestionando la asistencia sanitaria de más de la mitad de la población española

a las Autonomías. Catalunya es la primera en recibir esta transferencia y le siguen Andalucía en 1984 y Euskadi y Valencia a principios de 1988. Estas cuatro autonomías gestionan la asistencia sanitaria de más de la mitad de la población española.

Dentro del Sistema de la Seguridad Social, el INSALUD no realiza la totalidad de la actividad sanitaria, pues existen otras instituciones encargadas de aspectos asistenciales específicos. Este es el caso del Instituto Social de la Marina, que cubre a los trabajadores del Mar y dispone de su propia red de centros asistenciales. Otro grupo de entidades es el de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo que cubren el riesgo de accidente laboral y también disponen de sus propios centros asistenciales. Finalmente existen las entidades colaboradoras, que son instituciones que ofrecen asistencia sanitaria a sus empleados. Este es el caso de numerosos hospitales.

Algunos colectivos protegidos por la seguridad social tienen un sistema de gestión específico y fuera del sistema normal. Este es el caso de diversos cuerpos de funcionarios que disponen de sus propias mutuas: Mutualidades de funcionarios de la administración civil del estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL) y Mutualidad General Judicial. Estas Mutualidades no disponen de centros asistenciales propios y permiten a sus asociados escoger entre la atención por el INSALUD o bien por determinadas Mutuas privadas.

El primer servicio que ofreció el SOE fue la medicina de cabecera. Un médico de cabecera atiende a una lista de titulares de cartilla que le son asignados así como a sus beneficiarios, excepto a los niños de menos de 7 años que son atendidos por el pediatra. Un pediatra atiende a los niños de los beneficiarios de dos o tres médicos de cabecera. En las áreas rurales no suele haber pediatra y el médico de cabecera quien realiza estas funciones. El titular de la cartilla está adscrito a un ATS de zona.

El médico de cabecera presta sus servicios profesionales, requiere la intervención de especialistas, expide recetas farmacéuticas y firma altas y bajas laborales. El

horario de la medicina de cabecera es de las 9 de la mañana a las 5 de la tarde, excepto fiestas y domingos. Dentro de este horario el médico dedica dos horas y media a la atención en consultorio y está disponible para realizar las visitas domiciliarias que se le soliciten. En las áreas rurales es el médico titular de Asistencia Pública Domiciliaria quien recibe automáticamente las cartillas de los titulares de su población.

Fuera del horario del médico de cabecera, la asistencia se presta a través de los servicios de urgencias, que están organizados en tres niveles asistenciales de acuerdo con el tamaño de la población protegida. El primer nivel corresponde a las poblaciones con menos de 5.000 titulares y es el propio médico de cabecera quien presta la asistencia urgente. Varios médicos de cabecera pueden agruparse y formar turnos de guardia. El segundo nivel corresponde a los municipios con más de 5.000 titulares y menos de 90.000 y consiste en un servicio específico denominado Servicio Ordinario de Urgencias. Este servicio dispone de médicos, ATS y celadores, en número proporcional a la población atendida. Las poblaciones con más de 90.000 titulares disponen de Servicios Especiales de Urgencias, formados por un centro directivo que recibe los avisos telefónicos y los distribuye a diversos centros periféricos, donde están situados los médicos con medios de transporte propios del Servicio.

El titular de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social es el trabajador o el pensionista que recibe un documento acreditativo denominado «cartilla», en el que se relacionan el titular de la misma y los beneficiarios. Cada titular está adscrito a un médico de cabecera, y este cobra unos honorarios mensuales en función del número de titulares que tiene en su lista. El número de titulares por médico está limitado reglamentariamente entre 750 y 1.000, pero estos límites se superan en algunos casos. En las poblaciones pequeñas el número de habitantes no llega a veces ni al límite inferior, mientras que en poblaciones grandes a veces se supera el límite superior.

El número de titulares que un médico tiene en su lista es un indicador limitado de la carga de trabajo asistencial.

Con la reforma de la atención primaria se persigue el trabajo en equipo en centros de salud que, además de la asistencia, se ocupen de la prevención y la educación sanitaria

ya que el número de beneficiarios por titular es variable según las áreas. Pero incluso un mismo número de titulares y beneficiarios puede suponer diferente carga asistencia dependiendo de las características sociodemográficas de la población (edad, sexo, nivel de renta, etc.).

La situación de la atención primaria está en proceso de cambio, con la reforma de la atención primaria. El objetivo es construir equipos de atención primaria, que trabajen en un centro de salud y atiendan a la población que habite en una zona básica de salud. El objetivo de esta reforma es fomentar el trabajo en equipo, fomentar que este equipo no tan solo se dedique a la asistencia sino también a la prevención y a la educación sanitaria, y que sea capaz de realizar diagnósticos de salud de la población que está bajo su responsabilidad.

Otro tipo de servicio que ofrece la Seguridad Social es la asistencia especializada, con quince especialidades diferentes. Las especialidades están agrupadas por niveles, el primer nivel lo forman las especialidades de: digestivo, cirugía, pulmón y corazón, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, odontología, radiología y análisis clínicos. El segundo nivel está formado por: dermatología, urología, ginecología y neuropsiquiatría. el tercer nivel comprende una única especialidad la endocrinología.

Un grupo de especialistas del primer nivel forman una pirámide y atienden a los titulares y beneficiarios de 10-11 médicos de cabecera, el segundo nivel atiende a los beneficiarios de 20-22 médicos de cabecera y el tercer nivel corresponde a 50 médicos. La relación entre el cabecera y los especialistas es vinculada y un cambio de médico de cabecera supone un cambio de todos los especialistas si el segundo cabecera pertenece a otra pirámide.

Históricamente los especialistas de la Seguridad Social actuaban en los centros hospitalarios siguiendo una fórmula abierta, es decir, hospitalizaban y trataban en el hospital a los pacientes que veían en el ambulatorio. Cuando los hospitales contratan a sus propios médicos (se jerarquizan), los médicos de ambulatorio ven limitado su acceso al hospital y pierde mucho sentido su función asistencial. Posteriormente al desarrollarse las consultas

*Los ambulatorios se
convertiran en
consultas externas
descentralizadas
del hospital*

externas de los hospitales, el Ambulatorio realiza las funciones de filtro del hospital.

La reforma recientemente iniciada en los ambulatorios tiene como objetivo modificar esta situación y por esto vincula los ambulatorios a hospitales de referencia. Los ambulatorios se convertirán de esta forma en consultas externas descentralizadas del hospital.

La división de especialidades que existe en los ambulatorios es algo anticuada, y presenta especialidades que no están reconocidas por la Comisión Nacional de especialidades como son las de pulmón y corazón y neuro-psiquiatría.

Los centros donde se prestan atenciones extrahospitalarias se denominan ambulatorios si trabajan médicos especialistas y consultorios si sólo trabajan médicos de cabecera. En el caso de las zonas rurales, el médico puede trabajar en el consultorio municipal o bien en su casa. En este último caso recibe de la Seguridad Social una compensación económica. Con la reforma de la atención primaria estos centros pasan a denominarse centros de salud.

La asistencia hospitalaria de la Seguridad Social se configura a partir de los años 40 con la construcción de una red propia de centros hospitalarios. En aquella época la mayoría de hospitales estaban muy deteriorados y tenían poca calidad asistencial y hotelera. Para obviar cualquier comparación con los hospitales existentes se evitó el nombre de hospital en los nuevos centros. Los centros que se construyeron fueron de tres tipos: Ciudades Sanitarias que agrupan varios centros especializados, Residencia Sanitarias que son hospitales generales y Centros Especializados. La política inicial fue construir grandes centros hospitalarios en las capitales de provincia. Posteriormente se inició la política de construir centros más pequeños en otras ciudades que se denominaron Residencias Comarcales.

En los lugares donde la Seguridad Social no dispone de suficientes camas propias, concierta centros públicos y privados. Entre estos conciertos destacan los de los hospitales clínicos y los pertenecientes a la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, pertenecientes ambos

al Estado, y que progresivamente se han ido integrando a la red de la Seguridad Social.

En el Cuadro n.º 3, se presenta el presupuesto del año 1987 del INSALUD.

CUADRO N.º 3

COMPARACIÓN ANTEPROYECTO PRESUPUESTO 1988 PRESUPUESTO INICIAL 1987. CLASIFICACIÓN ECONÓMICA				
CAPÍTULO	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO		
		1988	1987*	INCREM.
1	Personal	724.516	596.851	21,89
2	B. Corrientes y Ser- vicios	195.325	152.823	27,81
3	Conciertos	162.716	153.070	6,30
4	Transf. Corrientes	16.216	14.054	15,38
5	Farmacia	165.164	183.168	9,83
6	Amortizaciones	15.621	10.109	54,53
7	Inver. Reales	65.604	44.053	48,92
8-9	Activos/Pasivos Fi- nancieros	2.471	890	177,63
TOTAL PRESUPUESTO		1.350.635*	1.155.018*	16,94

* Cantidades con exponencial 10⁶

Una prestación muy utilizada por los beneficiarios de la Seguridad Social, incluso por aquellos que no la utilizan habitualmente es la prestación farmacéutica. El usuario paga un 40% del valor del producto farmacéutico, excepto en el caso que sea pensionista que no paga nada. Tampoco se pagan algunos medicamentos considerados esenciales.

La Seguridad Social también facilita otras prestaciones como son la diálisis, las prótesis, el transporte sanitario, etc.

CUADRO N.º 4

CENTROS HOSPITALARIOS SEGÚN DEPENDENCIA PATRIMONIAL				
<i>Dependencia</i>	<i>N.º de centros</i>	<i>% N.º de centros</i>	<i>N.º de camas</i>	<i>%</i>
Seguridad Social	129	11,4	61.125	28,3
A.I.S.N.	80	7,1	16.092	7,4
M.º Educación	11	1,0	9.334	4,3
M.º Justicia	3	0,2	650	0,3
M.º Defensa	51	4,5	11.004	5,1
Otros Admón. Central	1	0,1	96	0,1
Admón. Territorial	172	15,2	50.710	23,5
Cruz Roja Española	34	3,0	3.443	1,6
Iglesia	62	5,5	14.584	6,8
Beneficencia Particular	63	5,5	9.448	4,3
Particulares	524	0,3	39.199	18,1
Otros	4	0,3	325	0,2
TOTAL	1.134	100,0	216.010	100,0

FUENTE: Catálogo Nacional de Hospitales, 1981 (elaborado por la Ponencia Económica de la Ley General de Sanidad).

El sector hospitalario español dispone de más de 1.000 centros y de 200.000 camas

EL SECTOR HOSPITALARIO

El sector hospitalario español está formado por más de mil centros de tamaños variados y que en conjunto disponen de más de 200.000 camas. Casi la mitad de los centros pertenecen a particulares, Cuadro n.º 4. Estos centros son en general pequeños, alrededor de 75 camas de media. La entidad propietaria de mayor número de centros hospitalarios es la Seguridad Social que posee el 11% de los centros del país. Estos centros tienen en promedio casi las quinientas camas. La Seguridad Social posee el 28% de las camas del país. La administración territorial, especialmente las Diputaciones disponen de gran número de centros y son el segundo propietario de camas del país. Un buen número de centros provinciales son

*Una de cada cinco
camas hospitalarias
es psiquiátrica*

psiquiátricos. Cabe destacar el variado número de instituciones diferentes que poseen hospitales.

La mitad de las camas hospitalarias están situadas en hospitales generales, Cuadro n.º 5. Las camas psiquiátricas son un número importante, una de cada cinco camas hospitalarias es psiquiátrica. Más de 10.000 camas pertenecen a hospitales del torax. Esta especialidad fué muy popular cuando la tuberculosis era una enfermedad importante y su tratamiento era poco conocido. En la actualidad la mayoría de estas camas son obsoletas.

CUADRO N.º 5

CAMAS HOSPITALARIAS SEGÚN FUNCIÓN DEL CENTRO, 1981	
FUNCIÓN	%
Generales	52,2
Quirúrgicos	11,7
Psiquiátricos	20,3
Torax	4,9
Maternidades	1,3
Infantiles	1,3
Otros	3,2
M.º Defensa	5,2
TOTAL	100,0

FUENTE: Catálogo Nacional de Hospitales.

*El total de personal
del sector
hospitalario es
superior a los
250.000*

El total de personal del sector hospitalario es superior a los 250.000, Cuadro n.º 6. La estadística que figura en el Cuadro es algo antigua y se puede razonablemente afirmar que la cifra actual debe ser superior. Un 45% del personal trabaja en instituciones de la Seguridad Social.

Los hospitales propiedad de la Seguridad Social y los administrados por la misma, eran 136 en 1985 y disponían de 49.663 camas. Esta dotación de camas representaba un índice de 1,95 camas por mil habitantes. Este número de

camas era insuficiente para atender a la demanda de los beneficiarios de la Seguridad Social, Para poder atender a esta demanda extra, la Seguridad Social establece conciertos con hospitales de otras instituciones tanto públicas como privadas. El conjunto de camas utilizadas por la Seguridad Social aparece en el Cuadro n.º 7.

CUADRO N.º 6

PERSONAL DEL SECTOR HOSPITALARIO	
<i>Tipo de Personal</i>	<i>Número</i>
Directivo	2.125
Sanitario	182.172
médico	47.797
enferm.	132.759
otro	1.616
No sanitario	78.909
TOTAL	263.206

FUENTE: Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (elaborada por la Ponencia Económica de la Ley General de Sanidad).

CUADRO N.º 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS TALES DEL INSALUD			
	Hospitales	Camas	Índice % hab.
Camas H. Propios	131	47.815	1,88
Camas H. Administrados	5	1.848	0,07
Camas H. Concertados Públicos	97	20.490	0,81
Camas H. Concertados Privados	159	16.418	0,65
TOTAL	392	86.571	3,41

FUENTE: Boletín de Indicadores Sanitarios.