

El Sistema de Salud Español: la Importancia de la Atención Primaria en Salud

Marta Cecilia Jaramillo, Ph.D. (c)

mcjara@icesi.edu.co

Profesora de Tiempo Completo

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Universidad Icesi



Ramiro Guerrero, Director de PROESA; Antonio Infante, exviceministro de Salud de Chile; Martha Cecilia Jaramillo, profesora de la Universidad Icesi; Thomas Bossert, profesor de la Universidad de Harvard; Salomón Chertorivski, Comisionado del gobierno mexicano.

Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

Antes de explicar la importancia de la atención primaria en el sistema de salud español, el presente artículo expone brevemente cómo funciona.

Hasta 1980, el sistema de salud español se basó en el modelo Bismarkiano¹, a partir de la transición democrática española. Se relacionan dos hechos importantes: La Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986. El artículo 43 de la constitución consagra el derecho a la protección de la salud, en el que se establece que *“la salud es un derecho extensible a todos los ciudadanos, así no estén vinculados al trabajo o al nivel de renta”*. Sólo desde ese año (1980) se implementa el Sistema Nacional de Salud Español, basado en el Modelo Beveridge que tuvo su origen en el Reino Unido, promulgaba que: *“todas las personas tienen derecho al mejor tratamiento médico, sean cuales sean los medios económicos”* y con las siguientes características (i,ii):

- a. Es un modelo integrado por niveles de atención.
- b. Restringe la libertad de elección del usuario.
- c. Compromete la accesibilidad (listas de espera), para ser más equitativa y controlar el gasto.
- d. La cobertura es universal.
- e. La financiación es pública, pero con algunas cotizaciones especiales pagadas por la población.

- f. La provisión de los servicios de salud es pública, pero puede ser prestada por fundaciones, pagadas por el servicio público.

Esta ley también promulga el Estado de Autonomías, en el que la mayor parte de la gestión y administración de los servicios e intereses públicos recae en los gobiernos autonómicos², mas no sobre los municipios y las provincias.

La Ley General de Sanidad (LGS), expedida el 14 de abril de 1986, pretendió unificar la red sanitaria en torno a un Sistema Nacional de Salud (SNS) para asegurar una efectiva universalización de la asistencia pública. La red estaba constituida por: la atención primaria, la atención especializada y la atención farmacéutica, para asegurar la efectiva universalización de la asistencia pública. Es por esto que, el SNS queda definido como *“El conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas y se integra en funciones y prestaciones sanitarias a través de un sistema descentralizado”* (iii).

Mediante la descentralización del sistema se establece un ciclo en el que hay asistencia sanitaria para toda la población con acciones de vigilancia epidemiológica, investigación científica, donde se reconocen los derechos y se otorga un espacio para la participación comunitaria. El ciclo está basado en los principios de: equidad, eficiencia, efectividad, celeridad, flexibilidad de recursos y actividades y en la asistencia sanitaria a toda la población.

1. Seguros sociales (modelo Bismarck): Programa que pagaba por los servicios médicos y tenía ayuda económica para la enfermedad y accidente de trabajo, solo para la categoría de trabajadores, el pago estaba a cargo de los patronos en 2/3 partes y del trabajador.

2. España se divide geográficamente en Comunidades (regiones) autónomas, a partir de 1981 el Instituto Nacional de Salud de España se descentralizó en 17 comunidades autónomas (similar a los departamentos en Colombia).

El 15% de los recursos se destinan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad como objetivos principales para su desarrollo, el 22,3% están destinados a la farmacia y un 52,7% a servicios hospitalarios y especializados.

La LGS posibilitó la descentralización de las comunidades autónomas en materia de salud pública y de gestión de servicios asistenciales de salud, con tres componentes fundamentales: 1) la universalización de la asistencia, 2) la atención integral y 3) la equidad basada en la accesibilidad a los servicios asistenciales de salud.

Atención Primaria en Salud (APS)

Sus antecedentes se remontan a la creación del Ministerio de Salud en 1976, luego, la reforma a la Constitución Española de 1978 y la Declaración de Alma Ata del mismo año, llevaron al surgimiento de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, la adecuación de la oferta de servicios de salud a las necesidades del país, la incorporación de nuevos profesionales, el surgimiento de nuevas patologías, el desarrollo de tecnología y un cambio social en la utilización de los servicios de salud por parte de los usuarios (mayor frecuencia y más exigencia). Se consolidó en 1986 con la Ley General de Salud (1,2,3).

La Atención Primaria en Salud se define como la asistencia sanitaria en salud esencial, basada en prácticas reconocidas científicamente y aceptadas socialmente, accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su participación y a un costo que la comunidad y el país puedan acceder y mantener en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (iv,v).

El pilar donde se soportó la atención primaria en salud fue “Salud para todos en el año 2000” de la

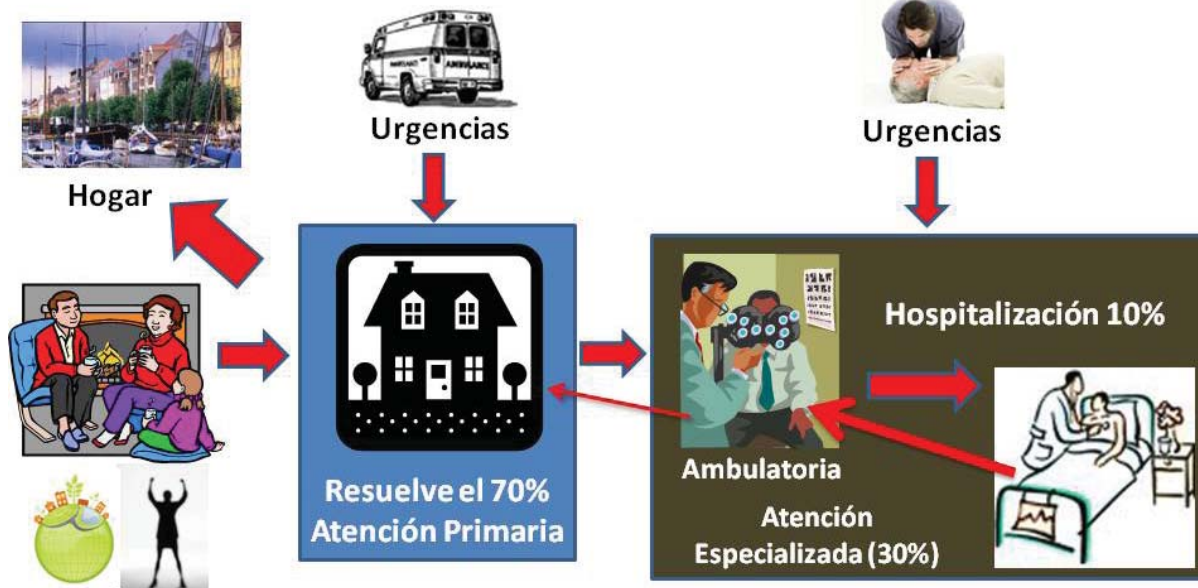
declaración de Alma Ata, con cuatro componentes básicos en los que ha trabajado España:

- a. Promoción de hábitos de vida saludables: Se ha trabajado principalmente en la prevención del consumo del tabaco, en la estimulación del ejercicio para disminuir el sedentarismo y por ende las enfermedades cardiovasculares, la prevención del consumo de alcohol y de sustancias tóxicas.
- b. Prevención de riesgos ambientales para la salud, con énfasis en el saneamiento básico y la potabilización del agua.
- c. Mejora de sistemas de cuidado en la salud, orientados principalmente a la atención materno-infantil, la atención bucodental, los cuidados mentales y geriátricos.
- d. Mejora de la información relevante para la planificación, con un sistema de información oportuno, con series de información por cada comunidad autónoma y que baja hasta el nivel de provincia y municipio, dando lugar a la oportuna toma de decisiones para la salud de la población.

En España, en el marco del desarrollo de la atención primaria en salud, surgió la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16 de 2003), que define a las comunidades autónomas como las responsables de la gestión de la APS en su territorio, no así a las provincias y a los municipios, pues éstos sólo tienen a su cargo el control sanitario. Se incluye el catálogo de prestaciones sanitarias básicas y comunes: salud pública, atención primaria, atención especializada, sociosanitaria y de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario.

La ley de cohesión y calidad, funciona en coordinación y cooperación con las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas

Ilustración 1. Organización General del Sistema



competencias, con el fin de garantizar los principios de equidad, calidad (con estándares definidos y un sistema de seguimiento a los resultados de las instituciones de prestación de servicios) y participación social en el SNS, colaborando, activamente, en la reducción de las desigualdades en salud.

La ilustración I muestra que el modelo de atención primaria parte del individuo, la familia y la comunidad y la puerta de entrada al sistema de salud es el Servicio de Atención Primaria, que está constituido por una red de servicios básicos, donde se resuelve el 70% de los problemas de salud de la población y de aquí la población, generalmente, vuelve a su mismo nivel, a través de la atención en el centro de salud o visitas de atención domiciliaria por parte del equipo de salud. El 30% de los pacientes se derivan a la atención especializada y un 10% van al servicio de hospitalización. Al final, todos los pacientes regresan al servicio de atención primaria, no se quedan en el nivel superior. Las urgencias son atendidas en los centros de atención primaria para las menos complejas y en los hospitales, las de mayor gravedad.

La atención primaria en salud se organiza en un sistema general dividido en “equipos de APS” en donde se trabaja con medicina familiar y comunitaria, medicina pediátrica, diplomados de enfermería, matronas³, fisioterapeutas, odontólogos, higienistas orales, trabajadores sociales, auxiliares en enfermería y otros (dependiendo de las características sociodemográficas de la población), a partir de los cuales se trabaja en programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación que trabajan con los protocolos y guías de atención del Ministerio de Sanidad(vi).

El servicio de atención primaria tiene un área de salud que está dividida por factores geográficos, epidemiológicos, laborales y culturales con características similares y que contienen entre 200 y 250 mil habitantes, excepto en las Islas donde la población es más pequeña. A su vez, las áreas de salud se dividen en zonas de salud, conformadas por población entre 5.000 y 25.000 habitantes, dependiendo de si son concentraciones urbanas y concentraciones rurales.

Las funciones de la atención primaria en salud tienen que ver con: asistencia sanitaria a demanda, indicación y prescripción de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, prevención, promoción, atención familia y comunitaria, información y vigilancia en la protección de la salud, rehabilitación básica, servicios específicos para la mujer, atención paliativa a enfermos terminales, atención en salud mental y atención bucodental. También, se han planteado programas con otros sectores en salud mental, drogodependencia, salud pública, cuidados paliativos, dependencia, violencia doméstica, participación comunitaria y orientación al ciudadano.

La aplicación de la atención primaria en salud se ha valorado con algunas cifras y resultados que han mostrado que el gasto sanitario es del 8,4% del PIB (6,4% público y 2% privado); son cerca de 13.000 centros de salud y consultorios de atención primaria. Se muestran resultados positivos, como el incremento de la esperanza de vida al nacer que se encuentra en 84,5 años para las mujeres y en 77,8 para los hombres, una disminución de la mortalidad infantil a 4 muertes de menores de un año por mil Nacidos Vivos y la salud es percibida de manera positiva en un 70%.

La atención primaria en salud se ha planteado unos retos relacionados con el mejoramiento de indicadores en enfermedades crónicas y degenerativas, principalmente relacionadas con población de la tercera edad, el incremento de la expectativa de vida y tener que enfrentar los problemas de salud de los inmigrantes.■

Referencias

- i Gálvez Vargas R, Sierra López A, Sáenz González MC, Gómez López LI, Fernández-Crehuet Navajas J, Salleras Sanmartí L, Cueto Espinar A, Guestral Otero Jj. Directores. Domínguez Rojas V, Delgado Rodríguez M, Herrero Cabrera R, Bolúmar Montrull F, Serra Majem LI, Rodríguez Artalejo F, Espigares García M, Vaqué Rafart J. Directores Asociados. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10a.ed. Barcelona: Masson; 2001.
- ii Borkan J, Eaton B. Ch, Novillo-Ortiz D, Rivero Corte P, Jadad AR. Renewing Primary Care: Lessons Learned From The Spanish Health Care System. *Health Affairs* 2010; 29 (8): 1432-1441.
- iii LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD (BOE 101/1986 DE 29-04-1986) en www.belt.es: “Portal de los Profesionales de la Seguridad”
- iv Mullings J, Paul TM. Health sector challenges and responses beyond the Alma-Ata Declaration: a Caribbean perspective. *Iev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 21(2/3), 2007: 155-163
- v Agudelo Suárez LM. Atención Primaria. En: Blanco JH, Maya JM: Fundamentos de Salud Pública, tomo I, Capítulo 8. Medellín, Colombia: CIB, Reimpresión 2007: 83-95.
- vi Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?. *Rev Adm Sanit* 2006; 4(2): 357-82. Descargado de: <http://www.doyma.es> el 12/11/2006
- vii Frenk J. Reivienting primary health care: The need for systems integration. *Lancet* 1009; 374: 170-173.
- viii Ministry of Health and Social Policy, Health Information Institute. National health system of Spain (Internet). Madrid: The Ministry; 2010 (cited 2010 jul.8) disponible en: <http://www.mspes.es>.
- ix 9 European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition. Spain. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000.
- x Jaramillo MC, García J. Sistemas de Salud en Latinoamérica y el mundo. En: Diplomado e-learning en Gerencia Social para la Protección Social. Ministerio de la Protección Social de Colombia y Universidad Icesi. Santiago de Cali, Julio de 2007:28p.
- xi Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Otero Puime A. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública* 2007, Vol. 81, N.º 2: 131-145.
- xii Hernández Pascual J. Descripción del Sistema Nacional de Salud Español. Visita de familiarización sobre evaluación prospectiva de políticas públicas. Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Gobierno de España. Madrid, 2009.
- xiii Carlford S, Lindberg M, Bendtsen P, Nilsen P, Andersson A. Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. *BMC Family Practice* 2010, 11:60 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/60>

3. Son personas diplomadas en las universidades españolas que hacen parte del personal sanitario especializado para el seguimiento del embarazo y atención del parto de bajo riesgo y seguimiento en el postparto.