

Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria

Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solà

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

Qué es la atención primaria de salud	3
La definición de Alma-Ata	3
Conceptos y organización en atención primaria de salud	4
Elementos conceptuales	4
Centro de salud	5
Equipo de salud	5
Características del trabajo en atención primaria	6
Atención primaria y efectividad y eficiencia del sistema sanitario	7
APS como puerta de entrada del sistema	8
Orientación comunitaria de la APS	8
Qué es la atención familiar y comunitaria	9
Longitudinalidad y continuidad	9
Perfiles profesionales y de actividad	10
Características principales de los problemas atendidos en atención primaria de salud	10
Sistema sanitario español. Cronología evolutiva y datos esenciales	11
Atención primaria de salud en España y otros países	12
Antecedentes en España	12
Reforma de la atención primaria española	13
Atención primaria reformada: problemas y propuestas de acción	14
Atención primaria en otros países	15

CLAVES PARA EL APRENDIZAJE

- La potenciación de la estrategia de APS es esencial para mejorar la efectividad y la eficiencia de los procesos de atención de salud.
- El centro y el equipo de salud son los pilares organizativos de la APS.

- La atención familiar y comunitaria es el elemento de intervención nuclear de la APS.
- El sistema sanitario español se estructura en dos niveles principales: atención primaria y hospitalaria especializada.
- El proceso de reforma de la atención primaria es abierto y continuo y debe ir abordando las soluciones adecuadas para los nuevos problemas que se van presentando.
- Un desarrollo importante de la estrategia de APS solamente es posible en países con sistemas nacionales de salud de financiación pública y cobertura universal.

Qué es la atención primaria de salud

La atención primaria de salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

La definición de Alma-Ata

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS: «Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto

de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».



La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

En esta definición está incluida la conceptualización de la APS como el primer nivel de contacto del sistema sanitario, pero además contempla otros elementos esenciales, como su carácter accesible y próximo, su necesaria adaptación a las posibilidades y necesidades de cada entorno o país y el enfoque a las familias y a la comunidad de la atención de salud que se presta en su seno. También se señala que la APS puede y debe actuar como puente y enlace entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico de la comunidad, abriendo así la puerta a la imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de muchas necesidades y problemas de salud.

Un elemento conceptual clave de la estrategia APS también incluido en la definición anterior y que se minusvalora u olvida frecuentemente es el que hace referencia a la participación individual y comunitaria en todas las fases de la construcción de los sistemas y procesos de atención de salud. No se trata solamente de la participación formal en el marco de las instituciones de gobierno local (ayuntamientos) o nacional, sino de la generación de dinámicas potentes y continuas de interacción entre los líderes del sistema sanitario y las organizaciones, y estructuras de participación y gestión de la comunidad. La formulación operativa concreta de esta interacción debe adaptarse a la cultura política y sociológica de cada lugar.

No se debe confundir el concepto de APS con el de asistencia médica primaria o atención familiar. La APS incluye un abanico más amplio de actividades, algunas de las cuales no son responsabilidad directa o exclusiva de los sistemas sanitarios de muchos países desarrollados, pero sí forman parte de los determinantes del nivel de salud colectivo o comunitario. Hablamos, por ejemplo, de la nutrición y la garantía de provisión de alimentos esenciales, de la salubridad del agua y el saneamiento básico, y de la contaminación medioambiental. Estos grupos de actuaciones pueden ser las prioridades más importantes de la APS en países con menor nivel de desarrollo.

Siempre han existido interpretaciones erróneas o restrictivas de la APS. Algunos siguen pensando que es sólo o principalmente útil para países subdesarrollados. Otros visualizan su aplicación como una fuente de ahorro económico que compense los gastos crecientes generados por el desarrollo tecnológico de los modernos sistemas sanitarios. Se ha demostrado

(Bárbara Starfield) que los sistemas sanitarios de aquellos países desarrollados en los que el peso y desarrollo de la APS es mayor son más eficientes y contribuyen más a mejorar el nivel de salud de la población.

En la determinación de las vías y procesos de desarrollo de la APS es preciso tener siempre en cuenta la necesidad de adaptar a cada país o comunidad los principios esenciales señalados antes. No existen «recetas universales» para su aplicación operativa; lo que es prioritario en un país puede no serlo en otro, como hemos visto, por ejemplo, en razón de su nivel de desarrollo socioeconómico.



La aplicación de la estrategia de APS exige una estricta adaptación a las características y necesidades de cada lugar.

Conceptos y organización en atención primaria de salud

Elementos conceptuales

Los que caracterizan a la APS, con independencia del país o comunidad en que se desarrolle, son los siguientes:

- **Integral:** abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.
- **Integrada:** asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- **Continuada y longitudinal:** desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).
- **Activa:** realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.
- **Accesible:** sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesitan o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- **Desarrollada por equipos:** formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- **Comunitaria y participativa:** enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria,

y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.

- *Programada y evaluable*: a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- *Docente e investigadora*: con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

Para desarrollar en la práctica una APS que responda a los conceptos anteriores se pueden diseñar distintos *entornos organizativos* que van desde la asistencia en consultas individuales aisladas hasta el trabajo en equipo en el seno de centros de salud integrales, con múltiples variantes dependiendo del contexto. Sin menospreciar los valores de los diferentes modelos, parece existir un consenso mayoritario sobre las ventajas que ofrece la organización en equipos multidisciplinarios al incrementar la efectividad y la eficiencia de muchos de los componentes de los procesos de atención.

Centro de salud

El *centro de salud integral*, entendido no sólo o principalmente como un edificio (fig. 1.1) sino como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la APS, es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones: desde las de acogida inicial del usuario hasta las asistenciales curativas y de promoción y prevención. En el centro de salud integral se pueden asumir los siguientes grandes grupos de actividades:

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención domiciliaria.
- Rehabilitación (no en todos los centros).
- Atención continuada y urgente (no en todos los centros).
- Vigilancia epidemiológica.
- Docencia e investigación.
- Gestión (funcionamiento interno y soporte).



Figura 1.1 • Centro de Salud. La Unión (Murcia, España).



El centro de salud integral es una buena opción organizativa para el desarrollo de los conceptos y actividades esenciales de la estrategia de APS.

En el centro de salud, con un número y extensión que dependerá del tamaño de la población atendida (entre 5.000 y 25.000 habitantes en España), existirán espacios para la acogida de los usuarios y la programación de visitas, para las consultas a cargo de los distintos profesionales del equipo, salas comunes (reuniones y sesiones, educación para la salud...), espacios para actividades de salud comunitaria y otros para el soporte e infraestructuras.

Equipo de salud

El *equipo de salud*, definido a partir de objetivos y metodologías de trabajo comunes de sus componentes y contando con su participación y responsabilización conjunta en la génesis y la evaluación de los resultados obtenidos, es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud. No es fácil conseguir desarrollar un verdadero trabajo en equipo; sus componentes tienen profesiones y procedencias diversas, y a veces carecen de experiencia en dinámicas de funcionamiento basadas en la asignación de responsabilidades y tareas en función de la propia capacidad competencial del profesional y no bajo una simple perspectiva estamental vertical (fig. 1.2).

El desarrollo de la APS no puede centrarse de forma exclusiva en los profesionales médicos. Esta afirmación categórica implica la necesidad de reconocer el papel esencial de todos y cada uno de los componentes de los equipos de salud en el desarrollo de las funciones y tareas propias de la APS y, por tanto, en la consecución de los objetivos y la generación y evaluación de los resultados obtenidos.

La composición de los equipos de salud no puede responder a criterios con validez universal y, por el contrario, debe adaptarse a las posibilidades y necesidades locales, de su ámbito de

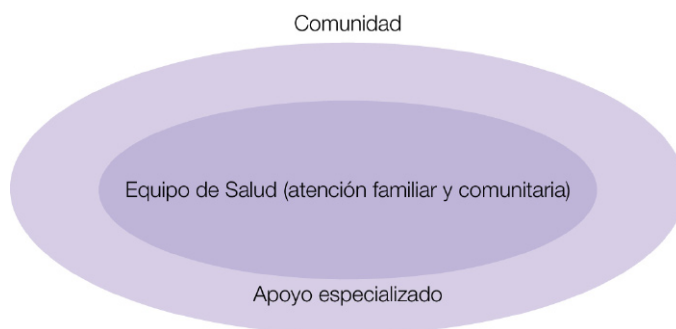


Figura 1.2 • Equipo de Salud y Comunidad.

actuación. En España, los equipos pueden incluir médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales y personal auxiliar polivalente. En Cataluña también forman parte de los equipos los odontólogos, mientras que figuran como colaboradores los farmacéuticos y las matronas, y no se incluyen los veterinarios. Los componentes básicos de los equipos son los médicos, las enfermeras, los trabajadores sociales y el personal auxiliar polivalente.

El director o coordinador del equipo de salud es una figura de gran importancia para que éste alcance un nivel óptimo de funcionamiento. Su capacidad de liderazgo participativo es esencial y por ello debe cuidarse especialmente su elección.

En muchos centros de salud también pueden trabajar otros profesionales que desarrollan tareas de apoyo especializado en distintos ámbitos relevantes para la atención primaria. Es el caso de salud mental, salud pública, rehabilitación, laboratorio y radiología, entre otros.

Las actividades de los distintos componentes de los equipos de salud son las propias del centro señaladas previamente y tanto desde una perspectiva de atención personal individual como familiar y comunitaria. Para conseguir un desarrollo adecuado de todas las actividades es importante programar una introducción progresiva de éstas y diseñar un cronograma de implantación que permita a sus miembros asumirlas de forma positiva, huyendo del riesgo de fracasos y desmotivaciones que puedan hipotecar el futuro del equipo.

En la mayoría de las ocasiones en cada centro de salud solamente trabaja un equipo, con más o menos recursos de apoyo especializado, pero a veces, sobre todo en las ciudades, en un mismo centro están radicados varios equipos de salud. En la primera situación coincide la cantidad de población atendida con la asignada al centro. El territorio geográfico asignado a cada equipo se denomina en España Zona o Área Básica de Salud.

Características del trabajo en atención primaria

La *accesibilidad* es una característica fundamental de la atención primaria. Los usuarios de los centros de salud pueden demandar consulta a sus profesionales de referencia (médicos y enfermeras) por propia iniciativa, con o sin cita previa, o por indicación de los propios profesionales del equipo o de los especialistas consultores. En muchos centros de salud también existen servicios de urgencia y de atención continuada que posibilitan que el paciente pueda recibir asistencia de forma inmediata. La accesibilidad desde la perspectiva económica es un elemento esencial y que es objeto de discusión y análisis frecuente en nuestros días: la instauración de mecanismos de copago directo por parte de los pacientes que utilizan o reciben determinados servicios y prestaciones es preconizada desde diversos sectores como una herramienta eficaz para disminuir una excesiva utilización de los recursos. Sin embargo no debería olvidarse que, con independencia de la discutible efectividad de este tipo de medidas para frenar a largo plazo el consumo sanitario, estas barreras económicas al final siempre gravan principalmente a las personas y colectivos con menor disponibilidad económica y pueden dar lugar a que no acudan a los servicios en situaciones en que realmente sería necesario que lo hicieran.

En relación con el tema de la accesibilidad, pero influido de forma clara y principal por una cultura dominante de hiperconsumo en las sociedades desarrolladas, se puede situar el problema de la *medicalización* a todas luces excesiva de la vida cotidiana de las personas en los países desarrollados y, también relacionado con éste, el depósito de unas expectativas muchas veces injustificadas en el sistema sanitario como fuente de solución para problemas y situaciones íntimamente ligadas a la propia biología humana, a los procesos de envejecimiento, y a la misma muerte. Una verdadera estrategia de APS debe potenciar de forma decidida la autorresponsabilización personal en el cuidado de la propia salud y la capacidad para la toma informada por parte de cada individuo de las decisiones importantes en relación con sus procesos de salud-enfermedad. Las actuaciones del sistema sanitario no están exentas de riesgo para los que las reciben; la ciudadanía y los profesionales deben evitar creer que la intensificación de las atenciones siempre significa o proporciona más salud.

De acuerdo con los datos estadísticos del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2008), la media de tarjetas sanitarias individuales por médico de familia es de 1.410, de 1.029 para los pediatras y de 1.663 para las enfermeras. Sin embargo existen importantes oscilaciones entre las distintas Comunidades Autónomas del Estado y entre los ámbitos urbano y rural. Por otro lado, las cargas asistenciales generadas por cada persona varían también en relación con la existencia de doble aseguramiento (público y privado) y con el nivel socioeconómico, siendo menores cuando tienen cobertura mixta pública y privada y mayores en las que pertenecen a las capas sociales más desfavorecidas. La realidad es que los profesionales sanitarios de atención primaria perciben estar sometidos a una importante *sobrecarga asistencial* que les impide disponer de tiempo suficiente para el desarrollo de otras actividades como las de docencia e investigación al tener que atender a más de treinta pacientes diarios en la consulta, cifra que, en el caso de los médicos de familia del ámbito urbano, puede ser mayor de cuarenta en bastantes centros.

La *disponibilidad de tiempo para cada consulta* es uno de los puntos críticos para la garantía de la calidad asistencial en atención primaria. En España, a pesar de los avances conseguidos desde el inicio del proceso de reforma de esta parte del sistema a mediados de los años ochenta del siglo pasado, todavía estamos lejos de una situación que podamos considerar óptima. El tiempo promedio que pueden dedicar los profesionales médicos de APS a cada paciente está aún bastante por debajo de los 10 minutos (en general, entre 6 y 9). Este tiempo suele ser menor para las visitas por propia iniciativa en relación con las programadas por indicación de los profesionales, generalmente para el control de problemas de salud crónicos.

Un bloque importante de actividad de los profesionales de atención primaria es el desarrollado en el *ámbito domiciliario*. A pesar de ello es frecuente que estas actuaciones no se organicen correctamente y que no sean objeto de atención prioritaria por parte de los responsables y profesionales de los equipos de salud. Los médicos, enfermeras y trabajadores sociales deben dedicar más tiempo a la atención domiciliaria ya que es en este contexto donde mejor puede valorarse la funcionalidad del soporte familiar de sus pacientes. Por otro lado, el envejecimiento progresivo de

la población y el aislamiento de las personas mayores están generando cada vez más situaciones de dependencia graves que requieren actuaciones domiciliarias frecuentes, tanto desde la perspectiva sanitaria como de soporte social. En los capítulos 8 y 18 se abordarán de forma más amplia y concreta estos problemas.

Ya hemos señalado previamente que la organización de la APS puede y debe variar en relación con el contexto en que se desarrolla. Este axioma también es válido cuando hablamos de las diferencias existentes a nivel organizativo y estructural entre los *ámbitos urbano y rural*. El primero de ellos se caracteriza por la concentración de cantidades elevadas de población en un territorio reducido (mayor densidad de habitantes) y, concomitantemente, de los recursos sanitarios necesarios. En el ámbito rural, la situación es prácticamente la contraria, con población escasa y radicada en núcleos distantes entre sí, lo que obliga a dispersar los centros y profesionales para mantener un grado suficiente de accesibilidad y proximidad geográfica. Así, mientras que en el ámbito urbano los centros de salud suelen estar radicados en un edificio único, en el rural es frecuente que exista un centro de salud principal (en la población mayor) y varios consultorios locales (en los núcleos menores) en los que se presta atención durante algunos días y horas de la semana.

En todo el sistema sanitario, y de forma prioritaria en APS, el desarrollo de las *tecnologías de la información y comunicación* (TIC) es un pilar fundamental para mejorar la accesibilidad de los pacientes y la interacción con sus profesionales de referencia. La programación de visitas a través del teléfono o de la red Internet, la generación de consultas y su resolución mediante el correo electrónico, la transmisión de datos e imágenes a distancia (p. ej., electrocardiográficos) y las consultas por videoconferencia son formas de actividad y organizativas emergentes que están cambiando de forma muy rápida el panorama asistencial en atención primaria. En el capítulo 14 se desarrolla con mayor detalle el papel de las TIC en este campo.

Una buena organización de la atención primaria necesita de la existencia de potentes sistemas de registro y documentación clínica y epidemiológica. Los sistemas de información y registro permiten gestionar datos de diversos orígenes, desde el proceso asistencial del paciente individual hasta la planificación y organización de los servicios y centros y la evidencia científica disponible, entre otros. Por ello, la fiabilidad de los datos recogidos en estos sistemas es esencial para garantizar un nivel de calidad adecuado de la atención prestada, tanto a nivel personal y familiar como comunitario. Para conseguir este objetivo es imprescindible definir previamente a la implantación de un sistema de registro y documentación sus objetivos y utilidades, así como valorar la factibilidad de la recogida de datos y de su procesamiento posterior.



Una buena organización de la atención primaria necesita de la existencia de potentes sistemas de registro y documentación clínica y epidemiológica

Un problema emergente en este contexto de desarrollo rápidamente progresivo de los procesos de informatización y almacenamiento centralizado de los datos clínicos personales y de gestión es el de la garantía de la confidencialidad y de acceso seguro a los mismos, así como de su integridad, impidiendo que puedan ser destruidos o utilizados de forma inadecuada o delictiva. No es necesario remarcar el carácter íntimo de muchas de las informaciones y datos que se registran en las consultas, y en nuestro país, la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal es muy exigente en la defensa de la privacidad.

La prescripción de fármacos y de otras medidas terapéuticas forma parte de la actividad sanitaria y, por tanto, de la APS. La financiación de los medicamentos es objeto de atención y discusión por parte de los políticos, gestores y profesionales ya que el gasto en farmacia supone una parte considerable del gasto sanitario total; concretamente, en España, más del 20%. La participación de los pacientes en la financiación de los medicamentos (copago) es habitual en diversos países y sistemas sanitarios. En cualquier caso es necesario que no se generen barreras económicas para el acceso a los tratamientos más esenciales y que se pongan en marcha acciones legales, informativas y de formación dirigidas a la ciudadanía y a los propios profesionales para conseguir instaurar una utilización racional de los medicamentos basada en la calidad y en la evidencia científica disponible. La potenciación de la utilización de fármacos genéricos y de la dispensación en forma de unido-sis puede contribuir de forma decisiva a mejorar la efectividad y eficiencia de las prescripciones.

Atención primaria y efectividad y eficiencia del sistema sanitario

Ya hemos señalado antes que los sistemas sanitarios que están centrados en la APS son más efectivos y eficientes que aquellos otros en los que las prioridades en términos de recursos y organización se dirigen hacia la atención especializada hospitalaria. También apuntábamos que el desarrollo de la APS no tiene necesariamente que implicar una disminución importante de los gastos del sistema sanitario. La APS contribuye a una mejor racionalización de las decisiones económicas y planificadoras, lo que se traduce en un cociente más favorable entre resultados y costes.

Barbara Starfield es la autora que más ha contribuido al análisis de las repercusiones que tiene sobre los distintos sistemas sanitarios el desarrollo de la APS. Estas repercusiones no sólo —o principalmente— atañen al ámbito económico, sino que se extienden a la mejora de la calidad de la atención, los indicadores de salud y la satisfacción de la población con la sanidad del país. El análisis de los principales elementos característicos de la atención primaria (primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación) permite medir con cierta precisión estas contribuciones.

El desarrollo de un sistema sanitario centrado en la APS, al favorecer la redistribución de los recursos y mejorar la accesibilidad universal a éstos, puede contribuir también de forma decisiva a potenciar la equidad de la atención de salud y permitir corregir la distribución desigual de la carga de enfermedad en

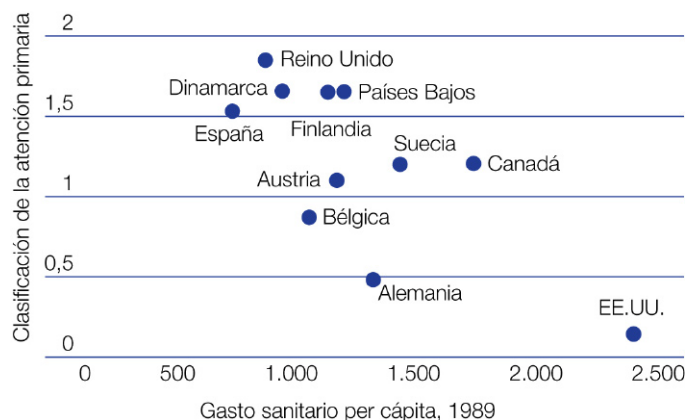


Figura 1.3 • Relación entre la fuerza de la atención primaria y el gasto sanitario global. De Starfield, 2001.

los distintos estratos socioeconómicos de la población: es bien conocido que son las personas de nivel socioeconómico inferior las que tienen una mayor morbilidad.

En un estudio realizado por Barbara Starfield en 1994 se compararon doce países occidentales industrializados y se demostró que aquellos en los que el sistema sanitario estaba más fundamentado en la APS existían mejores niveles de salud en combinación con menores costes económicos (fig. 1.3).

También se ha constatado, en estudios realizados en Estados Unidos, que en aquellos lugares con mayor densidad de médicos de atención primaria en relación con otros especialistas era menor la tasa de mortalidad ajustada por edad. En otro análisis en cincuenta estados norteamericanos se comprobó que diversos indicadores vitales eran mejores cuanto menor era el número de habitantes por médico de atención primaria y la cantidad de otros especialistas.

Disponemos de muchos estudios que comparan la calidad y los costes de la atención en consultas ambulatorias que prestan los médicos de familia y enfermeras con la de otros especialistas. En la mayoría de ellos no se evidencian diferencias significativas en la calidad y, por el contrario, sí que existen en relación con la cantidad de exploraciones complementarias solicitadas o con la complejidad y el coste de los tratamientos prescritos, menores en las consultas de estos profesionales de referencia.

Con relación al papel de los profesionales no médicos en el seno de los centros y equipos de APS existen cada vez más evidencias de que pueden ser incluso más efectivos y eficientes que los médicos para la atención de diversos problemas agudos y crónicos, sin disminución de la calidad asistencial.

Estas contribuciones de la APS a la mejor efectividad y eficiencia del sistema sanitario se potencian en aquellos contextos organizativos que permiten altos niveles de autonomía de los equipos y de cada profesional tanto en la planificación y gestión de los centros como en la de las propias agendas de trabajo individuales. Diversos estudios, entre ellos algunos realizados en Cataluña, demuestran que cuando los miembros de los equipos son los responsables máximos de la planificación y gestión de los recursos y gozan de un grado elevado de autonomía, mejoran algunos de los resultados de la atención prestada así como la motivación y la satisfacción profesional.



Cuando los miembros de los equipos son los responsables máximos de la planificación y gestión de los recursos y gozan de un grado elevado de autonomía, mejoran algunos de los resultados de la atención prestada así como la motivación y la satisfacción profesional.

APS como puerta de entrada del sistema

El desarrollo del papel de puerta de entrada del sistema y de garante de la continuidad asistencial de la APS contribuye de forma clara a mejorar la eficiencia de los procesos de atención a partir de una disminución de los costes asistenciales de cada enfermedad; además, evita ingresos hospitalarios, así como la realización de exploraciones y la prescripción de tratamientos innecesarios y no exentos de riesgo. Pero el papel de la APS y sus profesionales no se puede limitar a ejercer una función de filtro o puerta de entrada del sistema sanitario con pérdida de responsabilidades y posibilidades de actuación en fases posteriores de los procesos de atención realizados en otros ámbitos del sistema como, por ejemplo, el hospitalario. Para poder hablar de una verdadera APS es preciso mantener la longitudinalidad de la relación profesional-paciente y la continuidad asistencial.

En España, los profesionales de atención familiar y comunitaria de referencia (el médico y la enfermera de familia) no actúan sobre todos los grupos de edad (los pediatras atienden como puerta de entrada a la población hasta los 14 años de edad) ni sobre todos los tipos de problemas de salud (en muchas Comunidades Autónomas del Estado la atención del embarazo normal no es responsabilidad habitual de los profesionales de referencia y las mujeres son derivadas sistemáticamente a los tocólogos en cuanto se detecta la gestación). Estas circunstancias dificultan la consecución de grados óptimos de longitudinalidad y continuidad de la atención (v. más adelante) y lesionan conceptualmente el papel de los profesionales de referencia como responsables de la atención global de las personas con independencia de la edad, sexo o tipo de problema o necesidad de salud que presenten. Los médicos y enfermeras de familia deberían ser la puerta de entrada única para la atención de todos los problemas excepto en circunstancias de urgencia o emergencia, y los otros profesionales deberían actuar como consultores, lo que no significa que no puedan y deban trabajar en el centro de salud y compartir la mayoría de las actividades con el resto de los componentes de los equipos.

Orientación comunitaria de la APS

La orientación comunitaria de la atención primaria y la puesta en marcha de mecanismos de *colaboración intersectorial* adaptados a las características y necesidades de cada grupo poblacional, que forman parte de la definición de APS de Alma-Ata, son elementos estratégicos que contribuyen a la corrección de desigualdades y a la mejora de la situación de salud. Es innegable la influencia de las condiciones laborales, de las características de la vivienda o del urbanismo y la seguridad en el tráfico,

por poner unos pocos ejemplos, en la morbimortalidad y nivel de salud y, por tanto, en el bienestar personal y colectivo. La APS orientada a la comunidad nos induce a abordar el origen primigenio de los problemas y necesidades de salud causados por déficits en estos y otros sectores sociales, y a actuar desde perspectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los profesionales sanitarios de atención primaria deben esforzarse por ampliar su visión clínica de los problemas con esta vertiente comunitaria, imprescindible para comprender y conocer la historia natural de las enfermedades y su distribución en el seno de las poblaciones. La consecución de este objetivo no es en absoluto una tarea fácil ya que, entre otras cosas, la propia enseñanza de las ciencias de la salud no prioriza de forma suficiente este abordaje comunitario de los problemas y necesidades sanitarias.

La contribución de la APS a la efectividad y eficiencia del sistema sanitario se optimiza en contextos de *financiación pública* y de planificación que se rigen por principios de equidad y parten del análisis de las necesidades y desigualdades personales y colectivas. No es concebible una verdadera APS en el marco de una atención de salud de financiación y gestión privada.

Qué es la atención familiar y comunitaria

La atención familiar y comunitaria es la que presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes. La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención.

De la misma forma que para la APS no existen respuestas de validez universal, para la atención familiar y comunitaria es también esencial la necesidad de adaptación estratégica y operativa a la gran diversidad y complejidad de los contextos y modelos familiares y de cultura y organización colectiva, guiados siempre por valores de defensa de la dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional.



La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención.

Las personas viven y se desarrollan en colectividad, y es en este contexto en el que adquieren y comparten valores y objetivos. La estructuración social en núcleos familiares o de convivencia habitual, y la de éstos en comunidades más o menos amplias, son elementos que no pueden quedar al margen de la estrategia e implementación de la atención de

salud. La asistencia personal individual debe estar necesariamente integrada con el enfoque familiar y comunitario y esta perspectiva global ha de fundamentarse en la participación y corresponsabilización de todos los actores implicados en el abordaje de los determinantes de salud a través de las acciones y programas de promoción, prevención, asistencia y cuidados que constituyen la atención familiar y comunitaria.

Longitudinalidad y continuidad (fig. 1.4)

Las actuaciones de los profesionales de atención familiar y comunitaria en el marco de la APS, principalmente de los médicos y enfermeras (que tienen población adscrita), implican asumir una relación personal asistencial basada en la longitudinalidad y continuidad de los cuidados. Ya hemos señalado antes las características esenciales de la APS, pero es importante volver sobre estos dos conceptos, estrechamente relacionados pero diferentes: la longitudinalidad traduce el mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona basada en la confianza mutua, el respeto y la corresponsabilidad y no está necesariamente relacionada con un problema o diagnóstico. La continuidad hace referencia a la conexión entre las distintas actuaciones asistenciales relativas a un problema de salud, actuaciones que pueden ser realizadas por distintos profesionales y en diferentes ámbitos del sistema sanitario. Los profesionales de atención familiar y comunitaria deben poder garantizar la longitudinalidad de la relación con sus pacientes y, al mismo tiempo, contribuir de forma decisiva a la mejor coordinación de las actuaciones asistenciales, base de la continuidad. Unos procesos de atención que desarrollen en grado óptimo la longitudinalidad y la continuidad contribuirán de forma decisiva a mejorar la efectividad y la eficiencia del conjunto del sistema sanitario.

Los profesionales de referencia que prestan atención familiar y comunitaria han de actuar como verdaderos *gestores* de los procesos de interacción de sus pacientes adscritos con los distintos ámbitos del sistema de salud. Mantener la longitudinalidad de la relación implica el desarrollo de esta perspectiva de gestión y participar de forma activa en la toma de decisiones sobre las intervenciones programadas. Esta actividad de gestión se debe contemplar tanto desde una perspectiva individual como familiar y de la comunidad, ya que las decisiones asistenciales pueden variar de forma significativa en función de las características y necesidades concretas del medio familiar y social.

Alcanzar el pleno desarrollo de una verdadera y completa estrategia de atención familiar y comunitaria no es tarea fácil.

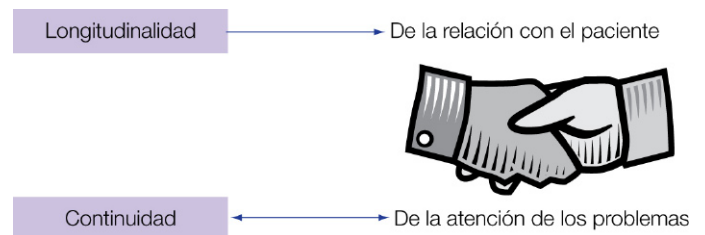


Figura 1.4 • Longitudinalidad y continuidad en APS.

El abordaje holístico (biopsicosocial) de los problemas y necesidades de salud, la comprensión de los factores culturales, religiosos, socioeconómicos y de clase social, y del sistema de valores personales y colectivos o la consideración de la influencia del entorno laboral, son elementos que es necesario analizar en la perspectiva de una atención familiar y comunitaria que pretenda ser innovadora y efectiva en la consecución de mejoras apreciables en el bienestar y salud individual y colectivo.

Perfiles profesionales y de actividad

Los profesionales de la atención familiar y comunitaria necesitan adquirir competencias específicas en este ámbito para poder actuar con un nivel de calidad adecuado. Esta necesidad se traduce en su reconocimiento como disciplina y especialidad en el campo de las ciencias de la salud, tanto en la formación de grado como posgraduada. En el capítulo 21 se desarrollan más ampliamente diversos aspectos relativos a la formación en este ámbito.

Diversos factores como el envejecimiento de la población, el auge de las patologías crónicas con sus consiguientes descompensaciones, el aumento de la supervivencia y la creciente complejidad multifactorial de las causas de las necesidades y problemas de salud, están introduciendo cambios significativos en los *perfiles profesionales* de los miembros de los centros y equipos de salud, y ampliando la red de profesiones que pueden y deben intervenir en el marco de la APS.

Desde un punto de vista teórico, los perfiles de los profesionales de atención primaria especialistas en atención familiar y comunitaria (médicos y enfermeras) contienen los elementos teóricos y prácticos necesarios para el manejo de las situaciones de salud y enfermedad, y resolver aquellos problemas que no siempre se pueden ubicar bajo un epígrafe diagnóstico concreto. Los profesionales de referencia, al actuar como agentes de salud que observan desde todas las dimensiones de la persona sus problemas y necesidades, pueden realizar un abordaje general e integrar los cuidados de promoción, prevención, rehabilitadores y clínicos que precise. Deben adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para interpretar y priorizar estas intervenciones a partir del análisis de las condiciones de vida y las dinámicas familiares, laborales y de la comunidad en que vive, y decidir conjuntamente con la persona atendida cuándo, cómo y dónde deben participar en el proceso asistencial otros especialistas.

Ya hemos apuntado antes que las continuas innovaciones tecnológicas están promoviendo cambios en la forma de prestar los servicios y, por supuesto, respecto a dónde prestarlos, lo que a su vez cuestiona el mantenimiento de fronteras ficticias entre ámbitos asistenciales contruidos en muchas ocasiones sin pensar en el paciente.



Las continuas innovaciones tecnológicas están promoviendo cambios en la forma de prestar los servicios y, por supuesto, respecto a dónde prestarlos.

Las alternativas a las visitas convencionales proliferan y empiezan a ocupar un lugar relevante la visita telefónica, la consultoría virtual o los espacios de consulta por e-mail, donde la estructura física es innecesaria pero no así el conocimiento que pueden aportar otras visiones profesionales y las de los propios pacientes. Este conocimiento compartido es y será uno de los activos principales de los equipos de atención primaria; invertir tiempo y esfuerzo para la cooperación y el *trabajo en red* será la mejor estrategia para consolidar una atención primaria nueva y capaz de afrontar los retos del futuro.

Características principales de los problemas atendidos en atención primaria de salud

La frecuencia de presentación de los distintos problemas de salud en las consultas de APS varía de forma significativa de acuerdo con las características del país y locales y la propia organización del sistema sanitario.

Las necesidades y problemas de salud que son atendidos en el ámbito de la atención primaria tienen características distintas de los que son abordados en los hospitales, sobre todo en los altamente especializados. En las consultas de APS, a diferencia de las hospitalarias centradas habitualmente en grupos concretos de patologías, se atiende una gran variedad de problemas de salud y en bastantes ocasiones es difícil o imposible etiquetar con un diagnóstico preciso el motivo o motivos por los que acude el paciente. El profesional de APS trabaja en un contexto epidemiológico y clínico de elevada incerteza y baja prevalencia diagnóstica.

En el capítulo 16 se analizan las dinámicas asistenciales generadas por los problemas crónicos más habituales en APS. Señalar aquí únicamente que, además de estos problemas clínicos, tienen también gran impacto otras demandas de atención de la esfera social y laboral (certificaciones, bajas laborales) que incrementan la carga burocrática de la actividad profesional.

En la mayoría de los pacientes, sobre todo en los de edades más avanzadas, coexisten varios problemas de salud, lo que implica una mayor complejidad del acto asistencial y la necesaria realización de enfoques integrales (biopsicosociales) de la atención que permitan valorar adecuadamente la situación evolutiva y la importancia de cada uno de los problemas en la definición del nivel de salud actual y futuro de la persona.

La atención especializada hospitalaria suele ser habitualmente episódica, tanto en los procesos agudos graves como en los períodos de descompensación de los crónicos. Ya hemos comentado antes que, por el contrario, en APS, la continuidad y longitudinalidad asistencial es uno de sus elementos característicos esenciales.

Las actividades preventivas y de promoción de la salud se desarrollan en todos los ámbitos del sistema sanitario, pero es en el seno de la APS donde adquieren mayor protagonismo, sobre todo en un marco de integración progresiva de las actuaciones clínicas y de salud pública y comunitaria. Este grupo de actividades genera un volumen importante de demandas de atención en los centros de salud, y en algunos países,

como Estados Unidos, pueden llegar a ser el primer motivo de consulta. Previamente a su realización es preciso valorar la viabilidad, pertinencia, efectividad, eficiencia y balance riesgo-beneficio de estas demandas preventivas, así como la calidad de la evidencia científica disponible sobre cada una de las recomendaciones y actividades.

Es importante que el profesional sanitario, en general, pero sobre todo el de atención primaria, tenga siempre presente que su foco principal es la persona, no la enfermedad, y que debe atenderla desde una perspectiva holística, global, utilizando las modernas tecnologías pero sin olvidar nunca la carga humana inherente a una relación basada en la confianza.

Sistema sanitario español. Cronología evolutiva y datos esenciales

En la evolución del sistema sanitario español se pueden distinguir dos etapas principales: la integrada por los años de la dictadura del general Franco (1939-1975) y la posterior de la época de desarrollo democrático.

En la primera etapa se creó, en 1942, el Seguro Obligatorio de Enfermedad financiado a través de las cuotas de los trabajadores y empresarios y con una cobertura progresiva de los distintos sectores de producción industriales y agrarios. Existían además otras redes asistenciales dependientes de las corporaciones locales (ayuntamientos y diputaciones) de los ministerios de Defensa y Justicia y de la Cruz Roja. En 1974 se aprueba la Ley General de la Seguridad Social en la que se avanza en la configuración territorial del sistema asistencial, se amplía el número de colectivos con derecho a prestación sanitaria, se establece con ciertas limitaciones la capacidad de elección de médico general, pediatra y tocólogo, y se organizan los centros e instituciones sanitarias clasificándolas en cerradas (hospitales) y abiertas (ambulatorios). Durante esta etapa se produjo, a partir de la década de los años sesenta, un crecimiento importante de la red hospitalaria y de las dotaciones tecnológicas, siempre con una visión estratégica prácticamente exclusiva de atención curativa-reparadora y con graves disfuncionalidades en el ámbito de la coordinación entre los distintos componentes del sistema.

En 1978, con la aprobación de la Constitución española, se inicia la segunda etapa, coincidiendo con la celebración de la Conferencia de Alma-Ata. En el Texto Constitucional se recoge el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y se señala que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios, fomentando la educación sanitaria.

A partir del año 1981 se inicia un profundo proceso de descentralización de las competencias sanitarias del Estado a las Comunidades Autónomas. En ese año, Cataluña recibe las primeras transferencias sanitarias, seguida en 1984 por Andalucía, en 1987 por Euskadi y Valencia, en 1990 por Navarra y Galicia, en 1994 por Canarias y en 2001 por el resto de las Comunidades Autónomas del Estado. En cada



En 1978 se inicia la segunda etapa, de la transformación del sistema sanitario español, coincidiendo con la celebración de la Conferencia de Alma-Ata.

una de ellas se constituye un Servicio de Salud que es el encargado de ejercer la autoridad sanitaria sobre todas las instituciones y servicios de su ámbito territorial y tiene amplias competencias en atención primaria y hospitalaria y en salud pública.

En 1984 se inicia el proceso de reforma de la asistencia primaria con la promulgación del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud en el que se establece la división territorial en Zonas Básicas de Salud, cada una de ellas atendida por un Centro de Salud y un Equipo de Atención Primaria.

El 25 de abril de 1986 se promulga la Ley General de Sanidad, disposición básica que marca las orientaciones estratégicas y organizativas del sistema sanitario español. Se crea un Sistema Nacional de Salud formado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, coordinados en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se establecen las características primordiales de nuestro sistema sanitario:

- Cobertura universal y no discriminativa de todos los ciudadanos.
- Financiación pública a través de impuestos (Presupuestos Generales del Estado).
- Gratuidad de las prestaciones asistenciales (copago en farmacia).
- Descentralización competencial y coordinación estatal.
- Garantía de calidad de la atención prestada.
- Potenciación de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Participación comunitaria.
- Organización territorial en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud.

En las Áreas de Salud (alrededor de 250.000 habitantes) se presta tanto atención primaria (APS) como hospitalaria especializada. Este ámbito territorial recibe denominaciones diversas en distintas Comunidades Autónomas: región, distrito, sector, etc.

En el año 2003, dos después de completarse el proceso de descentralización de competencias, se promulga la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en la que se establecen los mecanismos de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas y de las Comunidades Autónomas que garanticen la equidad y calidad de las prestaciones en el conjunto del Estado con referencia especial a las carteras de servicios, farmacia, profesionales sanitarios, sistema de información e investigación en salud. La Ley de Cohesión y Calidad define también los cuidados sociosanitarios como una red de provisión de servicios destinada esencialmente a los pacientes crónicos con grados variables de dependencia.

En el año 2006 se aprueba la conocida como Ley de Dependencia (de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia) por la que se promueve la colaboración de las distintas Administraciones públicas para el abordaje de las necesidades y problemas específicos de estos colectivos con referencia especial a los servicios de salud y sociales.

El sistema sanitario español, con diferencias a veces significativas entre Comunidades Autónomas, se estructura en dos niveles principales: atención primaria y hospitalaria especializada. Los recursos sanitarios esenciales son los centros de salud y los hospitales, éstos con distintos grados de complejidad tecnológica. Los hospitales pueden ser generales (que tienen al menos los departamentos básicos de medicina, cirugía y traumatología, obstetricia y ginecología, y pediatría) o monográficos dedicados a una actividad o grupo de problemas concretos (oncología, psiquiatría, oftalmología, rehabilitación...).



El sistema sanitario español, con diferencias a veces significativas entre Comunidades Autónomas, se estructura en dos niveles principales: atención primaria y hospitalaria especializada.

Existen también múltiples tipos de establecimientos especializados que proveen atención para grupos concretos de problemas o necesidades (odontológicas, orientación familiar, diálisis) y una red de centros de salud mental que asisten en régimen ambulatorio a pacientes con este tipo de patología. La atención urgente se realiza tanto en los servicios hospitalarios como en algunos centros de salud y por los servicios móviles de urgencias y emergencias.

Aunque podamos afirmar que en España tenemos un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal pública, no es menos cierto que siguen existiendo colectivos poblacionales como los funcionarios de las Administraciones locales y del Estado, de la judicatura y de las fuerzas armadas que pertenecen a mutualidades de seguros que les ofrecen la posibilidad de escoger entre la provisión pública y privada de atención sanitaria. Las Mutuas Patronales y de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales también funcionan de forma autónoma y proporcionan cobertura aseguradora para empresarios y trabajadores afectados por este tipo de problemas.

El sistema sanitario español tiene casi 803 hospitales y cuenta con unas 3,6 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes. La tasa más elevada es la de Cataluña, con 4,5. Existen unas 160.000 camas en el conjunto del Estado (datos del año 2009). Más del 60% de los hospitales son de titularidad privada, pero el número de camas públicas supone casi el 70% del total, lo que nos indica la diferencia de tamaño medio que existe entre los centros públicos y privados. En España hay más de 2.800 centros de salud, todos de titularidad pública, con una tasa de 6,4 centros por cada 100.000 habitantes.

Nuestro Sistema Nacional de Salud cuenta (año 2008) con más de 600.000 profesionales titulados, de los cuales aproximadamente un tercio son médicos y una proporción ligeramente superior, enfermeras. Los fisioterapeutas son prácticamente 32.000. Los farmacéuticos superan ligeramente el número absoluto de 60.000 y los odontólogos y veterinarios, 25.000 y 28.000, respectivamente. Mucho menor es el número de podólogos, alrededor de 5.000.

Desde la perspectiva económica (datos OCDE 2009) del gasto sanitario público, el sistema sanitario español supone alrededor del 6,1% del Producto Interior Bruto (PIB), proporción que se sitúa bastante por debajo de la media de los países que integran la Unión Europea (UE-15), donde es del 7,06%. Asimismo, el gasto sanitario público por habitante es de 1.917 dólares USA (en poder paritario de compra [PPC]), mientras que la media de la UE-15 es de 2.464. El gasto en atención primaria no ha crecido significativamente en términos porcentuales respecto al total en los últimos diecisiete años y sigue situado entre el 15 y el 17%. En definitiva, puede afirmarse que el sistema sanitario español utiliza, en comparación con otros países europeos semejantes, una cantidad menor de recursos económicos y que la proporción de éstos destinada a la atención primaria es inferior al 20%. El gasto en medicamentos supone alrededor del 20% del sanitario total.

Atención primaria de salud en España y otros países

Antecedentes en España

En la evolución de la atención primaria de salud en España, de forma semejante a la del conjunto del sistema sanitario, se pueden distinguir dos grandes etapas. La primera de ellas tiene su origen en los años cuarenta del siglo pasado con la instauración del Seguro Obligatorio de Enfermedad y el desarrollo de la asistencia médica ambulatoria, realizada inicialmente en consultas propias de los médicos generales y después en las radicadas en centros ambulatorios construidos a partir de la década de los años cincuenta. Los médicos pasaban consulta durante 2,5 horas cada día y debían acudir a los domicilios de los pacientes que solicitaban ser atendidos por procesos que les impedían ir personalmente al ambulatorio para ser visitados. En el medio rural se adscribieron a los médicos titulares (de asistencia pública domiciliaria [APD]) de cada población las cartillas de los afiliados a la Seguridad Social, que eran atendidos en consultas propiedad de los ayuntamientos o de los mismos profesionales. Las consultas en los ambulatorios urbanos padecían un alto grado de masificación; cada médico general podía visitar frecuentemente más de 60 pacientes en las poco más de 2 horas que duraba esta actividad. En este contexto era realmente imposible desarrollar una atención clínica efectiva y resolver los problemas que llevaban a los pacientes a la consulta. La actividad principal del médico general se centraba, tras algunas breves preguntas al enfermo o al familiar que acudía en su nombre, en la dispensación de recetas de medicamentos y en la cumplimentación de partes de baja laboral y de derivación del paciente a los especialistas



Figura 1.5 • Elementos negativos de la asistencia médica ambulatoria. De Martín Zurro, 1986.

cuando se creía preciso o el enfermo lo solicitaba. La enfermera que acompañaba habitualmente al médico en la consulta era la que se encargaba de rellenar las recetas y el resto de documentos necesarios. Estas características de la asistencia médica ambulatoria, sobre todo en el ámbito urbano, justifican el deterioro de la imagen y prestigio profesional y social del que adolecía esta parte del sistema sanitario (fig. 1.5).

La asistencia urgente en las ciudades era realizada por servicios y profesionales diferentes, habitualmente sin ningún contacto o coordinación con los médicos generales, mientras que en los pueblos era asumida inicialmente por los propios médicos de APD.

Desde una perspectiva conceptual, la asistencia prestada en los ambulatorios tenía una orientación exclusivamente curativa o reparadora, era incompleta en la medida en que dejaba fuera de la competencia del médico general diversos problemas y necesidades de salud que eran derivados desde la primera consulta a los especialistas y tenía un bajo nivel de calidad científico-técnica. Los médicos generales y los pediatras trabajaban de forma aislada, sin actividades conjuntas con los restantes profesionales de los ambulatorios.

Reforma de la atención primaria española

Los prolegómenos de la segunda etapa, la de reforma del sistema, se inician en 1978, dos años después del inicio de la democracia en España. Es en este momento cuando se reconoce oficialmente la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y comienza en 1979 la formación de los primeros profesionales por el sistema MIR (Médicos Internos y Residentes). Entre estos años y 1984 se producen algunos cambios en la orientación y estructura de la asistencia médica ambulatoria,

limitados a los centros en los que se desarrollan los programas de formación de los nuevos especialistas: comienza el trabajo en equipo, se amplía la dedicación laboral hasta las 7 horas diarias, se diseñan los primeros modelos de registro de actividad e historia clínica, se programan actividades docentes y de investigación en los centros y se inicia la introducción de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A comienzos del año 1984 se promulga la primera disposición legal de ámbito estatal sobre la reforma de la asistencia médica ambulatoria. El Decreto de Estructuras Básicas de Salud define las características esenciales de la nueva atención primaria española: el centro de salud, el equipo de atención primaria y la estructuración territorial en zonas básicas de salud. Dos años después, la Ley General de Sanidad, cuyos elementos fundamentales ya hemos mencionado, refrenda estas características de la atención primaria y dinamiza el proceso de reforma en el conjunto de las Comunidades Autónomas del Estado. Los cambios progresan lentamente y no es hasta bien entrada la primera década de este siglo cuando se puede dar por concluida la fase de extensión de la reforma, persistiendo aún hoy algunas bolsas reducidas de profesionales que siguen trabajando de acuerdo con la dedicación y dinámica organizativa de la antigua asistencia médica ambulatoria. La reforma ha mantenido la asignación a cada persona de un médico de familia y un pediatra (en las edades inferiores a 14 años), así como la responsabilidad del médico de familia en el control de las bajas laborales. Los profesionales de referencia siguen ejerciendo una función de filtro (*gatekeeper*) para el acceso a la mayoría de los especialistas consultores.



A comienzos del año 1984 se promulga la primera disposición legal de ámbito estatal sobre la reforma de la asistencia médica ambulatoria: el Decreto de Estructuras Básicas de Salud.

El proceso de reforma de la atención primaria introduce un conjunto de cambios importantes, entre los que señalaremos los siguientes:

1. Equipos de atención primaria centrados alrededor de médicos (de familia y pediatras) y enfermeras que trabajan en régimen de dedicación completa.
2. Integración en las consultas de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. Ordenación del territorio en Zonas o Áreas Básicas de Salud (5.000-25.000 habitantes), cada una de ellas a cargo de un equipo.
4. Coordinación en el Área de Salud con los profesionales que prestan apoyo especializado a los equipos de atención primaria.
5. Retribución mixta (salario, complementos, número de pacientes) de los profesionales.
6. Instauración de la tarjeta sanitaria individual.
7. Docencia e investigación.

Tabla 1.1 Resultados iniciales de la reforma de la atención primaria (Región Costa de Ponent, Cataluña)

Disminución de la frecuentación en las consultas de adultos
Aumento de la frecuentación en las consultas de pediatría
Disminución de las visitas diarias en medicina de familia
Descenso de las derivaciones (especialistas extrahospitalarios, urgencias, consultas en el hospital)
Disminución del gasto farmacéutico

De Martín Zurro, 2003.

El proceso de reforma de la atención primaria en España ha sido evaluado desde diversas perspectivas, pero la fiabilidad de los resultados es con frecuencia insuficiente, en muchas ocasiones por la falta de datos o la imposibilidad de comparar los provenientes de las diferentes Comunidades Autónomas del Estado. Existen estudios que demuestran mejoras en el proceso asistencial (tiempo por consulta, prescripción de fármacos, prevención, etc.) e incluso una disminución de la mortalidad general en poblaciones de bajo nivel socioeconómico (tabla 1.1).

Atención primaria reformada: problemas y propuestas de acción

En un proyecto publicado en 2009 en el que se analiza la situación de la atención primaria en las distintas Comunidades Autónomas de España se señalan algunos de los principales problemas con los que se enfrenta a corto y medio plazo (tabla 1.2):

- Necesidad de mejorar la insuficiente financiación del conjunto del sistema sanitario y, en particular, de la atención primaria, en la que se observa una cierta tendencia al estancamiento de la cantidad de recursos asignados y disponibles.
- Incrementar la autonomía de gestión de los centros de salud y de sus directivos y profesionales asistenciales, actualmente muy escasa o nula y con un control centralizado excesivo que impide el desarrollo de iniciativas adaptadas a las necesidades locales y la introducción de mayor flexibilidad organizativa y laboral para mejorar la calidad de vida personal y profesional.
- Aumentar las remuneraciones, actualmente bajas y que casi obligan al pluriempleo y desmotivan a los posibles candidatos a elegir este ámbito de actividad. Los ingresos que perciben los profesionales sanitarios —y concretamente los de atención primaria— se encuentran entre los más bajos de la Unión Europea. Por otro lado, la estructuración

Tabla 1.2 Algunos elementos de cambio para la APS del siglo XXI

Mejorar la financiación
Mayor autonomía de centros, equipos y profesionales
Más tiempo para cada visita
Flexibilizar la organización del trabajo en los equipos
Integración de los servicios comunitarios (APS y Salud Pública)

salarial no incentiva precisamente la consecución de objetivos y la calidad al no priorizar en mayor grado la compensación en función de los resultados asistenciales conseguidos por el profesional individual y el equipo.

- Disponer de más tiempo para cada consulta, lo que incidiría de forma clara sobre la mejora de la calidad de la atención prestada. La asignación de un número razonable de pacientes a cada médico y enfermera, y la disminución de la frecuentación autoinducida pueden contribuir a incrementar la duración de las visitas.
- Diseñar carreras y vías de desarrollo profesional continuo atractivas y motivadoras.
- Potenciar el liderazgo participativo en los centros y equipos y desterrar una designación de los cargos directivos de éstos basada de forma exclusiva o principal en la confianza política.



La asignación de un número razonable de pacientes a cada profesional médico y de enfermería y la disminución de la frecuentación autoinducida pueden contribuir a incrementar la duración de las visitas.

- Desarrollar una relación del profesional sanitario con sus pacientes más personalizada y favorecer el acceso virtual a éste a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
- Reconsiderar los ámbitos competenciales de los distintos miembros de los equipos, con referencia especial a los médicos de familia, pediatras y enfermeras. Este nuevo análisis de las funciones y tareas de cada uno de ellos se debe basar en la capacidad demostrada para atender con garantías de calidad y seguridad los distintos tipos de problemas y necesidades, y no en una asignación apriorística rígida y puramente estamental o corporativa.
- Planificar y organizar de forma integrada los servicios sanitarios de cada territorio estableciendo vínculos potentes de coordinación y colaboración en la gestión, en la asistencia y en la docencia e investigación entre los recursos de los centros de salud y los de apoyo especializado, con referencia especial a los de salud pública, salud mental y sociosanitarios.
- Analizar de nuevo el dimensionamiento de los centros de salud y de los equipos, e incrementar el número de espacios de consulta y para acciones comunitarias en una perspectiva de mayor aproximación estructural y funcional al concepto de centro de salud integral.
- Flexibilizar el marco laboral de los profesionales y aumentar la autonomía organizativa de los equipos y de cada uno de sus componentes.
- Potenciar el papel gestor de sus pacientes del médico y la enfermera de familia para mejorar la longitudinalidad y continuidad de la atención.
- Profundizar en las estrategias de información y diálogo con la ciudadanía como instrumento de mejora de la participación y de la utilización de los servicios sanitarios.

Atención primaria en otros países

Tras la Conferencia de Alma-Ata, el desarrollo de la APS no ha sido uniforme ni ha seguido los mismos derroteros en los distintos países. Ya hemos mencionado que muchas de las críticas a las propuestas de Alma-Ata se centraron en considerar que no eran apropiadas para países desarrollados con sistemas sanitarios potentes y que sólo o principalmente podrían ser útiles para los subdesarrollados o en vías de desarrollo. El progreso de la estrategia de APS se ha visto también lastrado por las múltiples interpretaciones —muchas de ellas erróneas o restrictivas— que se han hecho sobre el significado conceptual y organizativo y el ámbito de competencias propias de la atención primaria limitándola a la asistencia médica primaria, y olvidando el resto de sus componentes profesionales, campos de actividad e interacciones con otros sectores sociales implicados en la determinación de la situación de salud.

De acuerdo con Barbara Starfield, los países con sistemas sanitarios regulados y organizados como servicios nacionales de salud de naturaleza pública y financiados a través de impuestos son los que han promovido mayores cambios en la línea de las recomendaciones de la Conferencia de Alma-Ata y han situado a la APS en un lugar más preeminente. En el caso de Europa han sido los países nórdicos y los del sur del continente los que más han progresado en este sentido. Por el contrario, los centroeuropeos y del este han seguido trayectorias diversas, alejadas en ocasiones de una priorización suficiente de la APS.

Muchos de los países de América del Sur y del Caribe iniciaron a mediados de los años noventa procesos de reforma de sus sistemas sanitarios que han conseguido mejorar algunos indicadores básicos de salud como las tasas de mortalidad perinatal e infantil y la esperanza media de vida. En estos países han crecido, en cambio, otros problemas emergentes como la violencia, la obesidad o el consumo de drogas, que están incidiendo de forma muy negativa sobre la situación de salud. A pesar de los cambios impulsados por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y los gobiernos nacionales, no se ha logrado incrementar suficientemente la accesibilidad y la equidad de los servicios de salud en gran parte de los países de este continente ni desarrollar sistemas sanitarios en los que la APS tenga la consideración y recursos precisos para poder constituirse como elemento nuclear o central de los mismos. Sin embargo, en países como Argentina, Brasil, Chile, México, Costa Rica, Panamá y Cuba se han realizado progresos importantes en los últimos quince o veinte años en este ámbito.



Los países con sistemas sanitarios regulados y organizados como servicios nacionales de salud de naturaleza pública y financiados a través de impuestos son los que han promovido mayores cambios en la línea de las recomendaciones de la Conferencia de Alma-Ata.

En Estados Unidos, al menos antes de los procesos de reforma iniciados en 2010 por la Administración del presidente Obama, con un sistema sanitario no regulado y un 16% de la población sin cobertura sanitaria, la atención primaria se centra en la asistencia prestada en consultas individuales o de centros de salud públicos y privados. Aproximadamente el 20% de la población es atendida por HMO (*Health Maintenance Organizations*) de financiación pública. Las consultas de atención primaria son realizadas por médicos de familia, internistas y pediatras, esencialmente. La orientación comunitaria de la atención es escasa y la APS no siempre es el primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema sanitario. Tampoco existe una organización territorial que permita la asignación de un conjunto poblacional a cada médico, grupo o centro. Excepto en las HMO, los pacientes pagan directamente el coste de cada consulta y de las pruebas o medicamentos prescritos.

En Canadá, el sistema sanitario es de cobertura universal y está financiado a través de los impuestos, y los profesionales suelen trabajar en grupos pequeños formados casi exclusivamente por médicos de familia. Excepto en el estado de Quebec, la atención no suele tener una orientación comunitaria clara y no hay adscripción personal o poblacional a cada médico o centro. Los médicos son remunerados por el gobierno por cada visita que realizan.

En el continente africano, los progresos son aún menores que en América Latina. En el año 2008 la mayoría de los países de África se comprometieron (Declaración de Argel) a fortalecer sus sistemas de salud a partir de estrategias basadas en la APS y con un esquema de prioridades básicas centradas en la mejora de la provisión de alimentos y medicamentos esenciales para combatir el hambre y las grandes epidemias (sida y malaria), respectivamente, y en la potenciación y regulación de las medicinas tradicionales, que son utilizadas por más del 80% de la población.

En Asia, concretamente en la República Popular China, desde principios de la década de los noventa se ha ido incrementando la implantación de la medicina de familia, pero no ha sido hasta el año 2006 que se ha puesto en marcha un nuevo proceso de reforma del sistema sanitario que prioriza la APS, con una clara orientación comunitaria y basada en la actividad de médicos de familia trabajando en centros de salud. En la India, a pesar de planes teóricos que desde 1983 promueven la APS, se ha avanzado muy poco en la práctica y siguen persistiendo graves problemas de accesibilidad y de falta de equidad en su sistema sanitario. En Japón no existe un nivel individualizado de atención primaria y la asistencia ambulatoria corre a cargo de especialistas diversos (medicina interna, pediatría y otros). Los pacientes deben pagar una cantidad de dinero más o menos significativa para recibir asistencia (más para los ingresos en hospitales) y medicamentos, y existe un 15% de la población menor de 65 años que no tiene aseguramiento sanitario.

En Australia y Nueva Zelanda, la atención primaria ha alcanzado un nivel importante de desarrollo tanto desde una perspectiva asistencial como de los programas de formación graduada y de posgrado, cuentan con sociedades científicas potentes y los procesos de reforma de los sistemas sanitarios de estos dos países han prestado atención especial a estrategias basadas en la APS.

Bibliografía comentada

- Cuenca E. En: Cuenca E, Baca P, eds. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones. Madrid: Axon; 2005.
En este libro se desarrolla una visión de la atención odontológica centrada en los aspectos comunitarios y preventivos, así como en los de planificación, organización y gestión.
- Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
El primer libro sobre atención primaria editado en España (1984). En sus capítulos iniciales se exponen los elementos conceptuales y organizativos de la APS.
- Martínez Riera JR. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R, eds. Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Axon; 2006.
Libro que aborda de forma extensa aspectos generales de la APS y, específicamente, los relacionados con las competencias de los profesionales de enfermería.
- Sánchez Vidal A. En: Sánchez Vidal A, ed. Manual de Psicología Comunitaria: un enfoque integrado. Madrid: Pirámide; 2007.
Libro que introduce, desde la perspectiva de la psicología, el análisis de las interacciones básicas con la comunidad y de los problemas psicosociales de origen social y familiar.
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
Libro de referencia para la aproximación comparativa entre distintos países y sistemas sanitarios de la APS, así como para el análisis de sus componentes y actividades principales.

Bibliografía general

- Macía Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema nacional de salud español. Características y análisis. Enfermería Global. 2007;10:1-14.
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, y grupo de trabajo de atención primaria de salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007;21:73-84.
- Martín Zurro A, Ledesma Castellort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud. Balance y perspectivas. Aten Primaria. 2000;25:48-58.
- Martínez Rodríguez A. Fisioterapia en Atención Primaria. En: Martínez Rodríguez A, coord. Madrid: Síntesis; 2008.
- Navarro López V, Martín Zurro A. La atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: semFYC ediciones; 2009.
- Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Revista de Administración Sanitaria. 2002;21:39-67.
- Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, Maeseneer JM, Hjortdahl P, et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:17-26.
- Starfield B. Is Primary Care Essential?. Lancet. 1994;344:1129-33.
- Vuõri H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud?. Aten Primaria. 1984;1:3-4.