

El sistema Nacional de Salud. Situación actual.

Carlos Martínez-Ramos

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Complutense.
Hospital Clínico San Carlos. C/ Prof. Martín Lagos, s/n. 28040-Madrid.
cmartinez.hcsc@salud.madrid.org

Resumen: En este trabajo se expone el origen, la evolución y la situación actual del Sistema Nacional de Salud y la normativa que lo regula. Se describe la organización autonómica del sistema sanitario, las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. Se analiza la estructura del sistema sanitario en niveles asistenciales así como la función de cada uno de ellos y la importancia de la coordinación entre dichos niveles asistenciales.

Palabras claves: Sistema nacional de salud. Organización autonómica. Niveles asistenciales.

INTRODUCCION

El Sistema Nacional de Salud está constituido por todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la Ley General de Sanidad, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la Salud, que se recoge en el artículo 43 de la Constitución.

ORIGENES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Antecedentes

El sistema sanitario español nació con la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP), pero antes de que adquiriese forma definitiva y tomara carta de naturaleza en nuestra legislación social, el INP pasó por un largo período de preparación y estudio.

Los antecedentes oficiales se remontan al año 1883, con la creación de la llamada *Comisión de Reformas Sociales* para el estudio de todas las cuestiones que interesaban a la mejora o bienestar de las clases obreras, y que posteriormente se transformó en el *Instituto de Reformas Sociales*.

La citada Comisión encargó una ponencia acerca de la creación de una *Caja Nacional de Seguro Popular*, ponencia que, ya en 1903, esbozaba las líneas fundamentales del que más tarde sería el Instituto Nacional de Previsión.

Posteriormente en 1904, el Ministerio de la Gobernación encargó al *Instituto de Reformas Sociales* un proyecto de Ley sobre la materia, y dicho Instituto presentó al Gobierno el proyecto de creación del *Instituto Nacional de Previsión*.

Este proyecto fue presentado al Parlamento, previa autorización del Rey Alfonso XIII, el 1 de noviembre de 1906. Sin embargo, la situación política de la época, no permitiría que se aprobara hasta el 27 de febrero de 1908.

Desarrollo de la Previsión y de los Seguros Sociales

Con la creación del Instituto Nacional de Previsión se establece el régimen legal español de Retiros Obreros, bajo el sistema de la libertad subsidiada de las pensiones de vejez que libremente contrataran los obreros con este Organismo.

El Sistema de la libertad subsidiada, iniciado y practicado por el Instituto Nacional de Previsión en el decenio 1909-1919, preparó la organización necesaria para la implantación del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero en marzo de 1919.

Un avance social importante en el tercer decenio del siglo, es el establecimiento del Seguro Obligatorio de Maternidad, en Noviembre de 1929, que amplía y refuerza el Subsidio de Maternidad de 1923. Este seguro garantizaba, entre otras prestaciones, la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto. A estos efectos, el Instituto Nacional de Previsión establece los primeros convenios con las organizaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas.

Otros logros significativos fueron la aplicación en 1931, a todos los trabajadores de la agricultura, de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900, primera norma legislativa del sistema de protección social español, y la aprobación de la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria, en julio de 1932.

En esa época el sistema sanitario español se caracterizaba por su fragmentación. Las Administraciones Públicas (Estado, Diputaciones, Ayuntamientos) debían ocuparse de los aspectos de salud pública, dejando al individuo la responsabilidad de la atención a su enfermedad. La Beneficencia se encargaba de atender las necesidades de la población sin recursos económicos. Solo en el caso de algunas enfermedades consideradas de especial trascendencia social (tuberculosis, lepra, paludismo, cáncer, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales...), las Administraciones Públicas se ocupaban de su asistencia, a través de una red de hospitales y dispensarios. Todo esto formaba un entramado sin ninguna coherencia organizativa, en el que participaban un gran número de organismos públicos.

EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Para prestar asistencia sanitaria a los "*productores económicamente débiles de la industria y el comercio*", se creó en 1942 el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE),

dentro del sistema de protección social del Instituto Nacional de Previsión (INP), con una orientación meramente reparadora de la salud perdida. En sus orígenes cubría las prestaciones de medicina general, algunas especialidades quirúrgicas y la dispensación farmacéutica, prestaciones que poco a poco fueron ampliándose.

El S.O.E. queda a cargo del INP, como entidad aseguradora única, y entre las prestaciones del Seguro estaban la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y en relación con la maternidad, e indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de las situaciones anteriores.

La Seguridad Social en España partía de un modelo laboral-profesional, que se fue generalizando de forma progresiva, con la incorporación de nuevos colectivos, fundamentalmente en la etapa 1953-1962, en forma de regímenes especiales. En este modelo las cotizaciones de empresarios y trabajadores constituían la fuente exclusiva de financiación de las prestaciones de Seguridad Social, tanto económicas como asistenciales, y eran las que conferían el derecho a acceder a esas prestaciones. En Diciembre de 1963, se suprimen los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, y se instrumenta el desarrollo del sistema de Seguridad Social.

En mayo de 1974 se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social que modifica y amplía las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En 1977, se crea el *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social* (posteriormente, en 1981 fue de *Trabajo, Sanidad y Seguridad Social*, y finalmente, en ese mismo año, de *Sanidad y Consumo*), que a pesar de unir en un único organismo las funciones de salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y la asistencia, no va a lograr conjugarlas plenamente.

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (INSALUD)

Los cambios fundamentales en el ordenamiento político del país se producen con la aprobación en 1978 de nuestra Constitución. En ella se reconoce *el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud*. Asimismo se establece la nueva organización territorial del Estado, con el establecimiento de las Autonomías, y se inicia una reforma que prevé transferir a las 17 Comunidades Autónomas el poder de todos los niveles de la Administración Central posibilitando que éstas puedan asumir las competencias sanitarias mediante sus propios Servicios de Salud.

La Constitución de 1978 iba a marcar el inicio de la transformación de la protección social. La Seguridad Social iniciaba su transformación desde el modelo laboral-profesional hacia un modelo universalista. El artículo 41 de la Carta Magna establece que "*los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de*

necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres".

En el artículo 43 "*se reconoce el derecho a la protección de la salud*". En ese mismo artículo se dice que "*compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*".

En diciembre de ese mismo año se publica el Real Decreto-Ley 36/1978, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, por el que el Instituto Nacional de Previsión se suprime y se escinde en tres institutos, el de Seguridad Social (INSS), el de Servicios Sociales (INSERSO) y el de Salud (INSALUD), correspondiendo a este último, el *Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)*, organismo de nueva creación, la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social, quedando fuera las Mutualidades de funcionarios, así como la gestión de la asistencia a los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que recaería en las Mutuas Patronales.

En esa época el INSALUD contaba con una importante red asistencial, organizada en *tres niveles: la asistencia primaria, la especializada ambulatoria y la hospitalaria*, esta última beneficiaria, desde los años sesenta, de importantes inversiones materiales y de dotación de personal. En 1979 el INSALUD gestionaba un dispositivo formado por 175 hospitales (incluidos los de la "*Obra 18 de julio*", así como el "*Gran Hospital de la Beneficencia del Estado*", hoy "*Hospital de la Princesa*", y el del "*Niño Jesús*"), con una capacidad de 52.609 camas, en los que trabajaban un total de 89.418 personas, de las que 12.757 eran médicos, además de 300 ambulatorios y 526 consultorios.

Con la aprobación de la Constitución, España se estructura política y administrativamente de una manera bien distinta a la que había primado hasta ese momento, constituyéndose el llamado "Estado de las Autonomías" en el que el peso principal de la gestión y la administración de los servicios e intereses públicos recaen en los gobiernos autonómicos.

En materia sanitaria fue la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 la que consagró la descentralización definiendo el Sistema Nacional de Salud como "el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados".

De acuerdo con el principio de descentralización territorial, a partir de 1979 se inició el proceso de transferencias en materia de sanidad a los entes preautonómicos. En una primera etapa se transfirieron las competencias relativas a prevención y promoción de la salud, planificación y coordinación hospitalaria, y seguidamente las funciones y servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). Fue en julio de 1981 cuando se aprobaron las primeras transferencias de las funciones y servicios del INSALUD a las comunidades Autónomas, siendo Cataluña la primera en recibirlas y que concluye a principios de 2002 con las transferencias de los servicios sanitarios a las diez CCAA que todavía no los tenían.

La valoración global de la descentralización sanitaria es ampliamente positiva. El acercamiento de los temas sanitarios, de las decisiones sanitarias a las administraciones autonómicas, ha hecho que la sanidad haya pasado a ser uno de los asuntos prioritarios en las agendas políticas de las distintas autonomías, produciéndose mejoras importantes en las infraestructuras y en las organizaciones sanitarias, especialmente en aquellas CCAA que, históricamente, tenían más retraso al respecto.

LEY GENERAL DE SANIDAD

Tras la llegada de la democracia se empezó a propugnar una reforma basada en el concepto de Servicio Nacional de Salud, con una cobertura universal y financiación con cargo a los presupuestos del Estado, frente a la opción de mantener un sistema de seguros sociales. Los "*Pactos de la Moncloa*" de 1977 abrieron el camino hacia la financiación de la sanidad a través, fundamentalmente, de impuestos.

Con la *Ley General de Sanidad*, de abril de 1986, se configura el nuevo modelo de organización creándose el *Sistema Nacional de Salud*, tomando forma el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado.

El artículo 3º de la Ley General de Sanidad sentaba las bases de lo que habría de ser el nuevo modelo sanitario

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

A partir de 1989, se amplía la previsión constitucional en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos, por una parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado, a través del sistema impositivo ordinario y, por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

En el año 2002, el Instituto Nacional de la Salud se convierte en una entidad de menor dimensión y pasa a denominarse *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*, el nuevo Instituto se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de la Ciudades de Ceuta y Melilla.

El *Servicio Nacional de Salud* actual se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

Las principales características de este modelo son:

1. **Universalización de la atención.** El Sistema de Salud español establece que todas las personas, independientemente de su nacionalidad, tiene derecho a la salud y a la asistencia sanitaria. Este principio es aplicable independientemente de la situación económica y laboral de los interesados. Es decir, que el 100% de la población residente en España está cubierta por el sistema sanitario español. Para que todos puedan tener acceso a la sanidad ésta se ha ido descentralizando progresivamente, por lo que los servicios son prestados directamente por las distintas Comunidades Autónomas.

El Sistema Sanitario español es un sistema público y gratuito que incluye a cualquier ciudadano extranjero quien, una vez que esté empadronado en el ayuntamiento del municipio donde reside habitualmente, se puede beneficiar de la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que el resto de ciudadanos. La sanidad pública se financia a través de las aportaciones salariales de los trabajadores y los impuestos, y está gestionada por las comunidades autónomas.

2. **Accesibilidad y desconcentración.** Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentalizado la *regionalización sanitaria*, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.
3. **Descentralización.** En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se emprendieron reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se implica a la Comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En la actualidad el sistema sanitario español tiene dos niveles organizativos: el Central constituido por el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y el Autonómico integrado por los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Organización de la Administración Central

El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.

Organización Autonómica

La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas.

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad Autónoma, Diputaciones Provinciales, Cabildos, Consejos, Ayuntamientos y cualquier otra Administración Territorial intracomunitaria, respetando las distintas titularidades que existan, aunque a nivel funcional dichos servicios estén adscritos al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.

En enero de 2002 todas las Comunidades Autónomas (CCAA) completaron el proceso de recepción de la gestión sanitaria. Por eso podemos hablar de un "nuevo" Sistema Nacional de Salud en donde las Comunidades Autónomas han sido las que han dado un mayor impulso al desarrollo de los servicios públicos de salud.

Desde el punto de vista del conjunto del SNS se produce un mayor equilibrio, ahora todas las Comunidades Autónomas pueden dirigir el conjunto de sus recursos, y pueden aspirar a un desarrollo similar. Las transferencias de servicios de salud han servido para dinamizar la atención sanitaria, para mejorar las prestaciones. Las Comunidades Autónomas conocen más de cerca los problemas de su territorio y pueden diseñar soluciones más apropiadas.

La Constitución Española, la Ley General de Sanidad y las Leyes autonómicas y estatales que las han desarrollado, garantizan el derecho a la atención sanitaria de todos los españoles, en todo el territorio nacional. Es decir, el Sistema Nacional de Salud es uno solo, conformado por 17 (+2, de las ciudades de Ceuta y Melilla) Servicios de Salud. Las CCAA tienen la responsabilidad de la gestión y administración de esos recursos para ofrecer servicios sanitarios en su ámbito de responsabilidad. Pero ninguna CCAA puede rechazar la atención de un paciente que resida en otra. El derecho a la protección de la salud es el mismo en toda España. Y está garantizada la movilidad de los pacientes.

Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud

Para conseguir una mejor utilización de los recursos sanitarios así como para garantizar un mejor acceso a los servicios sanitarios, la Ley General de Sanidad prevé la organización territorial autonómica de los servicios de salud en Áreas de Salud y en Zonas Básicas de Salud. La creación y demarcación de las mismas corresponde a las Comunidades Autónomas.

Las Áreas de Salud, según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras básicas y fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados.

Las Áreas de Salud (también llamadas *Regiones* o *Distritos* en algunas Comunidades Autónomas) se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias. Generalmente abarcan poblaciones variables que suelen oscilar entre 200.000 y 250.000 personas.

Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención sanitaria, las Áreas de Salud se dividen a su vez en Zonas Básicas de Salud, que constituirán el marco territorial de la atención primaria y que suelen tener una población que oscila entre 5.000 y 25.000 habitantes.

El conjunto de las Áreas de Salud con sus Zonas Básicas de Salud constituyen los respectivos *Mapas Sanitarios* de cada Comunidad Autónoma. La Comunidad Valenciana es la que tiene mayor número de Áreas de Salud (20), le siguen las comunidades de Castilla y León y Madrid con 11 cada una, Andalucía, Asturias, Cataluña y Extremadura con 8, Canarias con 7, Murcia con 6, Aragón con 5, Cantabria, Galicia y País Vasco con 3 y Baleares, Castilla-La Mancha, Navarra y La Rioja con 1.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO

Niveles Asistenciales

La mayoría de sistemas sanitarios se organizan agrupando sus recursos y actividades en niveles asistenciales. Un aspecto primordial del cambio organizativo introducido en el actual sistema sanitario ha sido el paso del antiguo modelo del INSALUD basado en tres niveles asistenciales (primaria, especializada extrahospitalaria y hospitalaria) a otro con sólo dos niveles: Atención Primaria y Atención Especializada con el objetivo de que la atención se preste en el nivel más adecuado de atención.

La Atención Primaria constituye el primer nivel de atención, y su cometido es ocuparse de la resolución de los problemas más frecuentes en la población y de las tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

La Atención Especializada concentra los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad. Los médicos son expertos en una especialidad clínica y adoptan el papel de consultores y de realizadores de procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados.

En cada nivel asistencial existe una relación inversa entre accesibilidad y complejidad tecnológica. La Atención Primaria tiene una elevada accesibilidad y, por tanto, una baja complejidad tecnológica mientras que ocurre lo contrario en la Atención Especializada.

El primer nivel, Atención Primaria, llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano y pone a disposición de la población una serie de servicios básicos desde cualquier lugar de residencia. La dotación tecnológica se compone de aquellos medios necesarios para el manejo de patologías prevalentes, cuya profusa utilización hace que se consideren recursos rentables. Por otra parte, dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Los mismos criterios de equidad y eficiencia hacen que se atribuya al nivel primario otra función primordial, la de determinar la intervención del nivel especializado en los casos que superan sus posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas. Con ello se pretende modular el acceso espontáneo de los usuarios a los dispositivos sanitarios, de mayor complejidad y coste, de la Atención Especializada.

El acceso a la Atención Especializada debe ser ordenado por los médicos del primer nivel (Médico de Familia). Los servicios de nivel especializado pueden referirse a pruebas diagnósticas, a interconsultas o a derivación del caso con transferencia de la responsabilidad clínica sobre el paciente, al menos de manera temporal. El nivel primario debe asumir, posteriormente, la continuidad del tratamiento indicado en el nivel especializado y el control de la evolución del proceso.

Atención Primaria

Actualmente el sistema sanitario español se estructura, como ya se ha comentado, en dos niveles asistenciales. El Médico de Familia, del primer nivel asistencial, ejerce la función de puerta de entrada y gestor de casos, manteniendo la responsabilidad principal del paciente, mientras que el Médico Especialista, perteneciente al segundo nivel, es la figura del consultor y realizador de procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados. Los equipos de Atención Primaria deben desarrollar su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otros niveles.

La Atención Primaria ha experimentado un proceso de reforma que ha supuesto un gran cambio en la organización, accesibilidad y calidad de la atención sanitaria que se oferta a los ciudadanos en su primer contacto con el sistema sanitario público.

Para comprender este proceso de evolución y reforma hay que tener en cuenta que tras la segunda guerra mundial, se hace evidente que la gran cantidad de avances y de técnicas nuevas que se han introducido en la práctica médica, requieren de un lugar específicamente preparado para ellas: nace así el concepto moderno de hospital. El auge de la tecnología médica lleva consigo que se requieran cada vez más profesionales con formación específica en los nuevos avances, dando pie al desarrollo de la especialización. El hospital se convierte así en el centro del sistema sanitario.

En 1978 se celebra la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, en Alma Ata (Kazajstán), en la antigua URSS, apadrinada por la OMS y UNICEF, participando en ella ministros de salud de más de 100 países.

Esta Conferencia supuso un gran impulso para la Atención Primaria lo que da lugar a que el gobierno español implante la reforma de la misma para conseguir que sea un nivel eficiente de atención sanitaria y, además, la base sobre la que se fundamente de una manera sostenible, el sistema sanitario.

En el mes de julio del año 1978 se crea la especialidad de *Medicina Familiar y Comunitaria* (Real Decreto 2015/78, de 15 de Julio) desarrollándose posteriormente dicha especialidad según el Real Decreto 3303/78, de 29 de Diciembre. En él se dispone que: *“El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad”*.

En años posteriores se vive un fuerte auge, no exento de recelos y problemas, de la Atención Primaria, culminando todo ello con el decreto sobre Estructuras Básicas de Salud de 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986. Se establecen las, antes comentadas, *Áreas Básicas de Salud* que son unidades territoriales elementales a través de las cuales se organizan los servicios de Atención Primaria. En el territorio de cada Área Básica de Salud, se localizan los Centros de Salud y los Consultorios Locales.

Los *Centros de Salud* han significado un incremento cualitativo y cuantitativo de dotación de medios y recursos con respecto a la situación previa. Se define el Centro de Salud como la estructura física y funcional que permite el adecuado desarrollo de la Atención Primaria de salud.

En el Real Decreto 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud, se establece la figura de los *Equipos de Atención Primaria* constituidos por profesionales sanitarios y no sanitarios (médicos de Medicina Familiar y Comunitaria, de Pediatría, personal de enfermería y personal administrativo de soporte) que dirigen y desarrollan su actividad al conjunto de la población de un Área Básica de Salud y que tienen como primera función *“...Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos, en coordinación con el siguiente nivel asistencial”*.

Actualmente los médicos de Atención Primaria pasan a trabajar con horario completo, en exclusiva, y con el compromiso del trabajo en equipo; la formación es

mucho mayor, y los esfuerzos se dirigen no sólo a la curación, sino también a la prevención y a la promoción de la salud.

El Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, regula aquellas que corresponden a la Atención Primaria:

- a. La asistencia sanitaria en las consultas, servicios y centros de salud.
- b. La asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo.
- c. La indicación o prescripción, y la realización en su caso, por el médico de atención primaria, de las pruebas y medios diagnósticos básicos.
- d. Las actividades, programadas por los servicios de salud, en materia de educación sanitaria, vacunaciones, exámenes de salud y otras actividades o medidas programadas para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación.
- e. La administración de tratamientos parenterales, curas y cirugía menor.
- f. Las demás atenciones, prestaciones y servicios que se señalan o concretan a continuación:
 1. Atención a la mujer: atención del embarazo; preparación para el parto; visita durante el primer mes del posparto; detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz del cáncer ginecológico; tratamiento de las complicaciones de la menopausia.
 2. Atención a la infancia, hasta los 14 años: educación sanitaria; vacunaciones; revisión del niño sano.
 3. Atención al adulto y anciano: vacunaciones; detección de factores de riesgo; educación, asistencia a enfermos crónicos; atención a problemas específicos de la salud en la tercera edad; atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.
 4. Atención de urgencia, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, en régimen ambulatorio o domiciliario.
 5. Atención a la salud buco-dental: información y educación; medidas preventivas y asistenciales, aplicación de flúor, obturaciones, sellado de fisuras u otras para la población infantil; tratamiento de procesos agudos, incluidas extracciones; exploración preventiva a embarazadas.
 6. Otros servicios, atenciones y prestaciones de Atención Primaria: aplicación y reposición de sondajes; derivación a la asistencia especializada; tratamientos de rehabilitación básicos; indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos.

La puesta en marcha y desarrollo de los Equipos de Atención Primaria ha supuesto importantes mejoras tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios prestados desde este nivel asistencial.

Entre los logros alcanzados en Atención Primaria cabría destacar:

- El impulso dado a la promoción de la salud.
- La realización de los programas preventivos de salud.
- El desarrollo de programas y protocolos de atención a las patologías crónicas más prevalentes, lo que ha supuesto una mejora en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.
- El aumento de la atención domiciliaria.
- La promoción del autocuidado y el cuidado de personas dependientes.
- El incremento en la capacidad resolutoria de los dispositivos de Atención Primaria, ampliando el número de problemas de salud atendidos.
- La mejora en la accesibilidad de toda la población a las pruebas diagnósticas que se desarrollan en Atención Primaria.
- El desarrollo de programas de formación e investigación, prácticamente inexistentes en la etapa anterior.
- El aumento del tiempo medio dedicado a cada paciente asociado a la mayor dedicación de los profesionales.

La incorporación, al principio de la década de los 90, de la Cartera de Servicios y del proceso de descentralización de la gestión en los Equipos de Atención Primaria, y los mecanismos de incentivación, han supuesto un nuevo impulso a la organización y al papel de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario.

Todo ello ha redundado, entre otras cosas, en un alto grado de satisfacción entre la población usuaria, claramente por encima del grado medio de satisfacción con el Sistema Sanitario. La valoración global de la reforma de la Atención Primaria es altamente positiva ya que el actual modelo organizativo de los Equipos de Atención Primaria es capaz de dar respuesta a las necesidades de la población.

A pesar de todos estos cambios, actualmente todavía conviven médicos de familia con titulación vía MIR, médicos titulados por vía no MIR, y médicos generalistas sin titulación de medicina familiar. Sin embargo en el ámbito de Atención Primaria, puede darse por concluido el proceso de reforma de la misma ya que el 99,8 % de las zonas básicas cuentan con Equipo de Atención Primaria y el 92 % de la población está siendo atendida por este modelo.

Atención Especializada

Tras la segunda guerra mundial en España, como en el resto del mundo, comienza el auge de la tecnología médica, lo que lleva a que se requieran cada vez más profesionales con formación específica en los nuevos avances, dando pie al desarrollo de la especialización. A pesar de que la población aún percibe los hospitales como centros de beneficencia (motivo por el que a los centros de la Seguridad Social que se van construyendo en los años sesenta se les denominan "*Residencias Sanitarias*"), poco a

poco crece el convencimiento de que la tecnología lo puede todo y el hospital se convierte en el centro del sistema sanitario.

En la actualidad la Atención Especializada da cobertura a las necesidades de asistencia sanitaria especializada de la población, de acuerdo con lo dispuesto en el catálogo de prestaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Atención Especializada se presta por los Hospitales junto a sus correspondientes Centros de Especialidades. Cada Área de Salud tiene como mínimo un hospital de referencia que se responsabiliza de la Atención Especializada a toda la población de la misma.

El objetivo de la Atención Especializada consiste en hacer del paciente el eje alrededor del cual deben aplicarse con la máxima eficiencia los recursos disponibles, con la mayor equidad, accesibilidad y rapidez en la respuesta, aplicando las tecnologías científicamente contrastadas, y siempre con la filosofía de la calidad total, es decir buscando la máxima satisfacción de los ciudadanos que precisan acceder a este nivel asistencial y la máxima motivación y satisfacción de los profesionales que prestan esta atención. Todo ello, una vez superada la capacidad de resolución de la Atención Primaria y con el objetivo de que, una vez mejorado o restablecido el nivel de salud del paciente, sean los dispositivos de Atención Primaria los responsables de vigilar el nivel de salud del mismo.

El desarrollo de la Ley General de Sanidad ha marcado una primera fase de transformación de los aspectos organizativos de la Asistencia Especializada pública, concretado en dos terrenos:

- Unificación de las diversas redes asistenciales públicas en los Servicios de Salud bajo la autoridad de las Comunidades Autónomas.
- Integración de toda la Asistencia Especializada pública en un único nivel que abarca tanto la provisión de servicios ambulatorios especializados como el ingreso hospitalario, teniendo al hospital como centro de ella dentro del ámbito territorial del área de Salud.

Al igual que todo el sistema sanitario, la Atención Especializada esta sometida a un proceso de cambio que tiene por finalidad la mejora de dicha atención según una serie de objetivos entre los que cabe destacar:

- I. La mejora de la atención al paciente. En este apartado se incluyen toda una serie de actuaciones y objetivos directamente relacionados con la asistencia que se presta al paciente:
 - Reducir las demoras, tanto quirúrgicas como en consultas y en pruebas diagnósticas, sobretodo de imagen.
 - Aumentar el grado de resolución.

- Simplificar los circuitos administrativos.
- Potenciar los programas asistenciales a determinados colectivos
- Mejorar la calidad percibida de la asistencia. Etc.

II. Aumentar la eficiencia.

- Avanzar en la ambulatorización de procesos.
- Aumentar el rendimiento de las instalaciones.
- Mejorar la prescripción farmacéutica.
- Mejorar la calidad científico-técnico y la adecuación en la utilización de los recursos.
- Optimización de recursos y resultados.

III. Reducir los desequilibrios territoriales.

IV. Descentralización de la gestión.

Coordinación entre Niveles Asistenciales

Una de las funciones más importantes del Médico de Familia consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos de la medicina y la sociedad, coordinando la atención prestada por otros niveles del sistema sanitario. De hecho, sin la atención continuada y la responsabilidad del Médico de Familia, la atención fragmentada e incoordinada que prestan las especialidades puede resultar peligrosa y conducir a una mala utilización de los recursos sanitarios. La comunicación eficaz con los especialistas es, por lo tanto, un aspecto esencial en la medicina de familia.

El sistema sanitario actualmente vigente requiere ineludiblemente una adecuada interrelación y coordinación entre los dos niveles asistenciales que lo componen. Para establecer la Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada se ha desarrollado la correspondiente normativa.

Así en el artículo 7 del Real Decreto 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud se recoge que los Equipos de Atención Primaria han de *"... Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos, en coordinación con el siguiente nivel asistencial"*. Igualmente, en el artículo 7 se lee: *"Los Equipos de Atención Primaria desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel..."*.

En la Ley General de Sanidad se recoge en el apartado 19 del artículo 65, que *"Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud"*. En el apartado 3 del mismo artículo se dispone que *"...En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales"*.

Finalmente en la Circular 4/97 del INSALUD sobre Comisión Paritaria de Área de Atención Primaria y Especializada, se crea un órgano colegiado de coordinación entre ambos niveles, con participación de los profesionales de cada nivel asistencial.

A pesar de la normativa y de la organización funcional necesaria para la coordinación de los niveles asistenciales existe, en ocasiones, la sensación tanto entre usuarios como entre profesionales, de que los niveles asistenciales están poco coordinados, y dando la impresión de que se comportan como compartimentos estancos obligados a relacionarse, sobre todo burocráticamente, pero sin que se perciba al conjunto del sistema como un único proveedor de servicios que debe resolver íntegramente las necesidades de los usuarios.

Las causas que originan esta deficiente coordinación son múltiples: la tradicional desatención que se han venido prestando mutuamente los dos niveles y el desfase en sus desarrollos respectivos; la dificultad que puede suponer el entendimiento entre dos unidades de gestión distintas, con presupuestos propios que han de cumplir; el sentir residual, rancio pero presente, de que en uno de los niveles y solo en uno es donde reside la ciencia; la falta de estímulos en los médicos; la demanda creciente y sin techo que se observa en las últimas décadas que intensifica la presión asistencial y un largo etcétera de obstáculos que se interponen entre los actores de los dos niveles asistenciales.

La actividad de cada uno de los dos niveles se ha venido desarrollando sin apenas consecuencias mutuas, positivas o negativas, que motiven la necesidad de aunar esfuerzos en el proceso de provisión de servicios. Por el contrario, es frecuente observar que en los niveles primario y especializado de una misma Área Sanitaria hay planteamientos autónomos de objetivos en temas que afectan a ambos, sin contemplar las repercusiones que provocan o las sinergias que se podrían haber obtenido.

En la práctica diaria está escasamente desarrollada la conciencia de corresponsabilidad mutua en el uso de los recursos, tanto de los especializados por parte del primer nivel como de los de primaria por parte de los especialistas. Es llamativa, por otra parte, la escasa costumbre de transmitirse, entre médicos de uno y otro nivel, la información clínica relativa a un paciente sobre el que están actuando ambos.

La falta de coordinación entre niveles produce efectos negativos desde el punto de vista de la continuidad asistencial y es también fuente de ineficiencia de los recursos y de cuestionamiento del propio sistema por lo que, independientemente de las decisiones de calado que eventualmente pudieran reorientar la relación entre los agentes del sistema sanitario, es imprescindible aplicar mecanismos de mejora de la situación actual que, en cualquier caso, permitirían un claro avance en la calidad de los servicios y en la rentabilidad del sistema.

Evidentemente queda mucho camino por delante, pero se observa que los componentes de uno y otro nivel han empezado a reconocerse como partes de una misma entidad que tiene como finalidad algo tan estimulante como es la continuidad asistencial para el paciente dentro de los servicios sanitarios. Falta todavía mucha

discusión y elaboración de estrategias de intervención. Falta superar muchas reticencias mutuas y hay que evolucionar a tenor de los resultados que van generando las medidas implantadas.

Actualmente, puede afirmarse que, al menos, existen ya unas bases establecidas para avanzar en política de coordinación de niveles asistenciales al disponer de:

- Un objetivo final: que el Servicio de Salud proporcione una atención integral al usuario, en las mejores condiciones de calidad y eficiencia.
- Unos objetivos estratégicos de mejora de la organización de los servicios, tanto clínicos como administrativos, y de uso adecuado de los recursos.
- Un soporte de relación contractual, el Contrato de Gestión, que obliga a las partes a asumir compromisos para alcanzar dichos objetivos.
- Un órgano de discusión y toma de decisiones que permite implicarse en el proceso a los profesionales que detentan la capacidad técnica de decisión.

Como última reflexión, no hay que olvidar que la coordinación entre niveles asistenciales no es solamente una cuestión de opinión, sino que implica asumir unas determinadas formas de organización de los servicios sanitarios, donde están en juego muchos intereses que deben concurrir en uno solo: la correcta atención al ciudadano.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Alonso Fernández, M.; Ayala Luna, S.; Buitrago Ramírez, F. y col. 1995. Relación entre niveles asistenciales. Disponible en:
<http://www2.semfyec.es/doc5.htm>

Artells i Hierro, J.J. 2000. El Sistema Nacional de Salud. Características Básicas. En: J. Jiménez Jiménez. "Manual de gestión para jefes de servicios clínicos" Ed. Díaz de Santos. Madrid. pp: 143-168.

Cerdán, M.T.; Sanz, R. y Martínez-Ramos C. 2004. Análisis de la satisfacción en un programa de colaboración entre niveles asistenciales. *Médicos de Familia*, 6: 45-48.

Cerdán, M.T.; Sanz, R. y Martínez-Ramos, C. 2005. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Atención primaria* (Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria), 35: 283-287.

- Fernández Cuenca Gómez, R. 1998. Análisis de los servicios sanitarios. "Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar". Disponible en: www.sespas.es/informe1998/introduccion.pdf.
- Francisco Polledo, J.J. 1993. La salud pública. *Rev. San. Hig. Púb.*, 67: 417-418.
- González Pérez, J.M. El estado del bienestar y los equipamientos de sanidad en el territorio. Disponible en: <http://www.ciudad-derechos.org/espanol/pdf/gak.pdf>
- Jiménez Palacios, A. 2007. La cohesión del Sistema Nacional de Salud: situación actual y expectativas. *Rev. Adm. Sanit.*, 5(3): 439-449.
- Lamata, F. 2004. La CMA en el "nuevo" sistema nacional de salud. *Cir.May.Amb.*, 1: 9-11.
- Martínez-Ramos, C.; Sanz, R.; Cabezón, P. y Cerdán, M.T. 2007. Consulta de Alta Resolución en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir. May. Amb.*, 12: 111-115.
- Matesanz, R. 1997. La Atención Primaria en el área del Insalud: presente y futuro más inmediato. El médico. Anuario 1997. Disponible en: <http://www.medynet.com/anuario97/18-20.pdf>
- Repullo, J.R. y Fernández Cuenca, R. 1999. Rediseñar la atención hospitalaria. Informe SESPAS Sevilla. Disponible en: http://www.sespas.es/informe2000/d4_29.pdf
- Rodríguez Ocaña, E. 1994. La Salud Pública en España en el contexto Europeo, 1890-1925. *Rev. Esp. Salud Pública*, 68 (monográfico): 11-27.
- Terraza Núñez, R. 2004. *Coordinación y continuidad: un marco para el análisis*. TESINA. Master en Salud Pública. Barcelona. julio de 2004. http://www.chc.es/sepps/docs/Tesina_Rebeca.pdf

RECURSOS ELECTRONICOS

- Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud.
<http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap3.htm>
- Atención Especializada.
<http://www.igae.minhac.es/presup/PGE2002/PGERom/doc/4/29/2/2/R42BM205.PDF>
- Atención Primaria.
http://www.ces.gva.es/pdf/trabajos/mem_socio/2004/III.3_2004.pdf

Historia de la salud pública en el entorno español y europeo.

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco/pdf/2.1.pdf>

Recibido: 23 febrero 2009.

Aceptado: 3 marzo 2009.