

El Centro de Salud. Su evolución en Extremadura

JOSE LUIS FERRER AGUARELES¹

DIEGO PERAL PACHECO²

RESUMEN

Uno de los aspectos más importantes a la hora de profundizar en el conocimiento de la Sanidad extremeña en su historia reciente, es el estudio de la implantación del nuevo modelo de atención primaria de salud que surgió a mediados de la década de los ochenta. En este nuevo modelo, sin duda alguna, el Centro de Salud, se constituyó como su símbolo más visible.

Partiendo de una referencia a la reforma sanitaria en España propugnada por la Ley General de Sanidad de 1986 y la conceptualización de la atención primaria de salud y el centro de salud, se analizan aspectos claves de la reforma de la atención primaria de salud en Extremadura, a la luz de la evolución de las competencias sanitarias de la Comunidad Autónoma. Son objeto de descripción: el marco legal, el modelo organizativo y sus singularidades así como la evolución temporal de los centros de salud.

Palabras claves: Centro de Salud, Extremadura, Atención Primaria, Historia de la Medicina

ABSTRACT

One of the most important aspects, when it comes to deepen in the knowledge of the Extremadura Health System, during its recent history, it is the study of the implantation of the new model of primary health care, which emerged in the mid-80s. In this new model, without doubt, the Health Centre was established as its best visible symbol.

Starting from a reference to the health care reform in Spain, proposed by the General Health Act (1986), and the conceptualisation of the primary health care and the health centre, some key aspects on primary health care reform in Extremadura are analysed in the light of competences on health in the Autonomous Community. It can be found the description of aspects like legal framework, organizational model and its singularities as well as the temporal evolution of health centres.

¹ Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe del Servicio de Planificación y Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

² Médico. Profesor Titular de la Universidad de Extremadura.

1. EL CENTRO DE SALUD EN EL MARCO DE LA REFORMA SANITARIA ESPAÑOLA

Desde mediados de la década de los ochenta, el centro de salud ha representado en la organización sanitaria de Extremadura, mucho más que una mera estructura física o recurso sanitario. En la historia reciente de la Sanidad extremeña, el centro de salud ha significado el símbolo de una nueva manera de abordar la atención primaria de salud de la población extremeña. Es decir, el centro de salud no finalizaba donde acababan sus muros, sino que trascendiendo sus límites estructurales o físicos, alcanzaba su acción a toda la zona de salud, en virtud de un modelo organizativo basado en el equipo de atención primaria responsable de ofertar una atención de salud integral a dicha demarcación geográfica y poblacional.

El estudio y la descripción del centro de salud, como símbolo de la reforma de la atención primaria experimentada en Extremadura y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud de España, requiere, como paso previo, realizar un recordatorio histórico de la reforma sanitaria llevada a cabo en el país y en Extremadura, surgida a raíz del proceso de transición política a la democracia constitucional.

Haremos referencia a cómo afectó ésta a la atención primaria, completándola con algunas notas que faciliten su conceptualización en el contexto histórico reciente.

1.1. Reforma sanitaria española

En España -como ocurriera con Portugal y Grecia-, la crisis del petróleo y de su economía, coincidió con el proceso de transición política, hacia un régimen democrático.

En ese contexto de cambio político, económico y social, se propugnaban desde los sectores sociales y políticos del país, la necesidad de una reforma del modelo sanitario, que no se alcanzaría hasta mediados de la década de los ochenta. Coincidiendo con el último periodo de la transición política, en el año 1986, mediante la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) (1), los responsables políticos sentaron las bases del Sistema Nacional de Salud (SNS). De esta forma, España se sumaba al resto de los países del Sur de Europa a la denominada “revolución sanitaria” en la que se propugnaba alcanzar un sistema nacional de salud dirigido a toda la población y financiado mediante impuestos.

Con la perspectiva que ofrecen los más de veinte años transcurridos desde que países como Italia, Grecia, Portugal y España iniciaran sus respectivos procesos de reforma sanitaria, puede afirmarse que nuestro país, al igual que Italia, caminó claramente hacia la construcción de un sistema nacional de salud, donde las Comunidades Autónomas (CCAA) tuvieron un protagonismo muy importante. De forma diferente, en Grecia y Portugal, - donde jugarían un papel determinante el colectivo médico, ralentizando la aplicación de la reforma sanitaria- el sector privado continuó ganando protagonismo, constituyéndose en sistemas sanitarios mixtos configurados por: provisión pública, aseguramiento profesional y provisión privada (2).

En España, como en otros países del entorno europeo, la asistencia sanitaria y la seguridad social estuvieron íntimamente ligados en su evolución histórica. Además, el predominio de la provisión pública dentro del sistema de seguridad social puede ser considerado como el principal rasgo distintivo del sector de asistencia sanitaria española que emergió del período franquista.

La gestión de las redes públicas de centros y servicios de asistencia sanitaria había estado en manos del Instituto Nacional de Previsión (INP) entre 1942 y 1978, y desde 1978 en adelante lo haría el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), la máxima autoridad en la gestión de la asistencia sanitaria en el país, aunque subordinado jerárquicamente al Ministerio de Sanidad y Consumo³.

Durante los primeros años de la transición democrática (1976-1981) hubo algunos intentos de acometer una reforma del sistema sanitario español (3,4,5), condicionados por la presión ejercida por la oposición parlamentaria de izquierda. Estos intentos no tuvieron éxito debido a que el partido de centro-derecha en el Gobierno, la UCD, no disponía de un modelo de reforma consensuado. Además, los graves problemas políticos (división interna de la coalición centrista) y económicos del período, desviaron la atención del sector sanitario.

Durante estos años, sin embargo, se introdujeron algunos cambios cruciales para el devenir histórico de la Sanidad de nuestro país. La Constitución Española (CE) de 1978 (6) marcó la necesidad de emprender la reforma

³ En España, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social estuvo encomendada hasta el año 1975 al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Posteriormente, entre 1977 y 1981, pasó al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y desde entonces, hasta el momento actual, al Ministerio de Sanidad y Consumo.

de la asistencia sanitaria al establecer una nueva organización del Estado basada en las CCAA, a las que se atribuían importantes competencias en el ámbito sanitario y reconoció el derecho de todos los españoles a la protección de la salud. Además, se acometieron algunas iniciativas políticas importantes en materia sanitaria. En 1977, la mayoría de los programas y centros de salud pública se integraron bajo la responsabilidad del recientemente creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Posteriormente, la administración de la asistencia sanitaria adquirió un estatus organizativo separado dentro del sistema de Seguridad Social, con la creación del INSALUD (año 1978) y del Ministerio de Sanidad (en 1981). También en 1978, se introdujeron copagos en la financiación de los medicamentos para los usuarios de la Seguridad Social menores de 65 años⁴. En 1980, se reformó el sistema de formación de los médicos generales, con la introducción de la medicina de familia como una especialidad separada. Entre 1978 y 1981, se llevaron a cabo las primeras etapas del traspaso de competencias a las CCAA.

En 1982, el PSOE ganó las elecciones generales obteniendo el 58% de los escaños en el Congreso de los Diputados. Algunos meses más tarde, el Ministerio de Sanidad presentaba públicamente la primera versión programática de un amplio paquete de reformas, articuladas en torno a la transición desde el sistema de Seguridad Social al modelo de Servicio Nacional de Salud (cobertura universal, financiación basada en impuestos y predominio de la provisión pública).

Como resultado de este proceso, en 1986 se aprobaba la LGS (1). En términos generales, esta Ley consolidaba e integraba en un marco legal unificado la mayoría de las reformas poco sistemáticas que se habían producido desde 1977. Trazaba el esquema del SNS, acogiendo a todos los servicios sanitarios administrados públicamente bajo un mismo techo y ajustaba el sistema sanitario a la nueva organización descentralizada del Estado español, incorporando las últimas decisiones del Tribunal Constitucional y desarrollando los detalles institucionales y financieros que intencionadamente no había definido el marco constitucional. Desde finales de los años ochenta y durante los noventa, se fueron llevando a cabo poco a poco la mayoría de las reformas prescritas en la LGS, incluyendo la reforma de la atención primaria y la transferencia de poderes y centros sanitarios, centrales y locales, a las CCAA.

⁴ Inicialmente suponían el 20% del precio real de venta al por menor de los medicamentos prescritos, un porcentaje que fue posteriormente elevado al 30% en 1979 y al 40% en 1980.

A modo de síntesis, en la Tabla 1, se recogen algunos de los hechos más significativos en la historia reciente de la Sanidad española y de la extremeña (en cursiva), a partir de la promulgación de la Constitución Española de 1978.

Tabla 1

Hechos históricos destacables en la organización de la Sanidad española y extremeña. 1978-2006

AÑO	HECHOS HISTÓRICOS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA
1978	Aprobación de la Constitución Española por las Cortes Constituyentes
	Creación del INSALUD
	Inicio de la transferencia de competencias en el campo de la salud pública a las CCAA
1981	Creación del primer Ministerio de Sanidad independiente
	Inicio del proceso de transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria a las CCAA
1984	Inicio de la reforma de la atención primaria de salud en España
	<i>Primer Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura (CAE)</i>
1986	Aprobación de la Ley General de Sanidad
	Se completa la transferencia en materia de salud pública a las CCAA
1987	<i>Regulación de las Estructuras de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura</i>
1988	<i>Aprobación del Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria</i> Creación de los Consejos de Salud de Zona, como órganos de participación
1989	Cambio en la fuente principal de financiación del sistema de asistencia sanitaria, desde las cotizaciones de la Seguridad Social a los impuestos generales
	La cobertura se amplía a la población no cotizante sin recursos económicos suficientes
1991	Presentación del Informe de Evaluación del SNS (Informe Abril), elaborado por una comisión parlamentaria nombrada por el gobierno, en el que se proponen medidas de reforma organizativa y de contención de costes
1993	Se introduce formalmente la libre elección del médico de cabecera y del pediatra
1995	Aprobación del Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
	Publicación del primer Plan de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo

1996	El INSALUD introduce la libre elección del médico especialista en 12 especialidades
	Decreto-Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión de los centros de asistencia sanitaria
	El seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales comienza a gestionarse en colaboración con el sector privado (mutuas patronales), para la prestación sanitaria y económica, lo que implica transferir a la mutuas responsabilidades sobre las bajas laborales en estos casos
	<i>Decreto sobre la liberalización de servicios farmacéuticos, permitiendo horarios más flexibles y el establecimiento de nuevas farmacias comunitarias</i>
	<i>Ley de Atención Farmacéutica de Extremadura</i>
1997	Ley de nuevas formas de gestión de los centros de la asistencia sanitaria del INSALUD
	Ley de Oficinas de Farmacia
	<i>Aprobación del Plan de Salud de Extremadura 1997-2001</i>
2001	<i>Aprobación de la Ley de Salud de Extremadura</i>
	Traspaso de las competencias de la asistencia sanitaria a las 10 CCAA que carecían de ellas (incluida Extremadura)
2002	<i>Inicio de la andadura del Servicio Extremeño de Salud (SES) como organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo</i>
	<i>Se regula la composición, funcionamiento y organización del Consejo Extremeño de Salud</i>
2003	<i>Se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura</i>
2004	<i>Constitución de la Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura (FUNDESALUD)</i>
	<i>Se crea y regula el Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura</i>
	<i>Nueva regulación de la autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura</i>
2005	<i>Ley de información sanitaria y autonomía del paciente</i>
2006	<i>Nueva Ley de Farmacia de Extremadura</i>

Nota: En cursiva se relacionan los hechos relativos a la Comunidad Autónoma de Extremadura

Como consecuencia, tras una reforma sanitaria que partió de consolidar, reordenar y crecer sobre unas estructuras sanitarias eminentemente públicas, se llega al momento actual con una situación en la que una amplia mayoría de la provisión de asistencia sanitaria primaria en Extremadura y en España es pública.

1.2. El centro de salud como eje de la atención primaria de salud en la reforma sanitaria española

La prestación efectiva de los servicios que el SNS proporciona, recogido en la LGS, se ha articulado a través de dos niveles asistenciales, atención primaria y atención especializada.

El inicio del nuevo modelo de Atención Primaria en España lo marcó la publicación del RD 137/1984, de 11 de enero (7), sobre estructuras básicas de salud.

La reforma de la Atención Primaria (AP) se inició en España en 1984, siguiendo algunas de las recomendaciones de la Conferencia de Alma Ata (8), aportando una serie de cambios en la organización y prestación de los servicios, en la actualidad completamente consolidados, entre los que destacan la dedicación completa por parte de los profesionales, el uso habitual de la historia clínica, el trabajo en equipo, la integración de actividades curativas y preventivas y la ordenación territorial organizada en Zonas Básicas de Salud. Los servicios se proveyeron por Equipos de Atención Primaria (EAP) compuestos por una serie de profesionales, con un núcleo fijo común (médicos de familia, pediatras, enfermeros, personal auxiliar y, en casi todas las CCAA, también trabajadores sociales) al que se adscriben otra serie de profesionales, que en algunas Comunidades están incorporados al EAP y en otras constituyen estructuras de apoyo del mismo; éste es el caso de los odontólogos, fisioterapeutas, matronas, veterinarios y farmacéuticos.

La cobertura poblacional de los EAP en la CAE se cifraba en 2001 en el 100%, mientras que a nivel del SNS se situaba en torno al 90%, presentando un rango entre CCAA que oscilaba entre el 83 y el 100%.

1.3. La atención primaria y el Centro de Salud: Conceptualización

La mayoría de las definiciones propuestas de AP incluyen los siguientes elementos: a) “de primer contacto” (que implica que el acceso a especialistas sea articulado a partir del médico de familia), b) “continuidad” (la atención

centrada en la persona a lo largo del tiempo; supone una atención longitudinal), c) “globalidad” (la atención a los aspectos preventivos y de promoción, curativos, rehabilitadores y de reinserción social; asimismo, perspectiva biopsicosocial de la atención) y d) “coordinación” (que implica el uso de mecanismos formales para la transferencia de información entre los médicos de atención primaria y los especialistas).

La AP que nació en 1978 en Alma-Ata se mantuvo no sin dificultades bastante fiel a la Declaración, que incluía como definición de la atención primaria, la de “...atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto-dependencia y auto-determinación” (8).

Según la Declaración de Alma-Ata (8), el nivel asistencial de primaria debía basarse en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública y dirigirse hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debía incluir, como mínimo, los siguientes elementos: “...educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las patologías endémicas locales; tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos; y provisión de los medicamentos esenciales” (8).

Debía estructurarse mediante “sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados”, y ofrecerse a través de “equipos” formados por médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales (8).

La AP en el SNS ha estado concebida como el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos al relacionarse activamente con el nivel especializado y con otros sectores. Dentro de sus prestaciones se incluyen actividades de promo-

ción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

En general, organizativamente, los servicios de AP han estado dotados de los recursos necesarios para la atención, diagnóstico y tratamiento de todos aquellos procesos más frecuentes que no necesitaban para su prestación de técnicas sofisticadas. En su ámbito de actuación se ha incluido la atención a la mujer, la atención a la infancia, la atención al adulto y anciano, la atención de urgencias, la atención a la salud mental, y la atención a la salud bucodental. La atención, con carácter integral -promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación- no sólo se ha promovido en los centros de salud, consultorios locales y unidades de apoyo de la atención primaria, sino también en el domicilio de los pacientes. El acceso a las consultas se hace mediante cita previa no existiendo lista de espera. En aquellas situaciones en que el estado de salud del usuario le impida desplazarse hasta el centro de atención primaria, los profesionales acuden a su domicilio, previa concertación de la visita.

2. EVOLUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS SANITARIAS DE EXTREMADURA EN LOS MARCOS PREAUTONÓMICO Y AUTONÓMICO

Comprender la evolución histórica de la reforma de la AP y su símbolo, el Centro de Salud, en la CAE, exige tomar referencia en la evolución de las competencias sanitarias de Extremadura.

El soporte normativo general en materia de transferencias a la CAE, estuvo configurado por la Constitución Española (6), norma suprema e iniciadora del proceso, el Estatuto de Autonomía de Extremadura (9), que estableció el marco de competencias autonómico y definió su órgano de autogobierno, y los Reales Decretos de traspaso de servicios y de normas de funcionamiento de la Comisión Mixta de Transferencias que, para Extremadura fue estableciendo el cauce formal de las sucesivas transferencias.

Atendiendo a la distribución de competencias que estableció el Título VIII de la CE con relación a funciones sanitarias, conviene distinguir tres áreas de competencia concretas, a la hora de considerar el proceso de transferencias: la sanidad e higiene; la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), y la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Con relación a las mismas, en el inicio del proceso de descentralización de la Sanidad a las CCAA, la posibilidad de asumir competencias por parte de la CAE, se vio afectada por la vía utilizada para acceder a su autonomía. Al hacerlo por el art. 143 de la CE, sólo podía asumir de entrada, a través de su Estatuto de Autonomía, las competencias recogidas en el art. 148.1, que incluía en su apartado 21, la “sanidad e higiene” y por extensión, la AISNA⁵.

La promulgación de la Constitución de 1978⁶, con el reconocimiento del derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que integran la Nación española y el hecho propio de la autonomía de la Región extremeña alcanzada a través de la vía del art. 143 de la CE, posibilitó que se llevara a efecto un reparto de competencias entre el Estado y la CAE.

Al aprobarse la CE y configurarse el Estado de las Autonomías, los Constituyentes entendieron que la sanidad se podía gestionar mejor desde la cercanía en el ámbito autonómico. Así, las competencias en salud pública y planificación sanitaria se transfirieron a las CCAA con carácter general entre los años 1979 a 1981. También se transfirieron los servicios de asistencia sanitaria de las redes dependientes de la Administración del Estado: Atención Primaria de Sanidad Nacional (asistencia pública domiciliaria, sanitarios locales), y Administración Institucional de la Sanidad Nacional (antiguos centros antituberculosos, red de salud mental, etc.).

En cuanto a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la red principal de atención sanitaria que se inició a transferir en 1981 (comenzando por Cataluña), finalizaría el 1 de enero de 2002, con la transferencia de las competencias en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la CAE, junto al resto de las 10 CCAA que todavía nos la tenían.

Se construye, por lo tanto, un SNS completamente descentralizado. No hay jerarquía entre el Gobierno Central y los Gobiernos autonómicos en las materias transferidas. En estas materias, el Gobierno Central tiene la respon-

⁵ La asistencia sanitaria de la Seguridad se incardinaba en el art. 149.1.17 de la CE y podía ser asumida únicamente por las CCAA que accedieron a su autonomía por el art. 151 y asimiladas.

⁶ Aprobada por las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978; ratificada por el pueblo español en referéndum el 6 de diciembre de ese mismo año y sancionada por SM. el Rey ante las Cortes el 27 de diciembre de 1978 (BOE núm. 311.1 de 29-12-78).

sabilidad de impulsar la coordinación y la cooperación, así como de velar por la garantía de calidad de los servicios y la equidad en el acceso en todo el territorio nacional.

Quedaron reservadas a la Administración Central las competencias relativas a Sanidad Exterior, Relaciones Internacionales, Política del Medicamento, Fomento de la Investigación y Alta Inspección. La LGS diseñó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) como órgano de coordinación.

En los párrafos siguientes, se hace un repaso por las principales normas de transferencias a la CAE.

La primera norma por la que se materializa un traspaso de competencias a la CAE, se produjo en enero de 1980, antes de que se hubiera materializado la aprobación del Estatuto de Autonomía de Extremadura (9). En ese mes de enero, se publicó el RD 2912/1979, de 21 de diciembre (10), por el que se transfirieron competencias de la Administración del Estado a la Junta Regional de Extremadura en materia de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, urbanismo, agricultura, ferias interiores, turismo, transporte, administración local, cultura y sanidad.

En marzo de 1980, mediante el D 8/1980, de 11 de marzo (11), de la Junta Regional de Extremadura, se asignaron a la Consejería de Sanidad y Seguridad Social, las competencias transferidas y delegadas en materia de sanidad, contenidas en la sección novena y su Anexo IX, del RD 2912/1979, así como las actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas (10).

Normativamente, también, se fijó el 1 de julio de 1980, como fecha para el ejercicio efectivo por la Junta Regional de Extremadura, de las competencias transferidas a la misma, en materia de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, en virtud del RD 546/1980, de 21 de marzo (12).

Mediante el RD 340/1982, de 15 de enero (13), se transfirió a la Junta Regional de Extremadura, ente preautonómico, las competencias, funciones y servicios del Organismo Autónomo de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA).

Tras la aprobación del Estatuto de Autonomía de Extremadura, en 1984, se promulgó el RD 588/1984, de 8 de febrero (14), que recogía la valoración definitiva del coste efectivo y ampliación y adaptación de medios personales, patrimoniales y presupuestarios adscritos a los servicios traspasados en materia de sanidad. Por este Decreto, quedaban traspasados a la CAE los bienes,

los derechos y obligaciones, el personal y los créditos presupuestarios que se contenían en el Anexo, fruto del acuerdo de la Comisión Mixta⁷.

Al año siguiente, mediante el RD 1795/1985, de 11 de septiembre (15), se aprobó el Acuerdo de 27 de diciembre de 1984 adoptado por la Comisión Mixta de Transferencias por el que se ampliaban los traspasos de funciones del Estado en materia de la AISNA⁸.

A partir de 1985 y en los años siguientes, no se recoge ningún cambio normativo que modifique el techo competencial de la CAE en materia de Sanidad. Hay que llegar al año 1995, para identificar que, mediante el RD 60/1995, de 24 de enero (16), se traspasaron a la CAE, funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de Mutualidades de Previsión Social no integradas en la Seguridad Social⁹.

Habían transcurrido veintidós años desde la promulgación de la Constitución y más de tres lustros desde la constitución de Extremadura como Comunidad Autónoma, cuando al finalizar el mes de diciembre de 2001, se materializó el traspaso a la CAE de las funciones y servicios del INSALUD mediante el RD 1477/2001, de 27 de diciembre (17). Estas transferencias se amparaban en el art. 149 de la CE, en el Estatuto de Autonomía de Extremadura (arts. 7.1.26; 8.4; 9.8; 9.11 y 9.13) y en la propia LGS. Con la misma, se

⁷ El RD 588/1984, de 8 de febrero, supuso el traspaso neto del coste efectivo que según la liquidación del presupuesto de gastos para 1981 correspondía a los servicios traspasados, que ascendió a 1.303.422.100 pesetas. Del mismo, destacaban algunos aspectos llamativos; los funcionarios no transferidos dependientes de Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), incluidos los del Organismo Autónomo AISNA, continuarían utilizando sin limitación alguna las superficies administrativas o de otra índole que en el momento de la transferencia estuviesen ocupando; o, los Laboratorios de la Comunidad Autónoma debían seguir prestando los servicios que fueran necesarios y aquellos que estuvieran solicitados por los representantes del MSC.

⁸ Se señalaban los medios transferidos en fase preautonómica y se valoraba, definitivamente, el coste efectivo correspondiente a los servicios e instituciones y medios personales, materiales y presupuestarios traspasados por el mencionado RD 340/1982, de 15 de enero (13). La financiación neta ascendió a 90.889.000 pesetas (546.313 euros), de las que 86.812.000 pesetas (521.820 euros) era el coste bruto en gastos de personal.

⁹ Mediante el mismo, Extremadura asumió: el dictado de normas para su regulación, respetando las bases de ordenación de la actividad aseguradora; el ejercer las facultades administrativas correspondientes, referidas a la autorización, revocación y registro de las mutualidades de previsión social no integradas en la Seguridad Social, la vigilancia, inspección y control de su funcionamiento; y la autorización de fusiones, escisiones y transformaciones y la facultad de acordar, cuando proceda, la disolución de oficio.

puede decir que Extremadura alcanzaba las “competencias plenas” en Sanidad, aunque todavía quedaran algunos flecos, como era la Sanidad penitenciaria, estando pendiente su transferencia en la actualidad.

La gestión de los centros, establecimientos y servicios, así como de las funciones que se traspasaron, se realizó de acuerdo con la legislación básica del Estado, y la CAE se tuvo que sujetar a la normativa general de la Seguridad Social en lo relativo a la determinación de los beneficiarios, requisitos e intensidad de la acción protectora y regímenes económico-financiero y económico-administrativo.

3. EVOLUCION HISTÓRICA DE LOS RECURSOS DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EXTREMADURA

3.1. Antecedentes históricos

La dispersión geográfica de la población en la Región extremeña, siempre hizo necesario contar con un número importante de recursos sanitarios, destinados a atender el primer nivel de asistencia. Una necesidad que sería satisfecha con diferentes respuestas a lo largo de la historia reciente.

Hasta principios de la década de los ochenta, y desde tiempo inmemorial, la asistencia médica en el medio rural se vino haciendo a base de los Partidos Médicos o sectores de población adscritos a la asistencia sanitaria de un profesional, que comprendían un solo pueblo o un pueblo con otros más pequeños, denominándose al primero “cabeza de partido” y a los últimos, “anexos”. Cuando el municipio tenía mucha población, el partido sanitario estaba dividido en “distritos sanitarios” a cada uno de los cuales estaba adscrito un médico¹⁰.

A principios de 1978, en lo que se puede llamar nivel de atención primaria, se identificaban los siguientes recursos. En el ámbito de las grandes ciudades, prevalecían las consultas de los médicos de cabecera o de cupo (de 2,30 horas de duración) y que se ubicaban generalmente en los Ambulatorios de la Seguridad Social; de otro lado, existía la atención de la “higiene y salud pública” de los servicios adscritos a las Jefaturas Provinciales de Sanidad de

¹⁰ Los partidos sanitarios podían ser “abiertos” o “cerrados”, según fuera libre el ejercicio en ellos de cuantos médicos lo desearan, o estuviera limitado, en atención a la importancia y censo de habitantes de la población, a uno o más.

Cáceres y Badajoz, con sus programas de vacunaciones y de prevención y control de las enfermedades en la comunidad, las Casas de Socorro y las consultas de medicina general a funcionarios e indigentes de los Hospitales Provinciales. En el medio rural, se identificaban los Centros Secundarios de Higiene Rural, los Centros Primarios de Higiene Rural¹¹, las Casas de Socorro municipales y los Consultorios Médicos, aunque estos últimos, en muchos casos, se veían sustituidos por consultas en el propio domicilio del médico rural, estancias habilitadas por los Ayuntamientos, o en el peor de los casos, la localidad no disponía de un lugar específico o habilitado de forma permanente, para que los sanitarios locales desempeñaran su labor.

Los Centros Secundarios y Primarios de Higiene Rural, surgieron en España en el año 1934¹². Los Centros Secundarios de Higiene estaban emplazados en municipios importantes, dando cobertura a un buen número de municipios de su entorno. En la provincia de Cáceres se crearon los de Plasencia, Trujillo, Navalmoral de la Mata y Coria, y en la de Badajoz en las localidades de Mérida, Azuaga, Don Benito y Almendralejo, con una población adscrita de unos 85.000 habitantes¹³. Al frente de ellos se encontraban médicos del Cuerpo Nacional de Sanidad. En el año 1978 pervivían varios “Centros Secundarios de Higiene Rural” dependientes de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación, que les correspondía una labor eminentemente de Salud Pública, dotados de médicos generales, médicos espe-

¹¹ La organización sanitaria interior según el modelo sectorizado de Centros de Higiene Rural ensayado en Cáceres y sancionado por la Conferencia internacional de 1931 (18), volvió a conectar con los propósitos reformistas de los años setenta, y de nuevo lo haría con la reforma de la atención primaria de salud de 1984.

¹² En 1932 se celebró en Ginebra la Conferencia Europea de Higiene Rural, donde a propuesta de España, se propugna la creación de establecimientos sanitarios intermedios en el medio rural de las provincias. Ese mismo año inicia el establecimiento en España de centros primarios y secundarios de higiene, en colaboración con los Ayuntamientos, dirigidos por el médico de la localidad (nota 19).

¹³ Estos centros sanitarios tenían como cometidos: los de organizar sanitariamente su zona de influencia, la realización de estudios epidemiológicos, ambientales y laborales; la planificación de los Centros Primarios de Higiene Rural, control e inspección de los establecimientos de su demarcación; la reposición de material a los centros; la medicina preventiva; la prestación de servicios de medicina especializada como oftalmología, otorrinolaringología y odontología; el disponer de laboratorios intermedios de salud pública; e incluso, el ofertar transporte de personas enfermas.

cialistas, personal de enfermería, etc., y servicios de maternología, puericultura, higiene escolar e higiene social, entre otros.

Con la reforma de la atención primaria, primero la pretendida por los gobiernos de UCD, y luego, definitivamente, la iniciada mediante el RD 137/1984, de 11 de enero (7), estos recursos perdieron su funcionalidad y fueron transformados, en algunos casos, en centros de atención primaria.

Los Centros Primarios de Higiene, regidos por un Director del Centro, facultativo, se ubicaban en un número importante de municipios de ambas provincias, dando una cobertura aproximada cada uno de ellos de 1.000 habitantes. Las funciones de los mismos eran: la atención inmediata de los lactantes (vigilancia de la alimentación y régimen dietético, higiene); el control de la salud de los niños en edades preescolar y escolar (vigilancia de la nutrición, de defectos físicos, de la boca, de la refracción y del oído); el control de la embarazada (prevención de accidentes, de enfermedades transmisibles e insuficiencia de la vitalidad del feto); la observación de la tuberculosis en coordinación con el Dispensario antituberculoso de referencia; la inmunización de la población (fiebre tifoidea, difteria, viruela); los tratamientos antisifilíticos, del paludismo, tracoma, lepra; etc. Cuando finalizó la década de los setenta, la mayoría de ellos habían pasado a desempeñar las funciones de consultorios locales o centros subcomarcales.

En 1978, mediante el RD 2221/1978, de 25 de agosto (3), se reguló la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional, en el que a la hora de establecer la estructuración del medio rural, este se dividía en Unidades Sanitarias Locales, Subcomarcas y Comarcas Sanitarias¹⁴. También en ese año, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo presidido por Enrique Sánchez de León, se trabajaba en una reforma del sistema sanitario que diera acogida a la necesidad de integrar las actividades sanitarias del Estado, muy dispersas en

¹⁴ Desde principio de la década de los setenta, ya se había intentado una comarcalización sanitaria en España, definiendo Centros Comarcales y Subcomarcales, e incluso en 1974 ya estaba funcionando algún centro piloto, como el Centro Comarcal de Valderas o el Centro Comarcal de Villapando. Se reconocía que el sistema era susceptible de perfeccionarse y completar en etapas posteriores y como recoge Álvarez Martínez en 1974, "... tampoco es posible hoy por hoy aplicarlo en toda su integridad, en tanto no se mentalicen con él no sólo los pueblos, sino también los propios médicos, ambos habituados a un sistema tradicional de asistencia que no se puede cortar bruscamente" (nota 21). Los precedentes sobre este nuevo sistema basado en la comarcalización, fueron determinantes en el proceso de Reforma Sanitaria iniciado por el nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad en 1978.

esa fecha, con las competencias que en el campo concreto de la prestación de cuidados médicos y sanitarios competían a la Seguridad Social, así como con las que el modelo constitucional reconocía a los Entes Territoriales (4,5). El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión celebrada durante los días 6 y 7 de mayo de 1980, aprobaría las propuestas de Resolución de la Reforma Sanitaria (20).

En el modelo propugnado por esta reforma, se establecían tres niveles de asistencia: a) asistencia primaria, correspondiente a la Medicina de Familia; b) asistencia de segundo nivel, realizada en los Centros de Salud o Centros Médico-sanitarios y c) asistencia terciaria de hospitales. El documento aprobado establecía que los Centros de Salud constituían "... la pieza clave de la nueva ordenación asistencial, ya que en ellos confluyen la atención médica especializada y los servicios propios de la Medicina preventiva individual y comunitaria" (20). Además, enunciaba, que en los mismos, "... la asistencia médica especializada se realizará a través e equipos de profesionales, dotados con medios suficientes que trabajen en el Centro de manera coordinada y asegurando una asistencia permanente. Los especialistas estarán vinculados administrativamente y funcionalmente con el servicio hospitalario de su especialidad del centro del que dependa el Centro de Salud" (20).

En correspondencia con este modelo organizativo, se iniciaría la construcción o adaptación de inmuebles para la puesta en funcionamiento de los recursos siguientes: "Centros de Salud Comarcales"¹⁵, que debían de responsabilizarse de la atención de varias subcomarcas hasta totalizar una población aproximadamente de setenta y cinco mil a cien mil habitantes; los "Centros de Salud Subcomarcales", que eran referentes para varias unidades sanitarias locales, hasta un conjunto de población aproximado de veinticinco a treinta mil habitantes; y las "Consultorios Locales o Centros de Salud Rurales" responsables de la atención de las Unidades Sanitarias Locales, que normativamente estaban concebidas para atender a agrupaciones de población hasta un total aproximado de cinco mil habitantes.

El lento desarrollo del mapa sanitario y de la definición práctica del modelo de atención, el propio proceso de descentralización administrativa que propugnaba la Constitución Española¹⁶, la escasez en la financiación, la

¹⁵ Sus precursores, en alguna medida, habían sido los Centros Secundarios de Higiene Rural, a los que se les añadía las funciones asistenciales de la Seguridad Social.

descomposición del partido político que sustentaba al Gobierno y la pérdida de las Elecciones Generales de 1982, fueron factores que influyeron en la falta de desarrollo de la reforma propugnada en 1980.

En Extremadura, el uso de los pocos centros de salud subcomarcales que se construyeron en el medio rural, fue el de dar cobijo a la prestación de la asistencia sanitaria primaria prestada por los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y los ATS titulares.

3.2. Breve referencia al desarrollo cualitativo del nuevo modelo de atención primaria en la Comunidad Autónoma de Extremadura (1984-2006)

Entre las políticas públicas -guías de acción- promovidas desde la Junta de Extremadura, destacó la de la mejora del nivel de atención primaria de salud. La atención primaria de salud fue la parte del sistema sanitario público en Extremadura que más cambios conceptuales, organizativos y técnicos incorporó en las décadas ochenta y noventa del siglo XX.

La aparición del nuevo modelo de AP en Extremadura lo hizo a mediados de los años ochenta. Para todos los agentes, se presentó entonces como una reforma que ofrecía una alternativa a los problemas crónicos que padecía la asistencia sanitaria en general y de la AP en particular.

En la implantación del mismo, se pueden llegar a distinguir dos momentos; el primero, desde mediados hasta finales de la década de ochenta, donde predominó una reforma no exenta de un componente ideológico, progresista y salubrista, que supuso una revisión del modelo organizativo, propugnado el trabajo en equipo, responsabilizándole de la salud de una población y territorio concretos, o situando el “poder” más cercano a la comunidad que al profesional. Un segundo momento, identificado por autores como el sociólogo Juan Irigoyen, como la segunda reforma de la atención primaria (22), y llamado por Rafael Huertas, como la “reforma gerencialista” (23), en Extremadura estuvo presidido por la continuidad en el proceso de implanta-

¹⁶ A partir del año 1979 comenzó la descentralización de la Sanidad hacia el Ente preautonómico de la Comunidad extremeña, primero, con la transferencia de competencias relativas a la prevención y promoción de la salud, planificación y coordinación hospitalaria y poco más tarde, en 1982, con la transferencia de las funciones y servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA).

ción del modelo en todo el territorio, la exigencia, cada vez más tenue de desarrollar programas de salud emanados de la CAE, reducidos al final a aquellos complementarios de una cartera de servicios de atención primaria del INSALUD, que se convirtió en una de las herramientas “estrella” de la gestión de los EAP en la Comunidad Autónoma.

En los años transcurridos desde la puesta en marcha de los primeros centros de salud, la reforma de la AP en la CAE se centró en el cambio de organización (24,25,26,27,28) y dotación de los recursos humanos, así como de sus instalaciones y equipamientos, favorecido por la existencia de un marco de cooperación de la Junta de Extremadura con el Ministerio de Sanidad y Consumo para el desarrollo efectivo de dicha reforma (29).

La AP se desarrolló con bastante fidelidad al modelo propugnado por la LGS y normativa específica¹⁷. No quiere esto decir que el modelo formalmente establecido en Extremadura se cumpliera en su totalidad. Aspectos de gestión (impulsadas por el INSALUD) prevalecieron sobre determinadas actividades recogidas reglamentariamente por la CAE por ejemplo, la aprobación de los Reglamentos de Organización y Funcionamiento Interno de los EAP (28). En otras ocasiones, la propia reglamentación estatal encontró dificultades para ser llevada a cabo. Lo que sí es evidente, que se trató de un modelo dinámico en sí, que evolucionó y fue adaptándose a los cambios de los respectivos entornos (relación interinstitucional, presupuestario, demográfico, profesional, laboral, etc.).

Dentro de este dinamismo, desde los inicios de la década de los noventa, la AP en Extremadura se había convertido en la columna vertebral de un sistema racional de servicios sanitarios públicos, hegemónico, en el que se habían integrado los sanitarios locales y crecía la dotación de recursos de forma continuada.

¹⁷ Contrariamente a lo que se vivía en otros territorios (como en Cataluña) con experiencias de gestión empresarial en atención primaria, que, intentaban controlar la capacidad de autonomía de decisión y de asignación de los facultativos por los niveles gerenciales de los centros, con el objetivo de reducir el gasto y regulando la demanda mediante barreras que dificultaban el acceso a los servicios, como era el caso de las listas de espera que con el transcurso de los años aparecieron en los centros de salud acogidos a las nuevas formas de gestión (30).

Desde el punto de vista organizativo, el Centro de Salud y el EAP fueron los pilares básicos en la AP en Extremadura. El médico de familia se reveló como el componente principal del equipo y la enfermería asumió nuevos compromisos que elevaron su rol profesional dentro del Sistema sanitario público.

No obstante, la AP de salud, con grandes potencialidades desde el punto organizativo, probablemente dejó de ser el referente de eficiencia al que estaba llamado a ser. La escasez de respuestas operativas y evaluables, en relación con algunas de las “ofertas” esperables desde este nivel de atención, se presentan a lo largo de su propia historia, como espacios de mejora. Nos referimos, por ejemplo, a: la posibilidad de asumir la puerta de entrada que racionalizara la distribución de pacientes y el uso de los recursos del propio sistema sanitario; el disponer de una información de todos los usuarios (historia clínica o de salud única) orientada a la resolución de sus problemas de salud; la existencia de una comunicación fluida entre los niveles de primaria y especializada; el mejorar la conexión del nivel primario de los servicios sanitarios con el resto de servicios sociales y con las organizaciones ciudadanas; la mejor rentabilización de los recursos humanos a través de una adecuada reordenación de efectivos, cupos, cargas de trabajo.

Con todo, en Extremadura se han conseguido avances en la estrategia global de la AP. Desde mediados de los años noventa, era evidente el total desarrollo del nuevo modelo, de forma que ya no se podía hablar de la coexistencia de dos modelos de atención primaria. La reforma posibilitó incrementar el número de recursos (humanos y materiales) dedicados a la atención primaria de una forma espectacular. Como primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el SNS, la atención primaria supuso acercar la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde los extremeños vivían y trabajaban.

En definitiva, nuevas formas de hacer, mejores carteras de servicio, más y mejores infraestructuras, profesionales más formados, conllevaron a que la calidad de la atención clínica prestada en el nuevo modelo de atención primaria basado en los EAP de los centros de salud mejoraran en toda la Comunidad Autónoma con respecto a la ofrecida en los consultorios y ambulatorios del anterior modelo.

Los esquemas de funcionamiento de la AP estuvieron en permanente revisión, existiendo un amplio consenso sobre la necesidad de su adaptación a las nuevas necesidades. La última versión de las normas de funcionamiento de los EAP data de 1996 (31).

De los distintos tipos de organización experimentados en nuestro país (contratos de gestión, contratos programa, empresas públicas sanitarias, oligopolios, sociedades cooperativas profesionales), en la CAE tuvo presencia el contrato de gestión en AP. Todas estas propuestas coincidían, en mayor o menor grado, en la necesidad de incrementar la capacidad decisoria de los EAP, acercando la gestión económico-organizativa al punto donde se generan las decisiones clínicas.

Desde finales de los años noventa, todos los agentes coinciden en señalar la estrecha relación entre eficiencia y autogestión en atención primaria¹⁸. Quedaba por establecer, dentro del amplio abanico que supone la autogestión en atención primaria, qué tipo de experiencia organizativa resulta más eficiente, conduce a mejoras más evidentes y garantiza valores profesionales irrenunciables para los médicos de familia como la equidad de acceso y servicios, la calidad de la atención y la universalización.

En el momento actual, desde el punto de vista organizativo de la atención primaria, planificadores, gestores y profesionales vienen a coincidir en destacar tres condiciones básicas para lograr una atención primaria realmente eficaz y eficiente: la adquisición del papel de puerta de entrada, la caracterización exacta de las funciones del médico de familia y la progresiva autogestión.

Con todo, hoy en día, los ciudadanos extremeños disponen de un centro con su médico y su enfermero a menos de 15 minutos de su domicilio, que trabajan en horarios amplios, manejan de forma habitual programas integrales de salud, guías de práctica clínica, utilizan de forma generalizada la historia clínica y diversos registros sanitarios, y están ampliamente implicados en la gestión, en el día a día, de los recursos a su alcance. Esta transformación, además de cambios legislativos e inversiones económicas muy importantes, ha podido llevarse a cabo gracias a la elevada motivación de muchos profesionales, que han trabajado de manera incansable para hacer realidad todas estas mejoras.

¹⁸ Amplios sectores de profesionales de la AP, pero principalmente sociedades científicas como la SEMFYC, propugnaban en sus debates públicos la autogestión como elemento organizativo que puede conducir a mejoras en la gestión de los servicios en primaria a través una mayor implicación de los clínicos en la misma, mejoras en la atención a los usuarios a través de la personalización y la accesibilidad, y por último, mejoras para los profesionales creando climas organizacionales motivadores e introduciendo nuevos métodos de incentivación profesional.

Hay opiniones que matizan estas consideraciones. Pérez Escanilla, en un estudio reciente sobre la sanidad rural extremeña, afirma que ésta, "...en lo que a las funciones de salud pública se refiere, estaba más organizada en nuestro país a mediados de siglo pasado, con los antiguos Cuerpos de Sanitarios Locales y Jefaturas Provinciales de Sanidad, que pueda estarlo hoy con los modernos EAP" (32). No obstante, reconoce que, después las transferencias sanitarias de la Seguridad Social, las funciones de salud pública en atención primaria están "...cogiendo cartas de identidad con la creación de las Direcciones de Salud en cada Área de Salud" (32). Se puede concluir que, a pesar del modelo de Sanidad integral contemplado en la LSE, seguía siendo un tema no bien resuelto el de la salud pública imbricada con el modelo asistencial heredado del INSALUD; la aprobación de una nueva cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, supondrá una oportunidad para la resolución de esta imbricación.

3.3. Evolución temporal de los Centros de Salud en Extremadura

En 1984, de forma nítida y con amparo normativo, en Extremadura se distinguían dos tipos de recursos destinados específicamente a proporcionar la atención primaria de salud: Los centros de salud y los consultorios locales. Ambos, con dos ámbitos geográficos de actuación perfectamente diferenciados: el centro de salud, atendiendo a la zona de salud y la localidad cabecera de la misma, y el consultorio local a la localidad correspondiente.

El centro de salud vino definido por vez primera en el RD 137/1984, de 11 de enero (7), y lo hacía como "... la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo"¹⁹. Continuaba, el mencionado Real Decreto, precisando que en el centro de salud desarrollará sus actividades y funciones el equipo de atención primaria.

A raíz de la promulgación del mismo, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, en estrecha cooperación con los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma afectados, procedió a transformar algunos Centros Secundarios de Higiene (Azuaga) y la práctica totalidad de los Centros Comarcales que habían sido construidos durante los años anteriores

¹⁹ Ver el art. 2.1 del RD 137/1984, de 11 de enero, anteriormente citado.

por la Administración gestionada por el Gobierno de UCD (Herrera del Duque, Talarrubias, Siruela, Pinofrancado, Valencia de Alcántara o Cabeza del Buey, etc.)²⁰, en Centros de Salud.

Para ello, la Junta de Extremadura, realizó un esfuerzo presupuestario importante, con una inversión propia e incorporando, anualmente, recursos económicos procedentes del Fondo de Compensación Interterritorial²¹, implicándose la Consejería de Sanidad en el desarrollo del modelo de atención primaria, en la ejecución de obras de adaptación y nueva construcción de centros de salud en el medio rural y en todos los casos, con el compromiso de las Corporaciones Locales. La Consejería reguló, en 1986, un procedimiento de subvenciones a las Corporaciones Locales para la construcción, reforma y equipamiento de Centros de Salud, soportado en una normativa específica²², que sería modificada en el año 1991²³.

La evolución temporal del número de estos centros en Extremadura, como se refleja en la Tabla 2, resulta espectacular. Particularmente, la experimentada entre el inicio de la reforma de la atención primaria en 1984 y el año 1990, fecha en la que el 66% de la población en Extremadura ya era atendida por los centros de salud, situándose entre las CCAA con mayor porcentaje de centros de salud puestos en funcionamiento (58,7%), ligeramente por detrás de Navarra y País Vasco (35).

²⁰ Todos ellos tenían en común unos planes funcionales que rememoran en buena medida a los Centros Secundarios de Higiene (disponían de un pequeño laboratorio), a los que se les añadió consultas de medicina general y la pretensión de poder responder a ofertar estancias cortas en las llamadas salas de observación.

²¹ Conviene recordar que la propia CE establece que, con el fin de corregir desequilibrios económicos inter-territoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad, se debía constituir un Fondo de Compensación con destino a gastos de inversión. La Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, desarrolla en su artículo 16 el mandato constitucional, señalando los principios generales que han de configurar el mencionado Fondo y remitiendo a una Ley ordinaria la ponderación de los distintos índices o criterios de distribución, que se materializa mediante la Ley 7/1984, de 31 de marzo, del Fondo de Compensación Interterritorial (BOE núm. 80 de 03-04-84 y DOE núm. 26 de 12-04-84).

²² Ver la Orden de 20 de octubre de 1986, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece procedimiento de subvención a las Corporaciones Locales, en relación con los Centros de Salud, con cargo al Fondo de Compensación Interterritorial (30).

²³ Ver la Orden de 28 de febrero de 1991, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se regula la concesión de subvenciones a Corporaciones Locales para construcción y equipamiento de Centros Sanitarios Públicos, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura (34).

Tabla 2*Evolución temporal del número de centros de salud. Extremadura.*

CENTROS DE SALUD	1986	1990	1996	1999	2002	2004	2006
PROVINCIA DE BADAJOZ	16	37	47	49	50	50	52
PROVINCIA DE CÁCERES	15	20	41	48	48	48	48
EXTREMADURA	31	57	88	97 ₍₁₎	98 ₍₂₎	98 ₍₂₎	100 ₍₃₎
NÚM. DE ZONAS DE SALUD	87	97	97	103	104	107	109

NOTAS: (1): 2 EAP compartían inmueble con otro; (2): 4 EAP formalmente constituidos se encontraban compartiendo espacios con otros EAP en los centros de salud siguientes: Zafra, Badajoz-San Fernando, Mérida-San Luis, Villanueva de la Serena; (3): 4 EAP se encontraban compartiendo espacios con otros EAP en los centros de salud siguientes: Zafra, Mérida-San Luis, Villanueva de la Serena y Trujillo. En 2006 se ponen en funcionamiento 3 nuevos Centros de Salud (Badajoz-El Progreso; Badajoz-Valdepasillas y Badajoz-Ciudad-Jardín; y desaparece, como Centro de Salud, Badajoz-Anexo).

A ello, contribuyó también la acción del INSALUD en Extremadura, que centró su actuación en las grandes ciudades, construyendo centros de nueva planta o habilitándolos como centros de salud, mediante la transformación de inmuebles o antiguos ambulatorios²⁴.

Hay que resaltar que la ordenación sanitaria del territorio regulada por la CAE mediante sucesivos decretos desde el aprobado en 1984 (24) que establecía un total de 84 zonas de salud y 8 áreas de salud, evolucionó hacia un Mapa Sanitario de Extremadura compuesto en 2006 por 109 zonas de salud (36) sin que apenas variara en el transcurso de ese tiempo, la población extremeña. Ello, sin duda, indica un esfuerzo de la Junta de Extremadura por

²⁴ Sirvan de ejemplos, la reforma que se llevó a cabo en la antigua Maternidad Provincial “Ntra. Señora de la Soledad” de Badajoz, para ubicar provisionalmente el Centro de Salud “La Paz” de Badajoz; o la transformación del ambulatorio situado en la barriada de San Roque de Badajoz, en marzo del año 1985, en el Centro de Salud “San Roque”, al que se le dotó también de la primera Unidad de Salud Mental de la ciudad.

incrementar la accesibilidad a la AP, favoreciendo fundamentalmente a la población rural y al crecimiento centrifugo de las grandes ciudades hacia las afueras. En consecuencia, la media de habitantes por zona de salud en Extremadura, en ese periodo, pasó de ser de 12.500 habitantes, a 9.900 habitantes. Conviene significar que, además, debido a la dispersión, en 2006 son 27 las zonas de salud las que tienen un número de habitantes inferior a los 5.000. Como consecuencia del esfuerzo realizado con el incremento en el número de centros de salud y de la importante mejora de las vías de comunicación experimentada en la CAE, el número de núcleos de población con una isocrona inferior a 15 minutos al centro de salud se incrementó de forma significativa, pasando del 63,38% en 1995, al 84,72% a comienzos de 2006.

La Tabla 3 recoge la distribución de las zonas de salud, centros de salud, equipos de atención primaria y puntos de atención continuada, en las distintas Áreas de Salud de la CAE.

Tabla 3

Distribución de los Centros de Salud y Puntos de Atención Continuada por Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura. 2006

ÁREAS DE SALUD	NÚM. DE ZONAS DE SALUD	NÚM. CENTROS DE SALUD	EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA
BADAJOS	21	20	19	18 ⁽¹⁾
MÉRIDA	13	11	12	14
DON BENITO-VVA.	14	12	13	18
LLERENA-ZAFRA	9	8	9	11
CÁCERES	23	20	22	25
CORIA	7	7	7	9
PLASENCIA	14	14	14	18
NAVALMORAL MATA	8	8	8	10
EXTREMADURA	109	100	104	123

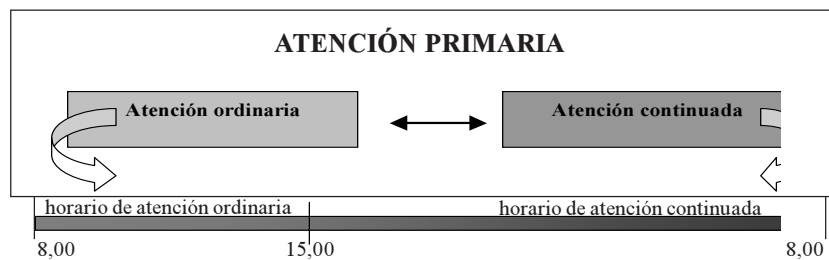
(1) En Badajoz-ciudad hay 3 PAC (uno centralizado en Perpetuo Socorro, y los de Badajoz-San Roque y Badajoz-San Fernando)

La atención a las urgencias en la CAE se ha prestado, desde el primer nivel asistencial del Sistema sanitario público, a través de los Puntos de Atención Continuada (PAC), con una dotación mínima de un médico y un enfermero y una ambulancia para transporte de dicho personal sanitario. En 2006, se había llegado a un total de 123 PAC distribuidos en las 109 zonas de salud (Tabla 3).

La atención continuada se identifica en el nuevo modelo de AP, con la atención sanitaria inmediata realizada en “turnos de guardia” por al menos un médico y un enfermero, en horarios determinados por la normativa, en un principio de 17 a 9 horas y a partir del año 1996, de 15 a 8 horas de lunes a viernes, y las 24 horas de todos los sábados y festivos (Figura 1).

Figura 1

Distribución horaria de los EAP de Extremadura 2006



Por su parte, el consultorio local²⁵, ha sido el centro de atención primaria de las localidades rurales restantes al Municipio de cabecera, que constituían la zona de salud.

En la Tabla 4 se expresa la evolución del número de consultorios locales en funcionamiento en Extremadura. El incremento fue más significativo si se tiene en cuenta que un buen número de centros de salud venían a sustituir en el medio rural a un consultorio local preexistente.

²⁵ Mencionado en el art. 2.2, del RD 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud (nota 7).

Tabla 4

*Evolución temporal del número de consultorios locales.
Extremadura. 1978-2006*

AÑO	1978	1986	1990	1996	1999	2002	2006
CONSULTORIOS LOCALES	326	354	356	363	379	413	417

Hay que hacer notar, que algunos de los consultorios locales existentes en 1978, estaban ubicados en dependencias habilitadas para que pasara consulta el médico y/o el practicante o incluso, en una dependencia de la propia vivienda del sanitario. En otras ocasiones, lo que había estado funcionando como consultorio local, se transformó o fue sustituido a partir de mediados de la década de los ochenta, por un centro de salud.

Tabla 5

*Distribución de los consultorios locales según Área de Salud.
Extremadura. 2006*

ÁREA DE SALUD	NÚM. DE ZONAS	NÚM. LOCALES CONSULTORIOS	CONSULTORIOS x ZONA DE SALUD
BADAJOS	21	46	2,19
MÉRIDA	13	28	2,15
DON BENITO-VVA.	14	58	4,14
LLERENA-ZAFRA	9	39	4,33
CÁCERES	23	79	3,43
CORIA	7	36	5,14
PLASENCIA	14	92	6,57
NAVALMORAL MATA	8	39	4,87
EXTREMADURA	109	417	3,82

La Tabla 5 recoge la distribución de los consultorios locales existentes en cada una de las áreas de salud de la CAE en 2006, con expresión de la media de consultorios locales por zona de salud. Las áreas de salud con un número mayor de zonas de salud urbanas, como la Badajoz y Mérida, coincidían con un número medio de consultorios locales por zona de salud más bajo (poco más de dos consultorios por zona de salud). En el otro extremo, el Área de Salud de Plasencia, con una gran dispersión de núcleos de población a los que se les había dotado de consultorio local, arrojaban un valor medio de más de seis consultorios locales por zona de salud.

En 2006, los recursos básicos de la atención primaria en Extremadura, se distribuyen atendiendo a la organización establecida reglamentariamente respecto al Mapa Sanitario de Extremadura en sus respectivas zonas de salud, municipios y localidades de menor ámbito y a los mapas de ordenación territorial de la atención a las drogodependencias, de orientación y planificación familiar, de salud mental y atención veterinaria. En la Tabla 6 se expresa el número de recursos con los que cuenta la atención primaria en Extremadura a 31 de octubre de 2006.

Tabla 6

Tipología y número de centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura. 2006

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	NÚMERO
CENTROS DE SALUD	100
CONSULTORIOS LOCALES	417
PUNTOS DE ATENCION CONTINUADA	123
CENTROS DE ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS	14
UNIDADES Y CENTROS DE SALUD MENTAL	16
CENTROS DE ORIENTACIÓN Y PLANIFICACION FAMILIAR	28
CENTROS JÓVENES DE ANTICONCEPCIÓN Y SEXUALIDAD	3
UNIDADES DE FISIOTERAPIA	43
UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL	30

3.4. Singularidades en el ámbito de la atención primaria en Extremadura

La fuerte implicación de la Junta de Extremadura en la implantación y desarrollo de la atención primaria en la CAE conllevó, no sólo a que se establecieran marcos de encuentro para la coordinación de actuaciones, sino que también de negociación en los que la Consejería de Sanidad y Consumo incorporó iniciativas con contenido económico y exigía al INSALUD el desarrollo de acciones que se entendían singulares –dentro del modelo de atención primaria definido en la normativa vigente- las peculiaridades de la Comunidad Autónoma.

En la Tabla 7, se han sintetizado algunos aspectos que contribuyen a otorgar cierta singularidad al modelo de AP desarrollado en Extremadura.

Tabla 7

Singularidades del modelo organizativo de la atención primaria en Extremadura (1984-2006)

- **Implicación directa de la Consejería de Sanidad y Consumo en el desarrollo del modelo desde 1984**
- **Desplazamiento de médicos especialistas a determinados Centros de Salud**
- **Dotación de ambulancia convencional a todos los Puntos de Atención Continuada para el traslado de los sanitarios**
- **Tele-diagnóstico en determinados Centros de Salud.**
- **Incorporación del Veterinario y Farmacéutico de Atención Primaria en todos los equipos de atención primaria**
- **Porcentaje significativo de equipos de atención primaria en Zonas de Salud con menos de 5.000 habitantes**

Caben ser destacadas dos acciones singulares pactadas con el INSALUD (desplazamiento de médicos especialistas a determinados Centros de Salud y dotación de ambulancia convencional a todos los PAC), y una tercera iniciativa impulsada en solitario por la Consejería de Sanidad y Consumo, de tele-diagnóstico en determinados centros de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 29 de 29-04-86).
- (2) GUILLÉN, ANA: "Evolución de los sistemas sanitarios en Europa ". XXI Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Oviedo, 2001
- (3) REAL DECRETO 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establece la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional (BOE núm. 226 de 21-09-78).
- (4) EVANGELISTA BENITEZ, M.: "La reforma sanitaria". Rev. Fomento. Soc., enero-marzo de 1980.
- (5) EVANGELISTA BENITEZ, M.: "Medicina y Sociedad. La Reforma Sanitaria". Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social. INSALUD. Madrid, 1981.
- (6) CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978 (BOE núm. 311.1, de 29-12-78).
- (7) REAL DECRETO 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud (BOE núm. 27 de 01-02-84).
- (8) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata (Kazajistán). 1978
- (9) LEY ORGÁNICA 1/1983, de 25 de febrero, del Estatuto de Autonomía de Extremadura (BOE núm. 49, de 26-02-83; B.O. JRE núm. 10 de 02-03-83). Modificada por: la LO 5/1991, de 13 de marzo (BOE núm. 63 de 14-03-91), la LO 8/1994, de 24 de marzo (BOE núm. 72 de 25-03-94) y la LO 12/1999, de 6 de mayo (BOE núm. 109, de 7-05-99).
- (10) REAL DECRETO 2912/1979, de 21 de diciembre, sobre transferencia de competencias de la Administración del Estado a la Junta Regional de Extremadura en materia de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, urbanismo, agricultura, ferias interiores, turismo, transporte, administración local, cultura y sanidad (BOE núm. 5 de 05-01-80; DOE núm. 1 de 20-03-80).
- (11) DECRETO 8/1980, de 11 de marzo, por la que se asignan a la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de la Junta Regional de Extremadura las competencias transferidas en materia de Sanidad (Boletín Oficial de la

Junta Regional de Extremadura, en adelante, BO-JRE, núm. 1 de 20-03-80).

- (12) REAL DECRETO 546/1980, de 21 de marzo, por el que se fija fecha para el efectivo ejercicio de determinadas competencias transferencias a la Junta Regional de Extremadura por el RD 2912/1979, de 21 de diciembre (BOE núm. 75 de 27-03-80; BO-JRE núm. 2 de 19-09-80).
- (13) REAL DECRETO 340/1982, de 15 de enero, por el que se transfiere a la Junta Regional de Extremadura, competencias, funciones y servicios del Organismo Autónomo de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (BOE núms.: 51 de 01-03-82 y 52 de 02-03-82).
- (14) REAL DECRETO 588/1984, de 8 de febrero, sobre valoración definitiva, ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados y adaptación de los transferidos en fase preautonómica a la Comunidad Autónoma de Extremadura en materia de Sanidad (BOE núm. 75 de 28-03-84) (DOE núm. 26 de 12-04-84).
- (15) REAL DECRETO 1795/1985, de 11 de septiembre, sobre valoración definitiva, ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados y adaptación de los transferidos en fase preautonómica de funciones y servicios del Organismo Autónomo Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) (BOE núm. 238 de 04-10-85).
- (16) REAL DECRETO 60/1995, de 24 de enero, por el que se traspasan funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de Mutualidades de Previsión Social no integradas en la Seguridad Social (BOE núm. 40 de 16-02-95; DOE núm. 21 de 18-02-95).
- (17) REAL DECRETO 1477/2001, de 27 de diciembre, por el que se traspasan las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (BOE núm. 312 de 29-12-01 y DOE núm. 148 de 29-12-01).
- (18) RODRÍGUEZ OCAÑA, E.: "De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene". En: Historia y medicina en España. Homenaje al Profesor Luis S. Granjel. Consejería de Cultura y Turismo. Junta de Castilla y León. Valladolid, 1999: 237-49.
- (19) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): "Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones" En: Boletín de la OPS; 11(3): 246-61. Marzo, 1932.

- (20) CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. Boletín Oficial del Congreso de los Diputados de las Cortes Españolas. "Resolución de la Reforma Sanitaria", de fecha 8 de mayo de 1980. Madrid, 1980.
- (21) ÁLVAREZ MARTÍNEZ, JM.: "Comarcalización". 2ª Ponencia del II Congreso Nacional de Medicina Rural. León, 1974.
- (22) IRIGOYEN SÁNCHEZ-ROBLES, J: "Análisis sociológico de la reforma sanitaria en España". En Mazarrasa Alvear y otros, "Salud Publica y Enfermería Comunitaria". McGraaw Hill. Madrid, 1996.
- (23) HUERTAS, R: "Neoliberalismo y políticas de salud". En: "El Viejo Topo". Fundación de Investigaciones Marxistas. Madrid, 1999.
- (24) DECRETO 68/1984, de 6 de diciembre, por el que se delimita el marco territorial de las Zonas de Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 72 de 20-09-84).
- (25) DECRETO 3/1987, de 27 de enero, por el que se definen y regulan las estructuras de atención primaria. (DOE núm. 9 de 03-02-87).
- (26) DECRETO 4/1987, de 27 de enero, por el que se delimitan las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 9 de 03-02-87).
- (27) ORDEN de 4 de marzo de 1986, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- (28) RESOLUCIÓN de 22 de noviembre de 1988, sobre normas mínimas para la elaboración del Reglamento Interno de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Extremadura. (DOE núm. 95 de 29-11- 88).
- (29) RESOLUCIÓN de 3 de diciembre de 1987, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Convenio suscrito entre la Junta de Extremadura y el Ministerio de Sanidad y Consumo para el desarrollo de la atención primaria de salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- (30) MARTÍN GARCÍA, M. Papel del Sistema Público de Salud y de la Atención Primaria en la próxima década. En: Salud 2000. Año XX, .núm. 103. Septiembre, 2005: 8-13.

- (31) DECRETO 67/1996, de 21 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 61 de 28-05-96).
- (32) PÉREZ ESCANILLA, F: “Modelo de Indicadores de Salud: Su aplicación a la Comunidad extremeña”. Serie: Tesis. Ed. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. Mérida, 2005: 22.
- (33) ORDEN de 20 de octubre de 1986, por la que se establece procedimiento de subvención a las Corporaciones Locales, en relación con los Centros de Salud, con cargo al Fondo de Compensación Interterritorial.
- (34) ORDEN de 28 de febrero de 1991, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se regula la concesión de subvenciones a Corporaciones Locales para construcción y equipamiento de Centros Sanitarios Públicos, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- (35) MURILLO LORENZO, A: “Estudio comparativo de Extremadura con el resto de Comunidades Autónomas en cuanto a implantación, puesta en funcionamiento y cobertura de la población por los centros de salud”. [Informe Técnico]. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. Mérida, 1990.
- (36) DECRETO 166/2005, de 5 de julio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 80 de 12-07-05).