

MANUAL DOCENTE DE SALUD COMUNITARIA, PERFIL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA Y EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Edición 1/2024

Profesora:

- Ana María Fernández Araque.



ÍNDICE

- 1. Salud Comunitaria**
- 2. Entornos Saludables**
- 3. Formación en orientación Comunitaria**
- 4. Definición de Enfermería Comunitaria**
 - 4.1. Perfil de Enfermería Comunitaria**
 - 4.2. Funciones**
 - 4.3. Habilidades y destrezas**
- 5. Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria**
 - 5.1. Competencias de la Enfermería Comunitaria**
 - 5.2. Normativa que la desarrolla**
- 6. Atención primaria y comunitaria (APyC). Elementos conceptuales y organizativos**
 - 6.1. Definición de atención primaria de salud (APS) de la conferencia de Alma Ata**
 - 6.2. Servicios de la Atención Comunitaria**
- 7. Atención primaria y comunitaria, y efectividad y eficiencia del sistema sanitario**

1. Salud Comunitaria

La salud comunitaria representa la expresión colectiva del bienestar individual y grupal en una comunidad definida. Está determinada por la interacción entre múltiples factores: características individuales y familiares, el entorno social, cultural y ambiental, los servicios de salud, los recursos comunitarios y la influencia de elementos sociales, económicos, políticos y globales.

La orientación comunitaria de los servicios sanitarios promueve la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja. Este enfoque prioriza la salud sobre la enfermedad, considerando los contextos sociales y culturales en los que las personas y comunidades viven. Además, se caracteriza por ser participativa, cooperativa, interdisciplinaria e intersectorial, fomentando la colaboración activa entre todos los actores implicados.

La importancia de la salud comunitaria radica en su capacidad para atender las necesidades colectivas de manera integral y eficiente. Entre sus principales beneficios destacan:

1. **Prevención de enfermedades:** Implementa estrategias como programas de vacunación, campañas de higiene y educación sanitaria que minimizan riesgos antes de que se conviertan en crisis.
2. **Equidad en el acceso a la salud:** Asegura que los grupos más vulnerables puedan acceder a servicios básicos, reduciendo desigualdades y promoviendo justicia social.
3. **Fortalecimiento del sistema de salud:** Estimula la coordinación entre instituciones, profesionales y comunidades, mejorando la capacidad de respuesta ante emergencias y la calidad del servicio ofrecido.
4. **Promoción de hábitos saludables:** Educa a la población sobre prácticas que favorecen su calidad de vida, como una alimentación equilibrada, actividad física y prevención de adicciones.
5. **Reducción de costos sanitarios:** Al priorizar la prevención, disminuye la necesidad de tratamientos costosos, atacando las causas subyacentes de los problemas de salud.



2. Entornos Saludables

Una Ciudad saludable es aquella que da una alta prioridad a la salud en todas sus actuaciones. Cualquier ciudad puede ser saludable si se compromete con la salud, tiene una estructura para trabajar por ella y comienza un proceso para conseguir más salud. La salud es algo más que la ausencia de enfermedad o la actividad curativa de los servicios sanitarios: puede crearse si el entorno donde vivimos nos facilita estilos de vida más sanos. Un entorno saludable se logra mediante la cooperación de los ciudadanos, las autoridades y los sectores involucrados, enfocándose en medidas que impulsen el bienestar integral.

2.1. Tipos de entornos saludables en una comunidad

Los entornos saludables en una comunidad son aquellos espacios diseñados o gestionados para promover y proteger la salud de las personas. Aquí tienes algunos de los más comunes:

1. Entornos educativos saludables

- Escuelas que promueven la actividad física, una alimentación equilibrada y programas de bienestar emocional.
- Espacios libres de humo de tabaco y que fomentan la participación activa de la comunidad educativa.

2. Entornos laborales saludables

- Lugares de trabajo que proporcionan condiciones seguras, descansos adecuados, y programas de bienestar físico y mental.
- Políticas de prevención de riesgos laborales y acceso a servicios de salud ocupacional.

3. Entornos urbanos saludables

- Espacios públicos diseñados para fomentar la movilidad activa (senderos, ciclovías, áreas peatonales).
- Parques, jardines y áreas verdes que ofrecen oportunidades de recreación y relajación.
- Ciudades con planificación adecuada para reducir la contaminación del aire, ruido y basura.

4. Entornos comunitarios saludables

- Barrios con acceso a servicios básicos (agua potable, saneamiento, electricidad).

- Centros comunitarios que promueven actividades culturales, deportivas y sociales.
5. Entornos familiares saludables
- Hogares con ambientes libres de violencia y prácticas saludables como una dieta balanceada y apoyo emocional.
 - Familias que fomentan hábitos como la actividad física regular y la buena comunicación.
6. Entornos naturales saludables
- Áreas protegidas o reservas naturales que permiten la conservación del medio ambiente y su uso recreativo.
 - Espacios que fomentan actividades al aire libre como senderismo o deportes en contacto con la naturaleza.
7. Entornos sanitarios saludables
- Centros de salud que no solo se enfocan en tratar enfermedades, sino en promover la prevención y educación para la salud.
 - Entornos hospitalarios amigables, accesibles y centrados en las necesidades del paciente.
8. Entornos digitales saludables
- Espacios virtuales que promueven el acceso a información confiable sobre salud y bienestar.
 - Plataformas que fomentan el uso responsable y equilibrado de la tecnología, evitando la adicción y el sedentarismo.

3. Formación en orientación comunitaria

Para realizar una formación en orientación comunitaria se propone partir del esquema de los tres niveles de la orientación comunitaria: individual, grupal y colectivo.

Nivel 1. Individual y familiar: “pasar la consulta mirando a la calle”

Equidad en salud. Aprendiendo con el pueblo gitano

Educación para la salud individual sobre estilos de vida

Nivel 2. Grupal: “educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas”

Educación para la salud grupal sobre estilos de vida

Nivel 3. Colectivo: Acción comunitaria en salud, “el centro de salud no es el único centro de la salud”

Acción comunitaria para la salud

4. Definición de Enfermería Comunitaria

La enfermería comunitaria es una rama de la salud dedicada a la atención integral de las personas, familias y comunidades, buscando mejorar la calidad de vida de las personas a través de actividades de promoción, prevención, atención y control de los problemas de salud. A diferencia de los cuidados de enfermería, que se centran en prestar ayuda inmediata en caso de enfermedad o dolencia, podemos decir que los cuidados comunitarios priorizan la enfermedad, trabajando los hábitos y conductas saludables de las personas y evitando aquellas conductas no saludables que puedan propiciar la aparición de enfermedades. una enfermedad (o, si ya está diagnosticada, al menos para evitar exacerbar su progresión).

4.1. Perfil de enfermería comunitaria, funciones y habilidades

La **enfermería familiar y comunitaria** promueve la salud en personas de todas las edades. El espectro de trabajo de una enfermera familiar y comunitaria es muy amplio: desde niños pequeños hasta ancianos o personas con determinadas discapacidades o enfermedades crónicas. La combinación de unas funciones y habilidades mínimas convierte a la enfermera familiar y comunitaria en un pilar esencial para el cuidado integral de la salud en el ámbito comunitario.

Las funciones que desempeña una enfermera familiar y comunitaria abarcan un amplio rango de actividades. Entre las principales se encuentran:

- Prevenir enfermedades y fomentar la salud en sus dimensiones física, mental y social.
- Brindar asesoramiento y orientación a las personas sobre temas relacionados con el bienestar y la salud.
- Evaluar el crecimiento y desarrollo de bebés y niños pequeños.
- Ofrecer recomendaciones a padres y cuidadores sobre el desarrollo infantil.
- Resolver inquietudes relacionadas con la alimentación y la seguridad de los niños.
- Diseñar e impartir clases sobre salud infantil.

- Realizar talleres de preparación para el parto y apoyo en el postparto.
- Llevar a cabo visitas domiciliarias.
- Proporcionar apoyo emocional y orientación a personas con necesidades específicas debido a su estado de salud.
- Dirigir sesiones clínicas en centros de salud o hospitales.
- Administrar vacunas infantiles cuando sea necesario.
- Apoyar y acompañar a pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades.
- Observar y evaluar los cambios en la salud y comportamiento de los pacientes.
- Identificar problemas familiares y ofrecer orientación (como en casos de maltrato o abuso infantil).
- Promover la educación para la salud entre la comunidad.
- Elaborar registros clínicos e informes detallados.
- Trabajar de manera colaborativa con otros especialistas en un entorno multidisciplinar.

Para desempeñar estas funciones, la enfermera familiar y comunitaria debe poseer habilidades y competencias específicas, tales como:

- Sensibilidad y paciencia en la atención a las personas.
- Escucha activa para comprender mejor las necesidades de los pacientes.
- Capacidad para brindar asesoramiento objetivo y útil.
- Habilidad para reconfortar y motivar a los pacientes.
- Facilidad para comunicarse de manera efectiva con personas de diferentes edades, culturas y entornos sociales.
- Resiliencia física y emocional frente a las demandas del trabajo.
- Trabajo en equipo y coordinación con profesionales de diversas disciplinas.
- Observación aguda para identificar necesidades más allá de lo evidente.
- Capacidad de toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
- Organización y métodos de trabajo estructurados.
- Formación y conocimientos técnicos adecuados para cumplir con sus responsabilidades profesionales.

5. Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

La OMS considera que la enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.»

Esta especialista debe estar «preparada para intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen, por lo que deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc. elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud».

5.1. Competencias

La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

La acción de la Enfermera Familiar y Comunitaria está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con visión holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental.

Todas estas competencias están especificadas en el BOE que desarrolla el programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: ([enlace al BOE](#)). Sin embargo, destacamos de forma breve las siguientes:

1) Realizar una función asistencial

Tanto en consulta como a domicilio, la enfermería comunitaria realiza una labor muy importante de atención primaria a las personas de la comunidad, además de promocionar y educar para la salud. En muchos casos, además, se tratan enfermedades crónicas o enfermos paliativos, así que poder ofrecer una asistencia domiciliar es una función fundamental para la enfermería comunitaria.

2) Trabajar en docencia

Una de las funciones de la enfermería comunitaria es trabajar en docencia, aportando conocimientos y transmitiendo determinadas pautas en pro de la

prevención de salud. Hablamos de la docencia en enfermería comunitaria con el fin de educar para poder detectar y prevenir. También para concienciar sobre la importancia de los cuidados de calidad y para educar a un colectivo en términos de hábitos saludables.

3) Gestionar los recursos desde el ámbito de la administración

Tan importante es la función de la enfermería comunitaria a pie de calle como la función de la enfermería comunitaria en el ámbito de la administración, gestionando los recursos de la comunidad, realizando actividades de promoción, organizando campañas de concienciación y repartiendo los medios disponibles según cada necesidad.

4) La investigación, fundamental en la prevención de la salud

La investigación es clave y fundamental en la enfermería comunitaria porque ayuda a mejorar y a validar el conocimiento existente, además de generar nuevo. Gracias a la investigación podemos medir comportamientos y reconocer pautas y patrones, lo que nos ayuda en la prevención y el control de enfermedades.

5) Promocionar la salud

La promoción es una función muy importante para la enfermería comunitaria. Muy relacionada con los puntos anteriores, la promoción engloba aquellas actividades beneficiosas para la salud, aquellas que nos ayudan como individuo, familia y comunidad a potenciar la salud y a vivir en entornos más saludables. Promocionar el deporte, una buena alimentación, un descanso equilibrado y favorecer las relaciones personales ayudarán a prevenir cualquier enfermedad o, en el caso de ya tenerla, a paliarla.

Además de estas funciones esenciales para trabajar en enfermería comunitaria, es importante que el perfil de la enfermera comunitaria sea el de una persona con **habilidades de comunicación**, que sepa establecer **vínculos de confianza** que le ayuden a conectar con el paciente y a ganarse su cordialidad. También tiene que ser una **persona muy curiosa**, capaz de observar el entorno de un enfermo (lo que le dará pistas para saber cómo vive y, por tanto, de qué modo se le puede ayudar). Finalmente, el profesional de enfermería comunitaria debe ser una **persona empática y que transmita confianza al paciente**, para conseguir hacerle cambiar determinados hábitos

de vida, hacerle participe de su salud y de su enfermedad y educarle en la toma de acciones relativas a su salud.

Como puedes ver, si te interesa el ámbito de la sanidad, son muchas las razones por las que estudiar auxiliar de enfermería y dedicarse a la enfermería comunitaria. Si como profesional te interesa el trato directo con los enfermos, intervenir en los problemas de salud de las personas y poder ayudar a un colectivo en la promoción de actividades beneficiosas para la salud, trabajar como enfermera comunitaria puede ser tu camino.

5.2. Normativa que la desarrolla

- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril sobre las especialidades de Enfermería
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias

Perfiles profesionales y de actividad en la atención familiar y comunitaria

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

Diversos factores, como el envejecimiento de la población, el auge de las patologías crónicas con sus consiguientes descompensaciones, el aumento de la supervivencia y la creciente complejidad multifactorial de las causas de las necesidades y problemas de salud, están introduciendo cambios significativos en los perfiles profesionales de los miembros de los centros y equipos de salud, y ampliando la red de profesiones que pueden y deben intervenir en el marco de la APyC ([Macia Soler, 2007](#)).

Desde un punto de vista teórico, los perfiles de los profesionales especialistas en atención familiar y comunitaria (médicos y enfermeras) contienen los elementos teóricos y prácticos necesarios para el manejo de las situaciones de salud y enfermedad, y resolver los problemas que no siempre se pueden ubicar bajo un epígrafe diagnóstico concreto. Los profesionales de referencia, al actuar como agentes de salud que observan desde todas las dimensiones de la persona sus problemas y necesidades, pueden realizar un abordaje general e integrar los cuidados de promoción, prevención, rehabilitadores y clínicos que precise. Deben adquirir los conocimientos, las habilidades

y las actitudes necesarias para interpretar y priorizar estas intervenciones a partir del análisis de las condiciones de vida y las dinámicas familiares, laborales y de la comunidad en que vive, y decidir, junto con la persona atendida, cuándo, cómo y dónde deben participar en el proceso asistencial otros especialistas (Martínez Riera, 2006).

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

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

6. Atención primaria y comunitaria (APyC). Elementos conceptuales y organizativos

La APyC puede ser entendida y conceptualizada desde diversas perspectivas. En nuestro contexto, suele considerarse como un componente esencial del sistema sanitario, actuando como la puerta de entrada principal para que las personas accedan por primera vez a los servicios de salud. Sin embargo, esta visión resulta simplista, ya que no refleja de manera adecuada la relevancia ni la complejidad del rol que la APyC debe desempeñar en los procesos integrales de atención tanto individual como colectiva (Martín Zurro, 2019).

6.1. Definición de atención primaria de salud (APS) de la conferencia de Alma Ata

La Conferencia de la OMS-Unicef de Alma Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS: «asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su

desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria de salud es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».

6.2. Servicios de la atención primaria y comunitaria

La atención primaria y comunitaria es la resultante de la integración estratégica y operativa de los **servicios que proporcionan atención a las personas de un territorio en régimen ambulatorio (de no internamiento)**, tanto desde una perspectiva individual como colectiva o poblacional y, por tanto, incluye, entre otros, los siguientes tipos de recursos:

- Centros y equipos de atención primaria.
- Salud pública.
- Salud mental y drogodependencias
- Fisioterapia y rehabilitación.
- Atención a la salud sexual y reproductiva.
- Consultas de diversos especialistas.
- Atención sociosanitaria.
- Urgencias y emergencias no hospitalarias.
- Farmacias comunitarias.
- Transporte sanitario.
- Otros (según características del sistema de salud).

Sus elementos nucleares son el centro y el equipo de atención primaria. Los servicios de salud pública del territorio proporcionan soporte directo para el desarrollo de actividades de promoción y prevención con perspectiva comunitaria. Los diferentes tipos de recursos que integran la atención primaria y comunitaria territorial trabajan de forma coordinada y en red.

Como hemos dicho anteriormente la salud comunitaria se entiende como el conjunto de acciones orientadas a mejorar el bienestar de la comunidad en sus dimensiones biológica, psicológica y social. Para ello, es fundamental considerar tanto las necesidades y características de la población como los recursos disponibles, ya sean

institucionales o de servicios. Estas acciones abarcan intervenciones dirigidas a los determinantes prioritarios de salud y enfermedad en la población, lo que requiere el diseño de estrategias intersectoriales (Sánchez Vidal, 2007).

Es importante establecer una distinción clara entre los conceptos de atención primaria y comunitaria y el de salud comunitaria, aunque ambos estén estrechamente vinculados.

El primero hace referencia a una nueva forma de organización del conjunto de los servicios de no internamiento de un territorio, mientras que el segundo traduce la orientación estratégica y las características operativas de las actuaciones de los profesionales de dichos servicios, donde además se establece una pirámide de servicios sanitarios por nivel de atención que podemos observar en la imagen 1.

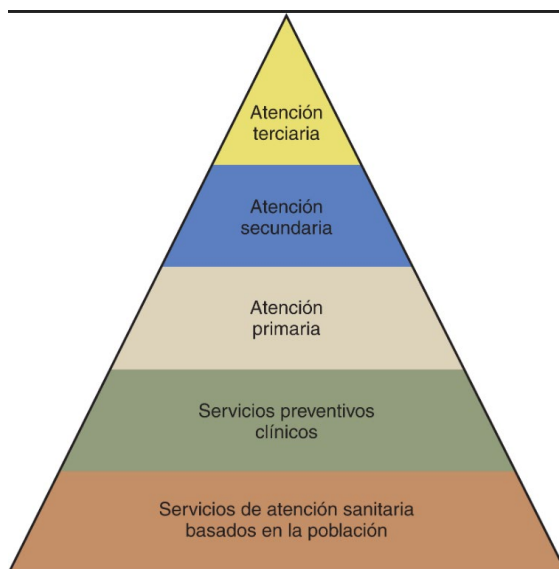


Imagen 1. Pirámide de los servicios sanitarios. (Por cortesía del U. S. Public Health Service: For a healthy nation: return on investments in public health, Washington DC, 2008, USDHHS.)

6.3. Características de la APS/APyC

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

- *Integral:* abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.

- *Integrada*: asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- *Continuada y longitudinal*: desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja, y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias, etc.).
- *Activa*: realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y las demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos y abordándolos en sus fases más precoces.
- *Accesible*: sin existencia de barreras inadecuadas que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.
- *Desarrollada por equipos*: formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería, etc.) y no sanitarios (trabajo social, administración, etc.).
- *Comunitaria y participativa*: enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.
- *Programada y evaluable*: a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- *Docente e investigadora*: con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

7. Atención primaria y comunitaria, y efectividad y eficiencia del sistema sanitario

Los sistemas sanitarios centrados en la Atención Primaria y Comunitaria (APyC) han demostrado ser más efectivos y eficientes que aquellos que priorizan los recursos y la organización hacia la atención hospitalaria. Sin embargo, como ya se ha señalado, el desarrollo de la APyC no implica necesariamente una reducción significativa de los costos del sistema sanitario. Su contribución se basa en una mejor racionalización de las decisiones económicas y de planificación, generando una relación más favorable entre los resultados obtenidos y los costos invertidos.

Barbara Starfield, una de las principales autoras en este ámbito (Starfield, 2001), ha analizado en profundidad las repercusiones de la APyC en diversos sistemas sanitarios. Estas no solo se limitan al ámbito económico, sino que abarcan mejoras en la calidad

de la atención, los indicadores de salud y el grado de satisfacción de la población con los servicios sanitarios. Los elementos clave de la APyC —como el acceso en el primer contacto, la continuidad en el tiempo (longitudinalidad), la atención integral y la coordinación— son herramientas fundamentales para medir estas contribuciones.

Además, un sistema sanitario centrado en la APyC favorece la redistribución de los recursos y mejora la accesibilidad universal. Esto contribuye de manera decisiva a potenciar la equidad en la atención de salud, corrigiendo desigualdades en la distribución de la carga de enfermedad, especialmente entre los distintos estratos socioeconómicos. Es ampliamente reconocido que las personas de niveles socioeconómicos más bajos presentan una mayor carga de morbilidad.

Un estudio realizado por Barbara Starfield en 1994 comparó los sistemas sanitarios de 12 países industrializados de Occidente. Este análisis mostró que aquellos sistemas con un mayor desarrollo de la APyC lograban mejores indicadores de salud, combinados con menores costos económicos.

Este enfoque refuerza la idea de que invertir en APyC no solo beneficia al sistema sanitario, sino también a la población, al mejorar tanto los resultados de salud como la equidad en el acceso a los servicios.



Imagen 2. Relación de las mejoras del sistema sanitario con el posible incremento del PIB.

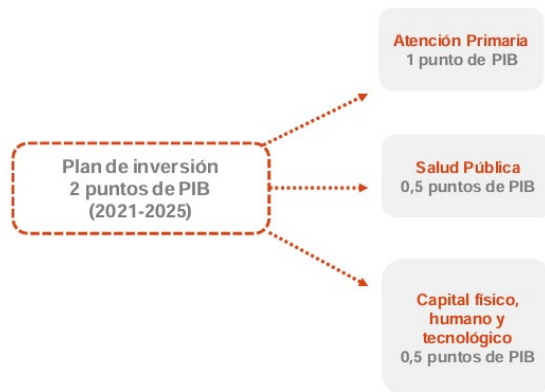
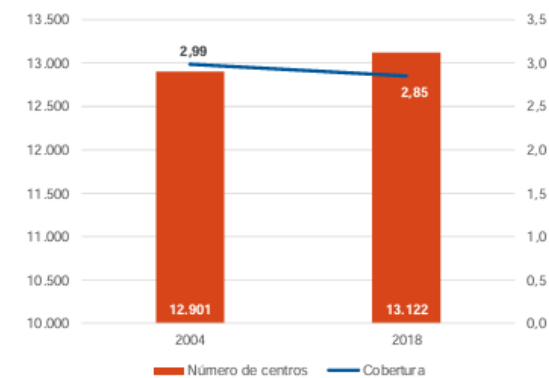


Imagen 3. Posible distribución de los recursos del Plan de Inversión entre los tres ámbitos señalados. Fuente: Inversión en sanidad: la vía española hacia la prosperidad junio de 2021

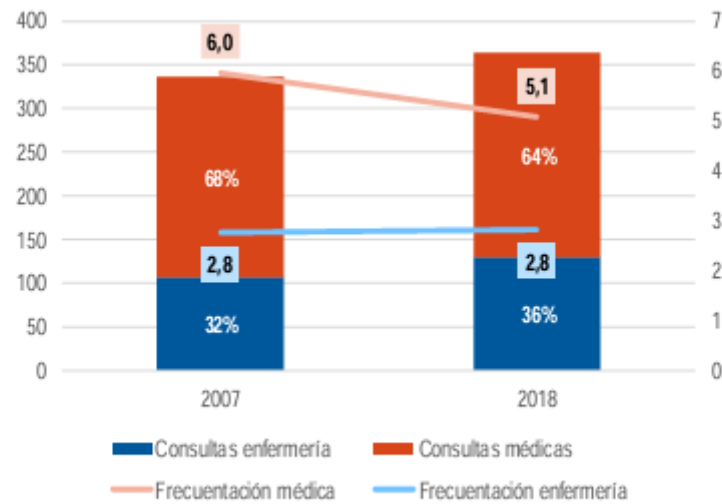
Entre 2004 y 2018, aunque el número de centros de atención primaria aumentó, la cobertura por cada mil habitantes disminuyó. Esto refleja que el crecimiento de los centros no ha sido proporcional al incremento de la población. En cuanto a la atención especializada total, entre 2010 y 2018 se observó un ligero aumento tanto en el número de hospitales como en su cobertura poblacional. Por otro lado, los centros de atención especializada ambulatoria mostraron un crecimiento más significativo, tanto en cantidad como en su capacidad de cobertura poblacional durante el mismo período.

Figura 1. Centros de atención primaria (total) y cobertura (nº de centros por cada 10.000 habitantes asignados-eje dcho.), 2004 y 2018.



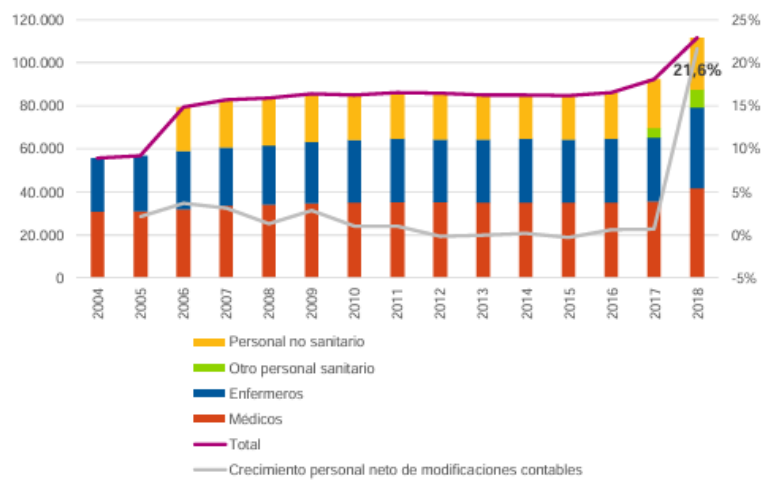
Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (MSCBS)

Figura 2. Distribución de las consultas ordinarias en atención primaria por tipo (total y %sobre el total) y frecuentación (consultas por habitante, eje dcho.) 2007 y 20218.



Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (MSCBS)

Figura 3. Personal vinculado a atención primaria por categoría profesional (personas) y tasa de crecimiento neta de modificaciones contables (%) 2004-2018.



Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (MSCBS)

La importancia de la accesibilidad a la prestación de Atención Primaria en distancia y tiempo explica en buena parte esta distribución territorial de centros de asistencia. Los principales indicadores que nos permiten aproximarnos a estas variables de accesibilidad por comunidad autónoma tienen relación con la distancia por carretera hasta el centro de salud más cercano (distancia media, máxima, indicador rodeo19, tiempo en llegar a la consulta).

Figura 4. Distancia y tiempo por carretera al centro de salud más cercano (kilómetros, minutos).

	Distancia media	Distancia máx.	Indicador Rodeo	Tiempo en llegar a la consulta
AND	8,2	43,7	211	14,54
ARA	10,5	59,3	312	13,30
AST	6,1	58,0	19	14,82
BAL	3,5	14,4	5	17,41
CAN	1,3	16,7	0	15,26
CNT	6,7	69,2	36	17,44
CYL	11,0	31,2	961	13,33
CLM	9,0	36,2	304	12,62
CAT	5,8	43,1	220	15,83
CVA	4,7	38,9	99	12,64
EXT	8,3	45,2	78	14,73
GAL	0,1	14,3	0	17,93
MAD	5,5	19,1	31	13,96
MUR	1,5	12,9	1	11,39
RIO	9,5	31,1	93	11,69
NAV	7,1	59,1	97	12,31
PVA	6,8	72,2	154	14,39
Brecha	10,9	56,3	961,0	6,5
cv	0,5570	0,5046	1,5677	0,1420

Fuente: Moyano Pesquera, B., "La incidencia de la dispersión de la población en el coste de los servicios sanitarios en las comunidades autónomas españolas"

La disponibilidad de centros de Atención Primaria genera un impacto significativo en la economía local, especialmente en términos de empleo y consumo de bienes y servicios intermedios. Esto asegura un papel estable de estos centros en la estructura productiva de provincias con menor dinamismo económico, como Extremadura, Castilla y León y parte de Aragón. Además, la inversión en Atención Primaria genera un retorno fiscal a través de impuestos autonómicos (IRPF, IVA, IIEE) y tradicionales (Transmisiones Patrimoniales, Actos Jurídicos Documentados, Matriculación, Tasas), así como en ingresos para las haciendas locales (IBI, tasas, entre otros). En este sentido, la sanidad, y en particular la Atención Primaria, actúa como un factor clave para el reequilibrio territorial.

Se debe tener en cuenta que el desarrollo y mantenimiento de un sistema sanitario eficiente no solo requiere un enfoque en la equidad territorial y el retorno fiscal, sino también una planificación estratégica para abordar los retos tecnológicos y las demandas emergentes, asegurando así la sostenibilidad del sistema en el largo plazo.

La tecnología y su impacto en el gasto sanitario

Un factor importante en el incremento del gasto sanitario es el avance tecnológico. Según el modelo teórico de Mayhew (2000), existen cinco determinantes principales del gasto sanitario: tres demográficos (población, estructura demográfica y prevalencia de enfermedades), junto con la tecnología y los costos. Diversos estudios coinciden en que entre un 25% y un 50% del crecimiento anual del gasto sanitario se atribuye al impacto de la tecnología.

Si asumimos que este avance tecnológico mantiene un ritmo constante, se estima que el gasto en salud podría aumentar un 0,9% anual hasta 2030. Para un país como España, la aspiración sería aprovechar los avances tecnológicos al nivel de los países de la Unión Europea con sistemas sanitarios más desarrollados. Bajo esta hipótesis, en un escenario inercial, el gasto sanitario en 2040 sería un 58% superior al de 2018, con un crecimiento anual promedio del 2,1%, lo que representa un incremento de más de 1.734 millones de euros al año.

Proyecciones económicas del gasto sanitario

Con las actuales proyecciones demográficas publicadas por el INE y considerando el impacto de la tecnología, el gasto sanitario como porcentaje del PIB superará el crecimiento económico. Para 2040, este gasto representaría un punto porcentual más del PIB, incluso sin incluir los costos derivados de nuevas necesidades sanitarias, como las evidenciadas durante la pandemia de COVID-19.

Nuevos retos tras la pandemia

La pandemia ha puesto de manifiesto necesidades adicionales en el sistema sanitario, como el refuerzo de la Atención Primaria, la modernización de los equipos de alta tecnología y una mayor inversión en Salud Pública. Esto implica que el ritmo de crecimiento del gasto sanitario ya proyectado antes de la pandemia debe ajustarse para incluir estas nuevas prioridades, lo que incrementa aún más las necesidades de inversión a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Analistas Financieros Internacionales (Afi). (2021). Inversión en sanidad: La vía española hacia la prosperidad. Ed. Afi.
2. Barragán-Sánchez, R., & Baena-Parra, C. (2018). Enfermería comunitaria: Teoría y práctica para la promoción de la salud (4ª ed.). Editorial Elsevier.
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
4. Martín Zurro, A., & Jodar Solá, G. (2023). Atención familiar y salud comunitaria (3ª ed.). Elsevier España, S.L.U.
5. Martínez Riera, J. R., & del Pino Casado, R. (2006). Enfermería en Atención Primaria. Madrid Difusión Avances de Enfermería.
6. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
7. Public Health Service. (2008). For a healthy nation: Return on investments in public health. USDHHS.
8. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre las especialidades de Enfermería.
9. Sánchez Vidal, A. (2007). Manual de Psicología Comunitaria. Un enfoque integrado. Madrid: Pirámide.
10. Stanhope, M., & Lancaster, J. (2022). Public health nursing: Population-centered health care in the community (10th ed.). Elsevier.
11. Starfield, B., Sevilla, F., Aube, D., Bergeron, P., Maeseneer, J. M., Hjortdahl, P., et al. (2004). Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. Revista Española de Salud Pública, 78(1), 17-26.