

# La situación de la atención primaria en Cataluña

(Primary Care in Catalonia [Spain])

Sr. Director:

Por todos es sabido que la reforma de la atención primaria (RAP) en España tiene sus orígenes en Alma-Atá (1978), donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) expuso los objetivos para el año 2000 y posteriormente para el siglo XXI. En Cataluña, la RAP se inició en el año 1986, y se tenía previsto que concluyera al cabo de 10 años (actualmente no está finalizada y a pesar de eso ya se ha hecho la reforma de la reforma).

Es por lo menos reconfortante que profesionales de otras comunidades autónomas tengan un sentimiento similar<sup>1</sup>. Felicitó a Palomo por su análisis; es una fotografía de la situación de la atención primaria muy real, por lo menos desde una perspectiva de área no docente, a pesar de la enorme heterogeneidad existente. Me gustaría, de todas formas, añadir unos aspectos paralelos a la investigación, comentado de forma muy acertada. En primer lugar, ¿por qué el estancamiento de los noventa? Creo que mayoritariamente se sigue trabajando con un modelo biomédico, en que la enfermedad es el centro de la atención y no un modelo holístico donde la salud es lo importante. En parte porque es lo que históricamente hemos dado a la sociedad y en parte porque a muchos profesionales es lo que se les ha enseñado. Así, el Seroxat<sup>®</sup>, conocido antidepresivo, es el medicamento recetado por los médicos del Institut Català de la Salut (ICS), entidad pública proveedora de servicios sanitarios, situado en primer lugar, en cuanto a importe (14.632.826 euros), pero no se investiga el entorno y las circunstancias de las personas que lo toman para que estén como están, como tampoco alternativas a la medicación. Por otra parte, el desencanto de los profesionales es patente; no tan sólo médicos/as, y enfermeros/as sino también el personal de atención al usuario.

Para seguir mejorando la calidad de la atención primaria, como condición necesaria, aunque no suficiente, es preciso un aumento del gasto<sup>2</sup> y no una política de contención de costes que parece ser «la moda que viene». Si realmente se quiere reducir el gasto, ¿a qué espera la Administración para disminuir en farmacia?; claro que para eso se necesita un enfrentamiento con los laboratorios que en España tienen demasiado poder.

Para poder investigar hay que tener una carga de trabajo moderada, tiempo y financiación<sup>3</sup>; para hacer otras actividades que son propias de la atención primaria (prevención de la enfermedad, promoción de la salud) también necesitamos de las dos primeras condiciones. Sin duda alguna también hay que gestionar mejor.

El famoso «modelo catalán» de separación entre provisión de servicios y financiación ha permitido privatizar el 15% de la gestión en atención primaria y en la actualidad sirve para continuar haciéndolo y llegar a casi el 33% (algunas veces a través de consorcios de los que forma parte el mismo ICS). Este modelo de gestión que interesa tanto a los neoliberales se ha demostrado que no es más efectivo ni más eficiente, sino que más bien disminuye la equidad<sup>4</sup>. También sirve para flexibilizar plantillas. En definitiva, es hacer caso omiso de las ideas de Keynes, o sea el desmoronamiento del estado del bienestar.

Finalmente, unos apuntes sobre los profesionales de enfermería. Estoy totalmente de acuerdo con el trabajo con población formalmente asignada. La enfermería empezó a trabajar con la RAP de manera entusiasta, pero en los momentos actuales también ha sufrido un desencanto. La profesión también tuvo su propia reforma y ha ido ampliando y reforzando su cuerpo de conocimientos en los últimos 25 años. Hay que buscar indicadores mejores para evidenciar los cuidados de enfermería<sup>5</sup>. La investigación de los conocimientos propios tiene que incorporar la metodología cualitativa, y no podemos perder de vista que si queremos educación sanitaria efectiva no se pueden hacer visitas de menos de 10 min para que «visitemos más y seamos rentables». También la salud comunitaria merecería un capítulo aparte (¿la Administración realmente está dispuesta a que se haga bien?). Y no hay que olvidar un aspecto: la formación universitaria de pregrado de los/as enfermeros/as tiene un contenido de alto nivel en aspectos de salud comunitaria y salud pública (más de 300 h) y, en cambio, no tiene especialidad.

**Josep Mercader Coma**  
 Área Básica de Salud Gornal.  
 L'Hospitalet de Llobregat.  
 pepmercader@latinmail.com

## Bibliografía

1. Palomo Cobos L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gac Sanit* 2002;2:182-7.
2. Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Barcelona: Anagrama, 2002.
3. Mercader J, Fuente JA, Borrell C, Martín C, Marcos L, Birulés M. Factores motivadores y dificultades para la investigación en atención primaria. *Aten Prim* 1995;1(Supl 1): 202.
4. Ramis O, Malé JP, Merediz I. Les tendències de l'evolució de la Sanitat a Catalunya. Barcelona: Mediterrània, 1997.
5. Teixidó Freixa M. El producte enfermero y la reforma de los procesos asistenciales. *Rev Rol Enf* 2002;25:328-30.