

30 AÑOS DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA Modificaciones y retoques constantes parecen haber desdibujado el modelo de AP autonómico, que acumularía problemas como, por ejemplo, el conflicto de funciones

La AP catalana, lejos de los objetivos de 1985

BARCELONA
CARMEN FERNÁNDEZ
carmenter@diariomedico.com

La atención primaria (AP) catalana adolece de múltiples problemas como la infrafinanciación, la insatisfacción de sus médicos y la infradotación de recursos humanos (ver *DM del viernes*), pero también sufre una crisis de modelo puesto que, tras múltiples modificaciones y retoques más o menos formales (resoluciones, instrucciones, reglamento, direcciones por objetivos), poco tiene que ver con el modelo previsto en su reforma, de la que se cumplen el mes que viene 30 años. Esta es una de las conclusiones del simposio *Atención Primaria, a 30 años de la reforma*, organizado por la Fundación Médicos del sindicato Médicos de Cataluña y celebrado la semana pasada en Barcelona.

Francesc Duch, secretario general del sindicato profesional, informó en el simposio que "desde el Decreto 84/1985 que instauró en Cataluña la reforma (en el resto de comunidades autónomas con competencias aún no transferidas se había reformado el año antes), la trayectoria legislativa ha seguido una evolución discontinua y con pocos textos jurídicos específicos para este nivel asistencial. Algunas de estas escasas disposiciones específicas para la AP, además, se han caracterizado

FRANCESC DUCH

"Ordenamiento jurídico de muy diversa índole ha afectado el diseño inicial de atención primaria pensada para la asistencia en equipo, integral e ininterrumpida"

por su inoperancia, dado el sistemático incumplimiento por parte de la Administración".

Por el contrario, "ordenamiento jurídico de muy diversa índole ha afectado el diseño inicial de la AP pensada fundamentalmente para modernizar los antiguos ambulatorios de la Seguridad Social para que ofrecieran una asistencia en equipo (EAP), integral e ininterrumpida (Atención Continuada) e integrada (desde la prevención a la rehabilitación), de toda la familia y donde se requiere (asistencia ambulatoria y atención domiciliaria)".

También explicó que leyes catalanas o españolas, decretos, órdenes e incluso acuerdos de mesa sectorial firmados entre sindicatos no médicos y el Instituto Catalán de la Salud (ICS) han ido modificando sus-



Francesc Duch, secretario general de Médicos de Cataluña, en el simposio.

tancialmente el modelo nacional previsto en 1984.

"A veces son disposiciones ajenas al ámbito sanitario las que afectan a la AP (36 horas de jornada semana y la ley de contratos del Estado fomenta la participación de empresas con ánimo de lucro en los concursos públicos de concesiones sanitarias)", apuntó.

La Ley de Ordenación Sa-

nitaria de Cataluña (LOSC, 1990), que separaba provisión de planificación y financiación sanitarias, rompió el monopolio de AP del ICS para que entrasen en la provisión de servicios de este nivel hospitales públicos y concertados y entidades de base asociativa (EBA). Duch recordó asimismo que el acuerdo de la mesa sectorial del ICS que instauraba el nuevo modelo

de atención de urgencias de base territorial (ACUT), "rompió el *continuum* asistencial y sacó la atención continuada de las áreas básicas de salud (AP) y, mientras se proclamaba la necesidad de reducir la frecuentación de las urgencias hospitalarias, la mayoría de los nuevos dispositivos de urgencias territoriales (CUAP), que rebasan el ámbito geográfico del ABS, se ubicaban en un hospital, a menudo de forma indistinguible con sus urgencias de puertas".

ORDENACION TERRITORIAL

También afirmó que "las nuevas reordenaciones territoriales asistenciales (RAT), las alianzas estratégicas y los nuevos consorcios públicos que se desarrollan en Lérida, Gerona y otros territorios son organizaciones sanitarias integradas (OSI) y esta es una tendencia, la integración de la atención primaria con el hospital de referencia que, con diferentes nombres, se está extendiendo en todo el Estado desde hace años".

Por el contrario, en Cataluña, como en el resto del país, se ignoró el proyecto Marco estratégico para la mejora de la atención primaria (AP21, 2007-2012), del ministerio, "que ha dejado muchas metas por alcanzar y que, por tanto, continúa marcando un camino a seguir", según Duch.

También quedó en el aire, añadió, el plan autonómico de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria de 2007 que recogía cambios "radicales" respecto al modelo de 1985.

Alarma por la delegación de competencias médicas al personal de enfermería

BARCELONA
C.F.
carmenter@diariomedico.com

El conflicto de roles, en especial la transferencia de responsabilidades genuinamente médicas a la enfermería, que es algo que afecta al primer nivel asistencial pero también a otros dispositivos asistenciales (emergencias, atención a la cronicidad), quedó especialmente patente en el simposio *Atención Primaria, a 30 años de la reforma*, celebrado la semana pasada en Barcelona, fue

Lurdes Alonso, miembro de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic) y vocal del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB), afirmó que la delegación de funciones a la enfermería dentro del Instituto Catalán de la Salud (ICS) se ha hecho "de acuerdo, según dicen, con lo que prevé la Ley de Orde-

nación de las Profesionales Sanitarias (LOPS), pero distorsionándola hasta la ilegalidad (...). La LOPS prevé la delegación voluntaria de labores concretas de un médico a un enfermero del equipo, cuando el médico tiene la certeza de que el enfermero está capacitado para hacer la función y el médico controla la labor realizada. La dirección del ICS ha pedido a los médicos que deleguen funciones a las enfermeras con las que trabajan". Y aseguró que en el ICS "las enfermeras, delegadas por los médicos y siguiendo protocolos, visitan pacientes, diagnóstican y prescriben (...). La enfermera entrevista, explora, valora si hace falta pedir pruebas, las pide, las valora, deriva, diagnostica, da la baja y trata al paciente. Hace todas las actividades propias de un médico, pero sin su formación y sin sa-



Lurdes Alonso, de Camfic y el COMB, durante su intervención.

ber".

Criticó los protocolos de atención a adultos de 2011 así como que el ICS no haya previsto ningún mecanismo de supervisión por parte de los médicos que han delegado, ni les avise de los riesgos. "Hay que definir las responsabilidades de cada profesional en caso de error en el diagnóstico y

tratamiento", dijo, y trajo a colación un informe de la asesoría jurídica del ICS de 2009 que concluye, según informó, que la "enfermería no puede prescribir. Si la delegación de prescribir a enfermería es consciente, el médico será plenamente responsable. La función de solicitar pruebas va ligada a la función

LURDES ALONSO

"El ICS no ha previsto ningún mecanismo de supervisión por parte de los médicos que han delegado, ni les avisa de los riesgos"

de diagnosticar. Es el médico quien tiene que solicitar una prueba médica complementaria".

También recordó un informe del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña de 2010 que concluyó que los médicos pueden delegar labores concretas "voluntariamente, con protocolos internos para procesos concretos y con la capacitación (de la enfermera) reconocida por el centro. No se pueden hacer una delegación de funciones universal, sino limitada a los protocolos. Hay que informar al paciente para evitar confusiones, dejando elegir al paciente, y es el médico quien asume la responsabilidad y quien tiene que supervisar". Recomendó no hacer ninguna delegación sin que la institución apoye, por escrito.