

40 años después de Almá-Atá. Refundar, relanzar y reestructurar la Atención Primaria de Salud

40 years after Alma-Ata. Refound, relaunch and restructure the Primary Health Care

Leiva-Cepas Fernando^{1,2,3}

¹ Médico Civil Base Militar "Cerro Muriano" (Córdoba)

² Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad de Córdoba

³ Grupo GICEAP. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba

Han pasado cuatro décadas desde que 134 países y 67 organizaciones internacionales se reunieran bajo patronazgo de la OMS/OPS y UNICEF en Kazajistán, con el antecedente de la III Reunión Especial de Ministros de Salud, celebrada en Chile en 1972. La conferencia dio lugar a la Declaración de Almá-Atá, donde se instruyeron 10 puntos no vinculantes para los Estados participantes como base para la construcción de un nuevo sistema para el ejercicio pleno del derecho humano a la Salud, con el objetivo de "Salud para todos en el año 2000".

El desarrollo de esos puntos ha tenido desigual seguimiento por parte de los gobiernos, pese a los esfuerzos presupuestarios realizados por algunos países. La definición de Atención Primaria (AP) como "la estrategia imprescindible para el desarrollo de sistemas de salud universales, equitativos y sostenibles" no ha sido implementada de forma progresiva; de hecho, en algunos casos se ha vuelto al modelo centrado en el hospital, más caro y menos eficiente, pero más rentable desde el punto de vista electoral. A nadie se le escapa que el número de trasplantes de órganos (o donantes) —sin tener en cuenta su éxito o fracaso— goza de más relevancia que el número de ictus evitados con medidas preventivas, pese a la abundante bibliografía que demuestra que un sistema de salud basado en la AP conlleva mejores niveles de salud, de cobertura y accesibilidad con menor coste.

A causa de los cambios sociopolíticos y económicos que se han ido sucediendo en estos 40 años, las bases y preceptos que motivaron la Declaración han quedado relegados por la realidad presupuestaria. Es por esto por lo que es necesario **refundar, reestructurar y relanzar** la AP.

En primer lugar, es necesario refundar los principios que asentaron las bases de la Declaración y por ende el desarrollo de la especialidad de Medicina de Familia. La sociedad de hoy dista mucho de la que propició una idea integradora de "salud para todos". Además, los retos terapéuticos a los que se enfrenta el mundo han cambiado: cáncer y enfermedades

cardiovasculares en el Primer Mundo e infecciones y desnutrición en el Tercer Mundo. Además, hay que reseñar que el modelo de Atención Primaria de Salud ha de orientarse en modelos de enfermedad hacia la cronicidad y los cuidados paliativos, en los que el Médico de Familia ha de ser elemento vertebrador entre la Atención Hospitalaria y el paciente.

En segundo lugar, es preciso relanzar tanto una especialidad médica como una forma de gestión de los actos médicos. Está demostrado en la literatura médica que una AP de calidad de perfil comunitario disminuye el número de ingresos hospitalarios, de infecciones nosocomiales, en consecuencia, y hace el sistema público de salud más eficiente y sostenible, especialmente en lugares donde la sanidad consume más recursos en infraestructura y personal que en atención sanitaria estricta y con presupuestos estatales menguantes y oferta privada cada vez mayor. Además, ha de mejorarse la coordinación entre Hospitales y Centros de Salud, poner en común programas de actuación eficientes e implementar procesos asistenciales integrados y planes de prevención dirigidos a las capas sociales más en riesgo de exclusión, no solo social, sino también sanitaria.

Esto va de la mano de formar a la población en un mejor conocimiento de su sistema de salud (educación sanitaria), ya que la AP no es una medida de consumo, en la que el profesional sanitario con cinco minutos de consulta ha de determinar a qué especialista deriva el caso, como si de una empresa logística se tratara. Para ello, no solo hay que aumentar el tiempo de consulta, sino también lograr que la contratación y estabilidad de los profesionales de AP responda a unas garantías de orden y cualificación. Es más que entendible que parte de la población tenga mal concepto de AP, en la medida en que se contratan profesionales sin especialidad médica, con gran temporalidad y donde la capacidad de atención está mermada. Estas circunstancias también se dan en la Atención Hospitalaria, donde, además, existe una tendencia en parte del sector a considerar a los compañeros de AP como continuadores de una atención con mera aportación administrati-

va, cuando, realmente, quien tiene la capacidad de seguir de forma transversal al paciente es el profesional que tiene un contacto tan estrecho.

Por ello, una AP de calidad no solo es responsabilidad del poder ejecutivo de cualquier Estado, sino también de los ciudadanos, quienes han de implicarse en demandar una AP acorde con las necesidades más imperantes de cada región: la prevención y el acceso al sistema sanitario universal, de calidad y público como garante de una población sana en base a unas medidas sanitarias individuales y colectivas. Asimismo, se necesita que la AP sea considerada una especialidad médica al mismo nivel que cualquier otra, por parte tanto de los profesionales de Atención Hospitalaria como de los profesionales de AP, de manera que se reconozcan ambos como fundamentales, actúen según la medicina basada en la evidencia y generen conocimiento.

Esta última parte es fundamental; en pocas disciplinas científicas existe un tamaño muestral tan elevado capaz de ser estudiado de forma analítica o descriptiva y cuyos resultados puedan ser devueltos al sistema de manera prácticamente inmediata, lo que da lugar a unas posibilidades de traslación y transversalidad con las que pocas especialidades pueden competir. Para ello, las direcciones médicas han de entender que investigar no es una actividad que llena el ego del profesional y que se ha de realizar en el tiempo libre. Permitir conciliar asistencia clínica con investigación precisa de un estímulo que genere un acicate para un profesional que, tras una consulta de 50 pacientes al día, tiene poco margen para establecer hipótesis y contrastarlas.

En tercer lugar, es necesario reestructurar la AP como eje vertebrador. Es notorio y a veces estridente el discurso de la AP como la más accesible, pero la escasez de medios, la sobrecarga en la demanda asistencial y la falta de previsión cronológica en las jubilaciones, en periodos vacacionales o de mayor afluencia impiden que esa "accesibilidad" dé respuesta a las necesidades de la población, lo que lleva a la saturación de los servicios de urgencias y genera un sobrecoste que podría emplearse en menesteres más acuciantes.

Por último, hay que visibilizar la docencia de la AP en las Universidades. Es notable que las Sociedades Médicas de AP pongan el grito en el cielo cuando se producen las incorporaciones de los nuevos aspirantes del sistema MIR, en el que la Medicina Familiar y Comunitaria no goza de números de orden elevados. Si partimos de la premisa de que las rotaciones en los Centros de Salud en la formación de pregrado son escasas, que la asignatura en los planes de estudio es optativa y que no es área común, es difícil generar un conjunto de profesores universitarios que se dediquen a enseñarla, y, por qué no decirlo, a investigar desde los centros universitarios en la materia. La renovación del profesorado de las facultades de Medicina en España es imperiosa, y se están dando pocas opciones de entrada a ellas con los criterios tan estrictos que las organizaciones de acreditación (ANECA, ACSA, etc.) aplican, difíciles de cumplir para quienes pasan su jornada laboral fuera de probetas y tablas de datos. De continuar así, tendremos médicos formados por personal muy capacitado en la investigación (pocos pueden competir) que nunca han estado a la cabecera del enfermo. Esta necesidad también choca con la oposición, a veces frontal, de parte del profesorado, que considera la Medicina de Familia como una rama secundaria de la Medicina, quizás al servicio administrativo de mentes galenas más apegadas a la proteína transportadora del lípido o del trasplante de hígado.

El futuro puede ser esperanzador. Las necesidades de la población en cuidados crónicos y la urgencia de implementar medidas preventivas y cercanas son una realidad cada vez más palpable. Las nuevas terapias farmacológicas, las terapias avanzadas que generarán nuevos resultados de salud y patología, deberán contar en el futuro con la Atención Primaria: han de tener en cuenta a los especialistas en personas.