

Hitos del pasado, deseos de futuro

Pedro Javier Cañones Garzón

Director médico de **medicinageneral**

No fue un camino fácil el que hubo de recorrerse hasta llegar a Alma-Ata (República Soviética de Kazajstán) en septiembre de 1978. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria fue el resultado de sendas Resoluciones de Asambleas de Salud de la OMS celebradas en 1975 y 1976, que ya habían efectuado hasta cinco recomendaciones previas al respecto, la primera de ellas en 1968. Transcurrieron, pues, diez años en los que es de suponer que se unificaron conceptos, se limaron asperezas y se pactó por aquí y por allá el grueso del contenido de un documento lleno de brillantes hallazgos que desgraciadamente no trascendieron como debían. En ese contexto, la llamada Declaración de Alma-Ata y el objetivo definido de "Salud para todos en el año 2000" no son más que una escueta y roma síntesis de lo debatido en aquella Conferencia sobre Atención Primaria de Salud.

Si bien es cierto que en el documento se postula continuamente que cada gobierno deberá adaptar las recomendaciones que en él se hacen a las peculiaridades socioeconómicas y políticas de su país de referencia, los presupuestos básicos en que se apoya son los propios de zonas económica y socialmente deprimidas. Esto no constituye una crítica hacia quienes lo redactaron sino hacia quienes lo pusieron en práctica en algunos países, como fue el caso de España.

Tras la masiva construcción de grandes hospitales en nuestro país durante los años 60, en el subconsciente colectivo de ciudadanos y políticos asistencia sanitaria eficaz sólo podía ser sinónimo de atención en el hospital por especialistas. Lo que por aquel entonces todavía no se llamaba "atención primaria" era denostado y tenido por anacrónico, carente de garantías y se consideraba realizado por profesiona-

les que no habían podido o sabido ser "especialistas". A esto contribuía, además, la absoluta falta de atención prestada por las autoridades sanitarias de la época: nula dotación material y tecnológica, disponibilidad personal durante 24 horas los 365 días del año y salarios de miseria, incluso a pesar de la acumulación de plazas oficiales (la de funcionario local y la de médico de la Seguridad Social) y de otras fuentes de ingresos menos "normalizadas" (las famosas "iguales").

En tal situación, cualquier reforma en cuanto a concepto, estructura, organización y retribuciones de este nivel asistencial no sólo era necesaria sino además bien recibida por quienes se dedicaban a ella. La "Declaración de Alma-Ata" se convirtió así en un magnífico banderín de enganche para reivindicaciones profesionales que llevaban mucho tiempo fraguándose y que todavía tardarían varios años en ser satisfechas.

Por otra parte, apenas tres meses después en España se aprobó la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, con lo que se dotaba a los médicos de la futura atención primaria de un *status* desconocido hasta ese momento en Europa. Con ello también se definía y organizaba el cuerpo de conocimientos y destrezas indispensables para estos médicos.

No obstante, las consecuencias de la Declaración de Alma-Ata (si es que realmente las hubo) tardaron en observarse en el Sistema Sanitario español. El Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, el germen de lo que después se llamó la "reforma de la atención primaria", no vio la luz hasta 1984; dos años más tarde se promulgó la Ley General de Sanidad, un texto relativamente ambicioso que en opinión de algunos expertos las sucesivas derogaciones parciales han

acabado por descafeinar. Por esas fechas se pusieron en marcha los primeros Centros de Salud, estructuras que no se generalizaron definitivamente hasta mediados de los años 90. Con este ritmo de implantación, todos empezamos a entender que "Salud para todos en el año 2000" había dejado de ser un objetivo alcanzable para convertirse en un lema, en un símbolo de cierto tipo de ideología sociosanitaria.

En todo caso, España resultó peculiar en la aplicación del espíritu de Alma-Ata, pues ningún otro país de nuestro entorno adoptó un modelo similar de organización de la nascente atención primaria. En efecto, el esquema diseñado responde a lo previsto en la Conferencia de Alma-Ata para sistemas sanitarios sin desarrollar: equipo de atención primaria que opera en zona de salud; varios equipos conforman un área de salud que tiene como referencia un hospital. Esto en sí mismo no resulta ni bueno ni malo, ni conveniente ni inconveniente, si no fuera porque la misma Conferencia entendía la necesidad de una organización hospitalocentrista, que en otros contextos puede tener su justificación, pero no en nuestro entorno, donde, al menos en teoría, se puso en marcha la reforma sanitaria para dar mayor preeminencia a lo que desde hace tiempo denominamos "atención primaria de salud".

Lo cierto es que el correr de los años ha constituido una terca confirmación de lo que cabía prever: el desarrollo de la "primaria" se ha hecho a expensas sobre todo de exigirle grados de eficiencia que difícilmente se alcanzarán en otros niveles del sistema; se la ha sobrecargado de funciones asistenciales y de responsabilidades burocráticas raramente derivadas de su actividad y, en todo caso, que absorben tiempo y energía profesional de manera injustificada; se le escatima un crecimiento presupuestario acorde con las tareas encomendadas, y cuando tal crecimiento se produce sólo sirve para enjugar (y no del todo) el incremento de partidas que le son endosadas y de las que no es responsable completamente (el gasto farmacéutico, sin ir más lejos); se le adjudican funciones sociosanitarias para las que no cuenta ni con dotación personal ni con recursos materiales ni con capacidad

ejecutiva; se le escatiman otras específicas y concretas, como la salud pública, para ponerlas en manos de entes creados *ad hoc* que no tienen contacto directo con la realidad cotidiana de los problemas de salud individuales y colectivos...

Treinta años después, la Declaración de Alma-Ata debe ser recordada como un excelente punto de apoyo para la toma de conciencia del colectivo de los médicos de cabecera de entonces; pero en el caso de nuestro Sistema Sanitario y para quienes de él formamos parte, es una referencia histórica ya intrascendente. Llevamos mucho tiempo felicitándonos y regodeándonos por los éxitos del pasado y hemos tardado demasiado en percatarnos de que de tales éxitos no se vive pero se puede acabar muriendo.

El grado de deterioro de la atención primaria es alto, pero tiene visos y posibilidades de empeorar todavía más. A la escasez presupuestaria crónica, a la abrumadora burocracia sin freno, a los tradicionales obstáculos para acceder a la petición de pruebas complementarias, a la falta de voluntad para concienciar a los ciudadanos acerca de un uso responsable de la atención primaria, se añaden ya en este momento el déficit de recursos humanos, la falta de flexibilidad de la organización del trabajo en los centros de salud y el manifiesto desinterés de los gestores en facilitar la formación continuada de los profesionales y las actividades de investigación. Por suerte (¿tal vez por desgracia?) la atención primaria mantiene una eficiencia tolerable que hace que la población aún no perciba este deterioro, y es difícil aventurar cuánto tiempo tardará todavía en advertirlo; claro que, al parecer, si llega ese momento será porque la situación se habrá hecho insostenible.

Las efemérides sirven para recordar hitos históricos, pero demasiadas veces nos obligan a añorarlos. La Declaración de Alma-Ata es un hito importante en la evolución reciente de nuestro sistema sanitario, pero su capacidad de influir sobre él se extinguió hace tiempo. No se trata de afrontar nuevos retos; en este momento nos conformamos con paliar, más pronto que tarde, los defectos en la resolución de los previos.