

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SEGUN ALMA ATA. UNA OCASIÓN PERDIDA

Mercè Fuentes i Pujol

Médica de asistencia primaria. Bagà. Barcelona

Quadern CAPS. 28. Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida

La Conferencia de la OMS celebrada en septiembre del 1978 en Alma Ata aprobó una declaración donde se proponía un objetivo prioritario a todos los gobiernos, y que era conseguir SALUD PARA TODOS. (1)

En la Región Europea, en 1980 y 1984 se prepararon las estrategias de "salud para todos" en el año 2000. (2) Era una manera de reducir las desigualdades en salud y aumentar la justicia social, que se añadía a las medidas y acuerdos que, tras la segunda guerra mundial se habían establecido sobre servicios sociales, educación, subsidios de desempleo, pensiones, etc., para garantizar un nivel de subsistencia a los ciudadanos. Así pues la **atención a la salud** entró a formar parte de las estrategias político-económicas del llamado **Estado del Bienestar**.

Esta declaración proponía cambios a diferentes niveles:

- En la organización de los Servicios asistenciales, para reorientarlos hacia la atención, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El eje central de esta propuesta pasaba por organizar la Atención Primaria de Salud y la Asistencia básica, a un primer nivel para realizar el objetivo de salud para todos.
- En la participación de los profesionales sanitarios: médicos de cabecera, enfermeras.
- Entre los profesionales de la salud: psicólogos, asistentes sociales.
- En la participación de la comunidad con comisiones y comités de salud de la población.
- En el trabajo de los profesionales: tenían que reorientar sus habilidades y conocimientos hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación; tenían que aprender a valorar las interacciones psicológicas, sociales, económicas y ambientales que intervienen en las enfermedades y, además, también debían tener en cuenta la calidad de la Asistencia y de los Servicios Sanitarios.

También se trataba de dar importancia a los factores etiológicos individuales en las enfermedades, como el estilo de vida, las drogas, la alimentación, el alcohol; y, por lo tanto, a las enfermedades del comportamiento.

Estas propuestas ampliaban el campo del trabajo sanitario, puesto que consideraban el mantenimiento de la salud además del tratamiento de la enfermedad. Se pretendía hacer participar al individuo, a la familia y a la comunidad, además de los profesionales, en la responsabilidad para afrontar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Se dejaba, pues, la puerta abierta para que los enfermos pudieran volver a ser los protagonistas de su salud.

En Catalunya, los acuerdos de Alma Ata cristalizaron en 1985 en el Decreto de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (3), tras la aprobación unos años antes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (4) y la Diplomatura de Enfermería. Así pues, la aplicación del Decreto en nuestro medio afectó a los profesionales, a los usuarios, a la organización de los servicios, a los equipamientos, a las prestaciones, al lenguaje y, sobre todo, a las relaciones entre los diferentes profesionales y entre los y las profesionales y los usuarios y usuarias.

Durante muchos años, el primer nivel de la asistencia dependía de los médicos de Medicina General, que atendían a enfermos de todas las edades y a todos los miembros de la familia. Estos profesionales podían asistir cualquier problema médico, quirúrgico y obstétrico que se presentara. También atendían problemas de salud pública, control de las aguas, vacunaciones, enfermedades transmisibles; y además, tenían responsabilidades administrativas respecto a los certificados de enfermedad, nacimiento, muerte e invalidez.

Estos médicos tenían consultas privadas o públicas y pocos recursos técnicos; en el medio rural estaban más aislados profesionalmente, con horarios de 24 horas para atender a las urgencias, pero integrados en la estructura social. Sobre ellos recaía la responsabilidad de organizar la asistencia y la prevención sanitaria de la población y estaban en contacto con las autoridades municipales.

En el año 1964, la OMS presentó un informe técnico sobre la Medicina General donde se recogían sus virtudes y defectos (5), pero reivindicaba la necesidad de adecuar y prestigiar la función de la Medicina General, dada su importancia estratégica, para atender a toda la población, frente al prestigio que iban adquiriendo las Especialidades, los hospitales y la tecnología médica, que, por otra parte, comportaban un alejamiento de la asistencia a las comunidades y familias, produciendo una gran despersonalización en la relación con los enfermos.

En el año 1978, Alma Ata les da la razón cuando manifiesta que se ha de priorizar la Atención Básica de la Salud en la asistencia para poder conseguir salud para todos.

LA REALIDAD DE LA REFORMA

Tras la Reforma del 1985, el médico de Medicina General se convierte en el Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria, pero básicamente su formación es hospitalaria, con profesorado especialista de varias especialidades, que no han sido formados en Medicina General. Por lo tanto estos nuevos profesionales siguen centrando la importancia de la asistencia, - sin darse cuenta de ello y debido a la inadecuada formación- exclusivamente en los conocimientos técnicos médicos de tipo hospitalario, basados sólo en la enfermedad.

La responsabilidad de la **atención a la salud**, tanto en el Centro de Salud como en la Comunidad, pasa desde un profesional médico asistencial a un equipo multidisciplinario de médicos reformados, pediatras, enfermeras, administrativos, asistentes sociales, comadronas, etc. con funciones poco definidas y responsabilidades poco claras. Incluso los diferentes profesionales no pertenecen administrativamente al equipo (las comadronas dependen de los especialistas, administrativos de servicios centrales). Así pues, resulta difícil la colaboración entre los diferentes profesionales dentro del equipo y también es difícil el trabajo en equipo, pues además de sus diferentes formas de

trabajar, los profesionales aún no tienen claras sus funciones ni tampoco sus responsabilidades.

El resultado es que se practica básicamente trabajo médico asistencial, es decir, atención a patologías agudas y/o crónicas desde el punto de vista biomédico. Pero éste es sólo un aspecto de la Asistencia Primaria; y para cubrir el reto de la atención a la salud hacen falta muchas otras tareas y responsabilidades. Es como si en un equipo de fútbol todos los jugadores quisieran marcar goles y descuidaran las tareas específicas del juego, que son las que permiten hacerlos.

Posiblemente, el hecho de dotar a las plantillas de las Áreas Básicas de Salud con muchos profesionales sanitarios y pocos profesionales psicosociales sobredimensiona este problema.

En la Asistencia actual, el aumento de las enfermedades crónicas ligadas a la mayor expectativa de vida de las personas nos obliga a replantearnos el modelo existente de asistencia biomédica, porque ya no es el único modelo útil necesario. Hoy se plantean, además, problemas sobre la calidad de vida, enfermedades subclínicas sin diagnóstico ni tratamiento (6); y el hecho de que en la ciencia biomédica actual se tome como norma el sexo masculino, hace perder los síntomas para diagnosticar otras enfermedades (7). Nos encontramos con el fenómeno iceberg, descrito por Morris (8), que dice que las enfermedades conocidas son la punta del iceberg y que la mayor parte aún están debajo de la superficie.

La **continuidad de la asistencia**, herramienta básica en la Medicina General o de Familia, se ve comprometida por las interinidades y desplazamientos del personal. La asistencia médica después de la Reforma se aumenta a 36 horas, en el medio rural (9), donde la asistencia era de 24 horas al día, se pasa a 36 horas a la semana; y en los lugares donde el horario de atención era de 2 horas al día, se pasa también a 36 horas semanales. Así, el médico de cabecera pasa de una asistencia continuada a una situación en que después de cumplir el horario, los profesionales quedan desligados de sus responsabilidades asistenciales. Por lo tanto, se produce una discontinuidad en la asistencia al paciente a cambio de un mayor confort del profesional.

Esto también pasa en la asistencia fuera del horario normal, que deja de ser **atención continuada**, aunque conserve este nombre, para convertirse en **Servicio de Urgencias**. Es un servicio diferente que origina una demanda diferente en los usuarios. Ya no es una consulta a su médico de cabecera sino que se pide o se exige un servicio inmediato. La atención por parte de los profesionales también es diferente, porque ya no se trata de resolver un problema de un paciente propio sino un trabajo que ha de hacerse inmediatamente y que además no es “urgente” casi nunca. Hemos perdido una ocasión para mantener la relación médico-enfermo en favor de la despersonalización o, en todo caso, hemos favorecido la dependencia en la organización sanitaria.

La confianza en la relación médico-enfermo se ha desplazado para ponerla en la tecnología, el equipo, el centro de salud, el hospital o la medicación. En los consultorios hemos puesto horarios, normas, visitas programadas, protocolos y hemos delegado la responsabilidad en el enfermo o en el anonimato del equipo muchas veces. Nos hemos alejado de los objetivos de la asistencia primaria, ya que hemos resuelto

muchos problemas organizativos y de asistencia en la atención primaria como si fuesen de atención hospitalaria.

En cierta manera es como si se hubiese moldeado un esqueleto de la Reforma pero a la vez se hubiesen vaciado sus contenidos y cambiado el sentido de sus palabras; o que hubiésemos olvidado alguna cosa muy importante, como el protagonismo del usuario o la relación médico-enfermo. En este contexto es muy fácil tener sentimiento de fracaso y pensar que las ideas de la Reforma son inviables y que se han de cambiar.

No podemos olvidar, como dice T.Hart, que la Atención Primaria de Salud es la atención de las personas; y que el médico de atención primaria y el equipo básico de salud son los que dan atención personal y continuada a una población determinada (10).

TENDENCIAS SANITARIAS ACTUALES DERIVADAS DEL SISTEMA ECONÓMICO-POLÍTICO

Cuando se presentaba la declaración de Alma Ata en el 1978 y cuando se aplicaba el decreto de reforma en Cataluña en el 1985, se respondía a unos intereses del liberalismo económico y a una ideología política socialdemócrata en favor del estado del bienestar. En la siguiente década es el neoliberalismo y su “pensamiento único” imponen la liberalización de mercados, siguiendo las políticas USA (11), e intentan una nueva reforma en la organización del sistema sanitario.

Mientras se producía la reforma de la Atención Primaria de Alma Ata y se hablaba de salud, comunidad, bienestar, equipo, rehabilitación, prevención, accesibilidad, continuidad y de Servicio Nacional de Salud, empezaron a aparecer otras palabras como cliente, beneficio, producto (12). Además de proveedores, privatización, ahorro, racionalización, déficit, reducción del presupuesto, reducción del déficit, etc., que introducían otro mundo dentro de la misma reforma.

La política sobre objetivos de salud no sale de los departamentos de Sanidad sino de la política macroeconómica, y no va a reducir el déficit sanitario sino a crear **un mercado para la atención de la salud**. Con los nuevos modelos de gestión no vamos ni hacia el control de la gestión, ni hacia el aumento de la calidad asistencial; ni tampoco los médicos de cabecera serán el eje de la asistencia extrahospitalaria con financiación pública.

La creación de un mercado de la salud y de la enfermedad, en la economía de consumo, no promueve, evidentemente, el retorno del protagonismo y de la responsabilidad de la población, ni de los profesionales, sino que favorece directamente los intereses económicos del mercado.

La publicidad es un reflejo de estos intereses económicos que tienen por objetivo aumentar la dependencia de la tecnología. Los medios de comunicación dan una información contradictoria, poco plural y con poca visión de la realidad alternativa (13), pues la mayor parte de la información parte de la misma ideología y de la misma cultura del consumo sanitario. Así, las necesidades de salud de las personas se confunden con los intereses de la industria farmacéutica.

Un ejemplo actual puede ser el de la menopausia y el tratamiento hormonal sustitutivo (THS). La menopausia es una situación fisiológica en la vida de las mujeres; por lo tanto, no es una enfermedad, es un cambio fisiológico lleno de salud como otros en la vida, que puede presentar algunas situaciones de malestar, aunque no forzosamente a

todas las mujeres. La industria farmacéutica ha desarrollado la THS, que para ellos es como la gallina de los huevos de oro de tipo económico, puesto que el tratamiento puede prolongarse de 15 a 20 años y es aplicable a las mujeres, es decir, la mitad de la población.

Han presentado la THS como un freno contra el envejecimiento, porque pese a mantener la menstruación durante años y, además a suprimir las sofocaciones, se dice que es preventiva de la osteoporosis y de las enfermedades cardiovasculares; pero resulta que puede aumentar el cáncer de mama y de endometrio, mientras que la osteoporosis la previenen mejor el calcio, la vitamina D y el ejercicio y aún no se han hecho estudios de larga duración para conocer otros efectos secundarios o sus beneficios reales (14).

Pero la publicidad y los intereses de mercado han ido por delante de la investigación y de la seguridad en la aplicación del tratamiento. Y así se ha creado una enfermedad “de mercado” allí donde había salud.

USUARIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD, DEBEMOS RECUPERAR LA OCASIÓN PERDIDA

Sólo nos damos cuenta de lo que significa la salud cuando la perdemos. La percepción de la enfermedad está además relacionada con la cultura, la clase social y las concepciones del propio individuo, y también con la estructura económica y política, los conocimientos científicos, la tecnología y los servicios sociales y sanitarios (15). Todo ello hace que exista un determinado concepto de salud y de enfermedad, y, a la vez, determinará un tipo de demanda de servicios para afrontar los problemas.

El enfermo identifica la experiencia de la enfermedad en su propio organismo, la consulta al médico y es el médico quien aplica el conocimiento científico en el mismo momento, conceptualiza la enfermedad y le pone la etiqueta del diagnóstico. Y, a partir de aquí, la enfermedad adquiere un significado real (16), pero se pierde el carácter subjetivo de la experiencia individual de la enfermedad.

Cuando Alma Ata propone salud para todos, propone un cambio, desmedicalizar, deja la puerta abierta a devolver el control de la enfermedad a la población. Considera además, otros factores como la salud mental y el control del medio ambiente, es decir desde un punto de vista bio-psico-social y presenta como objetivo común el conseguir la salud para todos.

En la aplicación práctica de la reforma de la asistencia se han valorado más los aspectos individuales de la salud, las costumbres individuales, los hábitos y la adaptación del individuo al medio. Se ha dado la responsabilidad de la salud a las personas de forma individual y, en cambio, se ha puesto poco énfasis en los aspectos enfermos de la sociedad, la contaminación ambiental, la presión social, el estrés, la presión del sistema económico, el consumismo o la violencia.

En las Áreas Básicas de Salud se han aumentado los servicios “biomédicos” y, dentro de ellos se han incrementado más los de asistencia que los de los de promoción de la salud. Muchos servicios para atender la parte “enferma”, pero pocos servicios psicológicos y aún menos servicios sociales que serían los que han de acompañar al paciente para mejorar y conservar la salud.

Por otra parte, al tratar la salud de forma exclusivamente orgánica, hemos cargado a las personas la responsabilidad de la salud como si fuera una enfermedad pero al mismo tiempo las estamos despojando de los conocimientos y de los recursos que tenían sobre la salud y los sustituimos por conocimientos y recursos sólo con intentos curativos.

Frente a los cambios, y sobre todo si no han participado en ellos, las personas se sienten inseguras, desorientadas y con una gran desconfianza. Así, cuando una persona tenía su médico de cabecera accesible las 24 horas del día, se iba a visitar cuando le convenía, se esperaba y consultaba, tenía sensación de disponibilidad y de ser ella quien decidía. Ahora les damos una visita programada de 15 minutos, después de telefonar, con el profesional que pide o que le toca, pero siente que las 23 horas del día restantes, no hay nadie disponible, aunque haya servicio, porque hemos roto la relación directa con su médico de referencia.

Se ha creado una situación extraña en un contexto de Bienestar Social que podía devolver el protagonismo de la enfermedad a la población y ofrecer a todos un objetivo respecto a la salud. Salud autónoma y solidaria, como decía Jordi Gol (17) citando el Xº Congreso de médicos y biólogos en lengua catalana (18). Pero el escenario ha cambiado, y ahora prevalece una ideología de libre mercado, individualismo y privatizaciones. Para pasar de un contexto a otro se utilizan diferentes palabras como puente. Palabras usadas de forma ambivalente, como racionalidad, rentabilidad o ahorro, que dejan relegadas otras como necesidades, comunidad, autonomía. El resultado es que al crear confusión también se crea insatisfacción; disminuye la autonomía y la autoestima de las personas y se prepara el terreno para aceptar las ofertas de un mercado de la salud que dice tener soluciones rápidas y definitivas para todo.

Si pensamos que Alma Ata tenía razón y queremos salud para todos, tendremos que aprender a valorar a las personas, las relaciones entre las personas, su vida, los lugares donde vivimos, las enfermedades, los sentimientos y la muerte. Debemos eliminar la desconfianza de la gente, el descontento de los profesionales, compartir los conocimientos médicos curativos con los conocimientos de salud que las personas tienen y llegar a un equilibrio de responsabilidades. Debatir y tomar decisiones sobre la economía y la salud.

No podemos quedarnos pasivos ante el “pensamiento único” y ante los intereses de mercado, como ocurre en la situación actual, puesto que **siempre existen propuestas y realidades alternativas.**

Quisiera terminar citando a Ivan Illich, que dice que lo importante es quiénes somos y cómo obtenemos salud y que, precisamente, la paradoja de nuestro tiempo es que la organización de la salud se ha convertido en el obstáculo principal para que la enfermedad sea digna e incluso una vivencia del cuerpo. (9).

REFERENCIAS:

1. Atención primaria de salud 1978:Alma Ata. Serie Salud para todos. nº1. OMS.
2. OMS 1985 “Los objetivos de la salud para todos en el año 2000” Editado por la Generalitat de Catalunya, Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 1985
3. Decret de reforma de l’atenció primària, 84/1985, 21 de març. DOG nº522(1) 872-874.

4. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona: "Atención Primaria. Alternativas de Futuro". Ed. Col. Of., 1997
5. Medicina General: Informes comité de expertos OMS. Serie Informes Técnicos nº267, Ginebra 1964.
6. Last J.M.: Completando una visión clínica en Medicina General. Publicación científica nº 534 OPS. Investigaciones sobre servicios de salud, una antología 1992.
7. C.Valls- Llobet, M.Fuentes, G Borrás: Síntomas clínicos relacionados con los déficits de reservas de hierro. Beca FISS 1995.
8. Morris J.N : Uses of Epidemiology. Edimburgo 1957.
9. Fuentes, M . "Asistencia Primaria en el medio rural. La creación de áreas básicas de salud" IV Congreso Semfic. Tortosa 1998
10. Tudor Hart, J. "El matrimonio de la atención primaria con la epidemiología". Organización panamericana de la salud, nº 534, 1992
11. Chomsky, N. "Cómo se reparte la tarta, políticas U.S.A. al final del milenio". Ed Icaria 1996.
12. Fernández Liria, A. "Salud y capital". La epidemia liberal. Ed. Archipiélago 1998
13. Aguirre, M; Ramonet, I. "Rebeldes, dioses y excluidos" Ed. Icaria 1998
14. C.Valls-Llobet, J.Rueda, X. Bonfill: Revisión de la evidencia científica sobre eficacia y seguridad de la terapia hormonal sustitutiva, después de la menopausia. 1998.
15. Martínez Navarro, JF. " Ensayo sobre salud comunitaria". Ed. Monografías Médicas Nº 28. Barcelona 1984
16. Harvey, A & Co. "Tratado de Medicina Interna". Ed.Interamericana 1978
17. Gol, J & Co. "El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario". Col. Salud y Sanidad Nº1. Ed. Laia, Barcelona 1979
18. Libro de ponencias del X congreso de médicos y biólogos en lengua catalana.1976.
19. Illich I.Nemesis Medica. Ed. Barral, Barcelona 1975.