

La atención primaria de Astaná, o revisando Alma Atá

Todos y todas lo sabemos. Hoy, tanto en España como también en otros lugares del planeta donde se vivió el nacimiento de los postulados derivados de la Conferencia de Alma Atá, estamos presenciando una crisis de la atención primaria, o al menos de aquella atención primaria que Mahler y su generación propusieron. En aquel año de 1978, la OMS, bajo el liderazgo del Dr. Halfdan Mahler, impulsó un proyecto de reforma de los, hasta ese momento, insatisfactorios modelos de sistema sanitario existentes, y proyecto al que se bautizó con el nombre de Atención Primaria de Salud. Para los estudiosos del tema, aquél proyecto iba mucho más allá que lo que simplemente pudiera parecer un modelo de asistencia a la enfermedad. Así es que contemplaba la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el trabajo en equipo, la participación social o comunitaria, y la integralidad de todos los cuidados dentro de una continuidad longitudinal y en un marco de equidad y universalidad. En España, y al rebufo de la onda de aquella Declaración de Alma Atá, unos años después, en 1984 con el Real Decreto de Estructuras Básicas, y posteriormente con la Ley General de Sanidad de 1986, se abría un horizonte entusiasta para aquellos profesionales catalogados como más salubristas y despectivamente como “cubanistas”.

Alberto del Pozo Robles (FADSP)

De hecho, y como consecuencia del golpe militar de 1973 en Chile, a España ya habían arribado no pocos profesionales chilenos que se habían involucrado en el proyecto sanitario del gabinete Allende, y que habían puesto en práctica un modelo de trabajo grupal, en salud, social y medicamente eficiente, mediante el trabajo de programación en esa salud pegada al terreno y en el ámbito de la comunidad, y con la participación de la población, entendiendo la salud como un derecho y un bien del que depende el bienestar y felicidad de la sociedad, el saneamiento socioeconómico de los países desarrollados así como el desarrollo y equiparación de todos aquellos otros en vías de desarrollo, naciendo el conocido eslogan de “salud para todos en el año 2000”.

En España, y sin llegar a desarrollarse en toda su plenitud las consignas de la OMS en Alma Atá, pronto se comenzaron a encontrar obstáculos que respondían a las resistencias propias del momento político en el que España, recientemente salida de la dictadura franquista, a todas luces exhibía, pues esa nueva forma de entender la atención en salud suponía implementar unos cambios que roían el antiguo y decadente modelo medicocéntrico (y ciertamente despótico) que imperaba hasta entonces. Así, con el Informe Abril de 1991, emitido sólo cinco años después de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986, ya se comenzó a cuestionar y a torpedear el proyecto de un modelo sanitario más acorde con Alma Atá, y con ello, la recién nacida atención primaria quedaba expuesta a una exclusiva especulación romántica pero sin la necesaria voluntad política ni dotación económica que ella precisaba para su completa implantación, derrota que ha caracterizado a la atención primaria en España desde casi su alumbramiento.

Es verdad que han sido éstos años, desde 1984, un periodo en el que en nuestro país se han construido centros de salud, se han diseñado equipos de atención primaria, se han nombrado coordinadores/as, se han diseñado gerencias sectoriales, se han creado un sinfín de cargos administrativos por designación política, y se han consignado partidas presupuestarias específicas, etc...pero todo ello de forma insuficiente, al uso nominal, de manera institucionalizada, partidista, desenfocada, pero siempre sin la decisión real de impulsar verdaderamente este modelo que, según algunas posiciones reaccionarias, nacía fuertemente politizado, suponiendo todo ello una potente contraofensiva por parte de aquellos sectores diestros en el abordaje compulsivo de la expropiación forzada y del expolio de lo público.

En cualquier caso, y mirándolo desde nuestra actual perspectiva, nunca como hasta hace una década la atención primaria ha sido tan ninguneada, olvidada, cuestionada y agredida como ahora. Hoy, y ya desde hace tiempo, en los equipos de atención primaria ya nadie cree en el trabajo en equipo, ni se hacen programas horizontales, ni se da oportunidad a la participación de la comunidad, ni se escucha hablar de “diagnóstico de salud”, ni se reclaman programas de formación continua e investigación, ni se trabaja en promoción de la salud ni en educación sanitaria, ni se accede a su atención con los criterios con los que nació...tan sólo se entiende la asistencia puntual, de escasa calidad dada la precariedad de las plantillas, y en una dinámica de hegemonía gerencialista y, en algunos casos, partidista y nepótica.

Pero para aquellos que aún confiaban en que “la solución de la actual atención primaria” era “más” atención primaria, ahora ▶

nuestras autoridades internacionales, es decir, en concreto, los 193 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), organización hoy claramente influenciada por las tesis neoliberales que discurren por el mundo desde 1985 en la voz del FMI y del Banco Mundial, se han reunido los pasados días 25 y 26 de octubre, en la ciudad de Astaná (otra vez Kazajistán), para celebrar la *Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud*, evento organizado conjuntamente por la OMS, UNICEF y el propio gobierno de Kazajistán, para inventarse el “reconstruir” la atención primaria de aplicación para todo el orbe, y apelando a criterios claros y concretos como el de la necesaria universalidad, pero entre los que no se puede ocultar un brusco y preocupante viraje desde los iniciales de la Declaración de 1978.

En dicho encuentro, los Estados miembros de las Naciones Unidas han aprobado unánimemente la Declaración de Astaná, la cual viene a ratificar la Declaración de Alma-Atá de 1978, y aunque es cierto que esta Declaración de Astaná arroja algunos conceptos potentes, y quizá fieles a los postulados de Alma-Ata, no podemos obviar que contiene aspectos de la propuesta de APS que han sufrido un evidente debilitamiento.

La aspiración de “salud para todos en el año 2000” no se ha cumplido y más bien entendemos que, en las últimas décadas, los conflictos observados en el escenario geopolítico a raíz del atentado de las Torres Gemelas están haciendo más difícil el acceso a la salud de determinadas áreas del orbe, y que en lo económico la crisis nacida de 2008 ha generado más desigualdad y precariedad, y todo ello sin entrar a descifrar la importancia que en todo este escenario están teniendo los conflictos del norte de África y del próximo Oriente, con la aparición de riadas de refugiados que no están encontrando la necesaria solidaridad internacional por parte de los demás gobiernos.

Por todo ello, hablar de universalidad en el acceso a la salud tal y como se aborda en esta Declaración de Astaná, con el respaldo de esos 193 países de la ONU, sin analizar las causas de esa precariedad en el acceso a la salud de la población mundial, no deja de ser un tanto sarcástico, por no decir cínico. Hoy en día, más de la mitad de la población mundial carece de alimentación adecuada, de agua, de aprovisionamiento de bienes fundamentales, y carece de acceso a servicios de salud esenciales, incluida la atención de enfermedades transmisibles, de acceso a medicación ya existente, de atención a la salud materna e infantil, a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva, y por lo tanto, no puede hablarse de acceder a la salud mien-

tras haya guerra, hambre, persecución y falta de alimentos, agua ó techo.

Pero como si de un mundo ajeno estuviésemos hablando, la Declaración de Astaná insiste en defender parceladamente el acceso a la salud como si ésta estuviese despojada de cualquier vínculo con el marco geopolítico y económico que anteriormente comentamos. Y así, en su detenida lectura, y apoyados por la opinión de algunos expertos, encontramos evidentes inconvenientes o contradicciones, como pudieran ser los siguientes...

En Astaná, los 193 gobiernos se lamentan de que el actual escenario mundial impida el que las personas puedan mantenerse sanas, y afirman que : *“permanecer sano es un reto para muchas personas , en especial los pobres y las personas en situaciones vulnerables”*... y hacen referencia a los más pobres o vulnerables, los niños y jóvenes, las personas con discapacidades, las que padecen infección por VIH o sida, los ancianos, las personas indígenas, los refugiados, desplazados dentro del propio país, y los migrantes, como si esa situación desfavorable

para tantas personas fuese ajena a las decisiones políticas internacionales que esos mismos gobiernos fomentan o permiten, en base a acuerdos y tratados que condicionan aspectos relacionados no sólo con las situaciones de países en guerra, con hambre, refugiados, migrantes, etc... sino a los propios Tratados internacionales que ellos mismos diseñan y suscriben, y sin ir más lejos, acuerdos sobre patentes de medicamentos, por ejemplo.

Sin duda, uno de los aspectos más preocupantes que encierra la Declaración de Astaná es que en su propuesta de implantación de esta “nueva APS” se incluyan a todo tipo de socios y organizaciones civiles, privadas y religiosas... tildándoles de “necesarios stakeholders”. Pero, ¿cómo es posible que para el desarrollo de la atención primaria en aquellos países donde su nivel de implantación requiera apoyos específicos, se tengan que abrir las puertas a esas stakeholders, pues como afirma la propia Declaración *“el apoyo de los stakeholders podrá asistir a los países dirigidos a suficientes recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información”*. Este guiño, o en nuestra opinión ésta descarada invitación al sector privado de la sanidad vulnera brutalmente el espíritu dimanado de Alma Atá, y coloca en el escaparate del mercado la posibilidad de penetración de intereses particulares en la lógica de la dinámica comercial de obtención de rentabilidad económica. Mucho nos tememos que con esta invitación al sector privado, se contemple como

“Hablar de universalidad en el acceso a la salud tal y como se aborda en esta Declaración de Astaná, con el respaldo de esos 193 países de la ONU, sin analizar las causas de esa precariedad en el acceso a la salud de la población mundial, no deja de ser un tanto sarcástico, por no decir cínico”

“normalizado” un abordaje de la salud que beneficie los intereses comerciales por encima del interés público.

Es de destacar que mientras la APS nacida de Alma Atá priorizaba el primer nivel de atención en contraposición a la tendencia “hospitalo-céntrica” enfocada meramente hacia lo curativo, y planteaba el constituirse en un primer nivel de atención con capacidad resolutive amplia, servicios de calidad con acciones de prevención y promoción de la salud, y poniendo énfasis en la participación social, dotándolo de recursos suficientes y de recursos humanos formados integralmente, nada de esto encontramos en el texto de Astaná.

Por otra parte, nos parece peligroso el hecho de que la propia Declaración de Astaná responda a la voluntad enunciadora no tanto de técnicos expertos y teóricos de la atención primaria, como de la voluntad, efímera como lo dimanado del ejercicio de la política, de los jefes de gobierno de esos 193 países.

También nos resulta excesivamente ambiguo que esta Declaración de Astaná hace referencia a tener que estudiar “*lo que funciona y lo que no, en la aspiración de mejorar los resultados en salud*”, sin entrar a valorar que eso debe ser competencia de organismos independientes, en los que no quepan los conflictos de interés tan frecuentes en el actual mundo de la acreditación y catalogación de estudios y ensayos por parte de la industria farmacéutica y de tecnología médica.

De la misma manera, y como si de una especie de “*excusatio non petita, accusatio manifesta*” se tratase, los 193 países que redactan la Declaración de Astaná mencionan la necesidad de que en un futuro se garanticen unas condiciones de trabajo dignas y decentes y con compensación adecuada, para los profesionales de la salud, tales como *médicos de familia, enfermería, matronas, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros trabajadores de la salud*. Y esto nos llevaría a preguntarnos qué puede esperarse de quienes son conscientes de que el marco laboral que se estaba manteniendo hasta la fecha no era el más adecuado para defender el desarrollo de una atención primaria

de calidad, y en consecuencia, qué pruebas tenemos de que a partir de ahora no vaya a seguir manteniéndose una situación de precariedad similar.

En uno de los párrafos finales, la declaración de Astaná concluye que “*se fortalecerán los sistemas de salud, invirtiendo en Atención Primaria de Salud*”, lo cual no excluye para nada el origen y naturaleza de ese tipo de inversión, que queda suficientemente ambiguo como para esperar que sea la inversión privada, en la búsqueda de objetivos económicos y no de salud, quien satisfaga esa inversión.

Quizá por su obediencia ante tratados internacionales como los TTIP, CETA o TISA, en este marco de avance y ofensiva de las propuestas neoliberales, tampoco la Declaración de Astaná hace mención al imprescindible rol regulador que deben tener los Estados, ni hace referencia a los “determinantes comerciales” de la salud, ni aborda el “conflicto de intereses” como algo que en ningún caso debe gestionarse o prevenirse, sino eliminarse totalmente de los espacios de diseño e implementación de las políticas públicas en salud.

Para finalizar, también echamos en falta, en esta propuesta de Astaná, la mención de elementos clave para una adecuada APS, como son las “cuestiones de género” y de la necesidad de ser “sensibles” hacia ellas, transversalizando el enfoque de género y combatiendo las desigualdades.

Por lo tanto, “separar el polvo de la paja” en el contenido de la Declaración de Astaná, para contrarrestar la ofensiva neoliberal que actualmente está intentando desmontar y debilitar los sistemas públicos de salud, es algo que en un futuro a muy corto plazo deberemos ir aprendiendo a ejercitar desde las organizaciones más fieles a los modelos públicos de salud, y para los que la atención primaria no sólo deberá ser su eje o puerta de entrada, sino la batuta que legitime el derecho a la salud de todas las personas, desde ese enfoque de “cobertura sanitaria universal” que, en lugar de reforzar abiertamente, ahora se pretende, quizá peligrosamente, “revisar”. ◆

