



EDITORIAL

Alma Ata y medicina de familia: 40 años de travesía del desierto

Alma Ata and family medicine: 40 years of desert crossing

Amando Martín Zurro

Editor Jefe de la revista Atención Primaria



En 1978 se produjeron 2 acontecimientos relevantes, el primero de ámbito internacional, la conferencia de Alma Ata, y el segundo, en España, el reconocimiento de la medicina de familia y comunitaria como especialidad médica. Todos tenemos tendencia a relacionarlos causalmente pero no sé si muchos conocen que el segundo precedió a la conferencia en unos meses.

La OMS «oficializó» el resurgir de la clásica medicina general o de cabecera iniciada hacía bastantes años en diversos países desarrollados entre los que figuran Reino Unido, EE.UU. y los del norte europeo y le dio una nueva dimensión, más allá de la clínica y personal. Las críticas que recibió la declaración de Alma Ata fueron numerosas e importantes y entre ellas destacó la de que estaba destinada esencialmente a países subdesarrollados.

La medicina de familia ganó el apellido comunitario y así se diferenció claramente de la especialidad establecida en los países citados, no sin la oposición de algunos de los profesionales que aunque participaron en sus primeros pasos no dudaron en pretender atacarla adscribiéndola al «modelo cubano». El reconocimiento de esta especialidad coincidió temporalmente con el de otra conceptualmente muy vinculada como es la de medicina preventiva y salud pública y este hecho nos sugiere que, seguramente sin pretenderlo,

los promotores de ambas incidieron en el desarrollo del paradigma «biopsicosocial» como elemento clave del cambio que necesita aún hoy nuestro sistema sanitario.

Los desarrollos de la atención primaria y de la medicina de familia y comunitaria españolas han guardado siempre importantes paralelismos, no siempre evidentes. En una primera fase, en la década de los años 80, ambos conceptos y estrategias actuaron como verdaderas puntas de lanza, ideológicas y técnicas, de los cambios que se instauraron en el conjunto del sistema sanitario y, sobre todo, en la hasta entonces denominada asistencia médica ambulatoria. «La vida inteligente» extrahospitalaria fue uno de los motores que impulsó el cambio conceptual y organizativo más relevante del sistema sanitario español. Los hospitales contribuyeron muy poco a los cambios; solamente hay que reflexionar sobre la profundidad de las transformaciones acaecidas en la asistencia ambulatoria y compararlas con las de mucha menor entidad instauradas en los hospitales.

En esta primera etapa de la atención primaria y medicina de familia y comunitaria españolas se construyeron los pilares conceptuales y técnicos de la reforma, también se cometieron errores, algunos inevitables, y derivados de la inexperiencia y excesiva ideologización de sus líderes, pero se impulsaron de forma irreversible los cambios que han hecho posible una mejora evidente de la calidad de la atención de salud que recibe la ciudadanía en el primer nivel asistencial. Algunos de estos cambios iniciales no llegaron

Correo electrónico: a.martinzurro@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.002>

0212-6567/© 2018 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

a plasmarse en la práctica y quedaron en los cajones y otros han ido perdiendo protagonismo en esta travesía del desierto que dura ya 40 años, pero nadie puede negar el cambio positivo que supusieron en relación con la situación previa los centros de salud, el trabajo en equipo, la formación especializada en medicina de familia o la introducción de actividades docentes y de investigación hasta entonces limitadas al ámbito hospitalario.

Tras esta etapa innovadora el proceso de reforma de la atención primaria y la especialidad de medicina de familia y comunitaria se vieron inmersas en un contexto cultural sanitario dominado por un gerencialismo instrumental que situó en el frontispicio del sistema los mantras de la eficiencia y el ahorro y despreció relegándolos a niveles casi subterráneos otros valores esenciales como equidad, calidad, seguridad, innovación y comunidad, así como el desarrollo de estrategias motivadoras de desarrollo, compensación y progreso profesional. Se produjo un claro divorcio entre la cultura gerencial y la profesional, situación que persiste hoy.

La tercera etapa de esta travesía del desierto ha estado presidida por la crisis económica iniciada en 2008, que ha profundizado en los problemas derivados de la fase anterior agravando la crisis de la atención primaria y medicina de familia y comunitaria de nuestro país y colocándolas en la situación límite en que se hallan actualmente. La crisis ha incidido de forma más intensa en el ámbito de la atención primaria que en el hospitalario y ello se ha traducido en recortes presupuestarios, y consiguientemente de recursos, que han deteriorado la situación de centros y profesionales y la prestación de servicios.

A lo largo de estos 40 años no hemos sido capaces de promover cambios significativos en los paradigmas básicos de

nuestro sistema sanitario público que, como en el resto de los países de nuestro entorno, continúa centrado y dominado por el hospital, abducido por la priorización absoluta de la tecnología y empeñado en realizar abordajes fragmentarios y parciales de los problemas de salud y sociales. No hemos podido ni sabido luchar de forma efectiva contra la inercia brutal del sistema y nos hemos dedicado en exceso a lamernos las heridas y a buscar fuera los culpables de la situación.

La mayoría de los analistas de la atención primaria y medicina de familia y comunitaria españolas están de acuerdo en que ya no se puede esperar más a cambiar este estado de cosas y que las transformaciones deben ser profundas y afectar a sus elementos conceptuales y organizativos en un nuevo marco legislativo: del conjunto del sistema sanitario y de la atención primaria y comunitaria. Los cambios socioeconómicos, culturales y de la información y comunicación han sido profundos en estos 40 años, plantean nuevos retos y demandan soluciones innovadoras.

Las efemérides, como la que nos ocupa, deben celebrarse, pero sobre todo han de verse como puntos clave de inflexión para reflexionar sobre el pasado y, esencialmente, para aunar esfuerzos en el diseño y puesta en práctica de nuevas estrategias que nos permitan avanzar.

Digamos basta al declive de la atención primaria y la medicina de familia españolas y acompañemos esta exclamación de acciones coordinadas de todos los actores implicados, comenzando por la ciudadanía, siguiendo por los responsables políticos y finalizando en los profesionales y sus instituciones y organizaciones científicas. En definitiva, volvamos a poner en valor esa «vida inteligente» de la que ya presumíamos hace ahora 40 años.