

Marco introductorio

La histórica Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Salud patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma-Ata cumplió 30 años en 2008. No obstante los esfuerzos desarrollados, el mundo está aún lejos de alcanzar la meta “*Salud Para Todos en el Año 2000*”, proclamada con entusiasmo, en aquella ocasión, por las delegaciones de 134 países y por decenas de representantes de organismos internacionales con interés en el área de la salud.

Transcurridos tantos años, “aún es lamentable la situación de salud de gran parcela de la humanidad, pues la misma aún no goza de una atención a la salud integral, equitativa o ni siquiera básica” (Declaración de Buenos Aires: de Alma-Ata a la Declaración del Milenio, 2007).

Pero ya puede ser considerado un gran avance constatar que, 30 años después, hablar sobre Atención Primaria de Salud (APS) no provoca más cuestionamientos sobre su importancia para la estructuración de los sistemas de salud. La inteligencia sanitaria mundial ha evidenciado lo acertada de la estrategia consagrada en Alma-Ata. Hoy en día, es consensual entre los formuladores de políticas de salud que los *Cuidados Primarios de Salud* constituyen la llave maestra para que “Salud Para Todos” pueda ser transformada en realidad.

Ya sea en el ámbito de los servicios y de las instancias de gestión o en el medio académico, es sabido que, sin un sistema de salud con base en la APS, no es posible constituir políticas de salud equitativas, eficientes y efectivas. Al contrario, se sabe que, sin una APS calificada, los sistemas de salud se tornan progresivamente más fragmentados, iatrogénicos y, además, acumulan costos elevados e innecesarios.

Pero es necesario reconocer: aún existen grandes distancias entre las intenciones y las decisiones y acciones.

Muchos obstáculos para la implantación de la APS aún persisten. Obstáculos de orígenes y órdenes diversos, incluyendo la lógica de mercado, fruto de los intereses del complejo médico-industrial y su influencia en la configuración de los sistemas de salud. Dificultades operacionales o conceptuales son halladas en algunas regiones, en instituciones de educación y con relación a las iniciativas gubernamentales: algunos de ellos, implementando acciones efectivamente transformadoras; otros, denotando considerable perplejidad, accionan e invierten en programas que más contribuyen a perpetuar las condiciones existentes, que para caminar en dirección a los cambios necesarios.

A pesar de ello, la efectividad y la resolutivez de la APS han sido cada vez más evidenciadas. Estudios comparativos vienen disipando dudas eventualmente remanentes: países que consiguen instituir sistemas de salud organizados con base en un modelo calificado e inclusivo de APS vienen obteniendo resultados irreprochables, ya sea en relación a la cobertura asistencial o en relación a los costos, con mejores indicadores de salud.

En este contexto, cabe promover una reflexión sobre la relevancia de la Medicina de Familia y Comunidad, como especialidad médica más adecuada para actuar en este campo de la atención.

La Atención Primaria de Salud sin la efectiva participación de la Medicina de Familia no debe más ser considerada completa y viceversa.

Esta comprensión fue siendo progresivamente construida en el propio rastro de Alma-Ata. Esto porque, desde entonces, se avanzó mucho en lo concerniente a la necesidad de una calificación

profesional coherente con la APS y, simultáneamente, con la ampliación del concepto de salud y enfermedad y su impacto en el ámbito del saber y de la práctica médica.

En la década de los 70, comenzaban a evidenciarse, de forma más visible, los límites del modelo anatomoclínico, pilar del paradigma biomédico, que proyectó la enfermedad – tomada como entidad – como objeto y foco principal de la atención médica.

Con base en este paradigma, aún vigente, el valor y la importancia del profesional y de sus prácticas son tan mayores cuanto más focales y puntuales sean su visión y su intervención sobre las disfunciones fisiológicas, sobre las enfermedades. La actuación dentro de los hospitales aún es fuertemente comprendida como más “compleja” en vista que, en aquel espacio, se lidia con “enfermedades complejas” y se utilizan instrumentos industrializados “de alta complejidad”.

Formación, saber y práctica médica, status y valoración profesional son aún, en gran parte, afectos a tal concepción biotecnista.

Siendo así, con base en este mismo paradigma, los profesionales que se vuelcan y desarrollan acciones en la y para la APS, no necesitarían desarrollar calificación específica para aplicar las tecnologías propias de este campo de prácticas, lo que nos remite a una visión simplista y descalificada de lo que sea la complejidad del trabajo en este nivel de atención.

Esta comprensión equivocada puede, en parte, servir de explicación para la eventual carencia de incentivos y políticas específicas que aún es posible observar en muchas regiones.

En estas últimas décadas, entretanto, la ciencia ha demostrado que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno complejo, en el cual actúan variables de diferentes dimensiones, biológica, psicológica, cultural y social. Además de ello, el perfil de morbilidad y mortalidad de las poblaciones, la expectativa de vida, la sociedad y la cultura constituyen una realidad bastante diversa de aquella configurada con ocasión de la emergencia y del establecimiento de la medicina anatomoclínica.

Si, en aquella época, las enfermedades infecciosas representaban el gran desafío, hoy son las enfermedades crónico-degenerativas, influenciadas por los hábitos y estilos de vida, adquiridos en la familia y en la sociedad que lo representan. Son las dolencias generadas por la violencia, por las condiciones generales de vida, en las grandes y pequeñas ciudades, por los valores impuestos por la sociedad de consumo y por la globalización. Se ampliaron los factores y las situaciones de riesgo.

No se puede más relegar a un segundo plano las acciones de promoción y educación en salud. Ni se puede más aguardar que los procesos de padecimiento prosigan en su “evolución natural”, para ser entonces objeto de “recuperación” por parte de la medicina.

Se impone el desarrollo de acciones de promoción a la salud, así como trabajar mecanismos de resiliencia, buscando las medidas que procuren ambientes y prácticas sociales saludables. Identificar precozmente cómo y por qué las personas adolecen y contribuir a reasumir el camino de la salud constituye el elemento central por el cual se deben organizar y actuar los sistemas de salud.

Por todo esto, se comprende hoy, con mayor claridad, la importancia de la Atención Primaria de Salud. Es en este nivel de atención en el que todo se inicia. Aquí deben ser desarrolladas – de forma integrada y articulada – acciones de educación, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para los problemas más prevalentes de salud. El foco no son las partes del cuerpo o los sistemas orgánicos, sino las personas, las familias, la comunidad y sus procesos de enfermar y preservar la salud.

Las cuestiones a ser abordadas y desarrolladas en la APS son, por lo tanto, complejas, y los profesionales deben tener una formación específica y adecuada para lidiar con las necesidades y demandas de salud que allí se presentan, trabajando bajo la perspectiva del cuidado y de la autonomía.

De Alma-Ata hasta acá, mucho ya se caminó y se ha caminado en ese sentido, tanto con relación a la comprensión e implementación de la APS como en relación a la calificación de sus profesionales, en especial del Médico de Familia y Comunidad. Muchas y buenas lecciones pueden ser extraídas de la experiencia de países con diferentes

niveles de desarrollo económico, inclusive de Iberoamérica, a ejemplo de Cuba, Brasil, México, Costa Rica, España y Portugal.

Pero aún hay grandes distancias entre intención y gesto, especialmente en los países llamados en desarrollo.

En la región de Iberoamérica, entre los principales desafíos se encuentran:

- a) Conformar y organizar sistemas nacionales de salud más justos y equívocos, y que tengan como base la APS y la actuación de Médicos de Familia.
- b) Promover políticas de salud que garanticen como mínimo el acceso de toda la población a la Medicina de Familia y Comunidad y a la Atención Primaria de Salud (como derecho de todos y deber del Estado).

Para ello, es necesario que se establezcan, se implementen y se incrementen políticas para fortalecer la:

- 1) valorización y valoración de la MFC y de la APS en los sistemas de salud con constitución de mercado y condiciones adecuadas de trabajo;
- 2) formación y capacitación de médicos de familia y comunidad;
- 3) formación y capacitación de educadores, tutores y docentes en Medicina de Familia y Comunidad;
- 4) institucionalización académica de la Medicina de Familia y Comunidad;
- 5) producción y divulgación de conocimiento en el ámbito de la Atención Primaria de Salud y de la Medicina de Familia.

Todas estas cuestiones han sido objeto de estudio en la esfera de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y han sido trabajadas en las CUMBRES y demás actividades de la CIMF y de sus regionales nacionales.

La I Cumbre, realizada en la España (2002), la II Cumbre, realizada en Chile (2005), así como la I Minicumbre, realizada en Venezuela (2003), presentaron recomendaciones y acciones concretas para enfrentar y superar los desafíos a la Medicina Familiar y la Atención Primaria de Salud en el nivel de Iberoamérica.

Con base en estas recomendaciones y en una encuesta realizada con los países miembros de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar – CIMF sobre el actual estado de desarrollo de los sistemas de salud, de la MF y APS en Iberoamérica, se configuraron los objetivos propuestos para la III Cumbre.

El presente informe resume el desarrollo, las propuestas y los principales acuerdos de la III Cumbre Iberoamericana de medicina familiar expresados en la carta de Fortaleza que va al final de este documento.

