



REAVIVAR LA ATENCIÓN PRIMARIA

El «pecado original» de las organizaciones intergubernamentales consiste en depender en exceso de los gobiernos. Éstos las fundaron dentro del sistema de las Naciones Unidas y las sostienen con sus fondos, pero al mismo tiempo cuidan muy bien de que no adopten decisiones que puedan desprestigiarles o dañar sus intereses de algún modo. El conflicto de intereses es lógico y evidente.

JOSÉ ANTONIO VALTUEÑA. Ex presidente del Centro Internacional de Educación para la Salud (Ginebra).

Conforme a sus propios estatutos, las organizaciones intergubernamentales no pueden imponer sus criterios y se ven obligadas con frecuencia a adoptar resoluciones tan edulcoradas que no pasan de ser píos deseos. No puede explicarse, si no es a partir de este fenómeno, lo que ha sucedido en Sudáfrica durante

varios años, sin que la OMS ni la ONU pudieran impedirlo.

GENOCIDIO SANITARIO

Así titulaba John Carlin su excelente artículo dedicado a la infausta acción del ex presidente de Sudáfrica, Thabo Mbeki, y de la que fue su ministra de Sanidad, M. Tshabalala-Msimang. Éstos

negaron durante años que hubiera un vínculo entre las relaciones sexuales y el sida, afirmaron que los medicamentos antirretrovirales eran inútiles y causaron así la muerte de 365.000 sudafricanos. Esa infausta ministra aconsejaba, como medio de lucha contra el sida, el consumo cotidiano de remolacha y ajo.

Parece evidente que en los nueve

años que T. Mbeki presidió Sudáfrica, la OMS podría haber intervenido para frenar ese genocidio sanitario, pero el sacrosanto respeto a la soberanía nacional le impidió hacerlo. Esa inacción es fiel reflejo de lo que sucede en el plano político en el seno de la ONU. Decenas de resoluciones del Consejo de Seguridad son letra muerta porque los países interesados se niegan a cumplirlas.

TROPIEZOS

La OMS ha venido tropezando con un problema análogo, aunque sin duda menos virulento. En 1978 se celebró en Alma-Ata (antigua Unión Soviética) la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud. Su lema «Salud para todos en el año 2000» sólo fue tomado en serio por algunos superoptimistas. Nadie podía esperar que en poco más de dos decenios se lograra que la totalidad del mundo estuviera sana. Lo que se pretendía era que alcanzara a todos la atención primaria de salud, con sus dos componentes, médico y farmacéutico. Obviamente, el objetivo no se ha logrado.

Pero la OMS no ha aceptado el fracaso y su reciente Informe sobre la salud en el mundo vuelve a abordar el problema con un título inequívoco: «La atención primaria de salud - Más necesaria que nunca». De hecho, en español ese enunciado se presta a equívocos. Es la traducción del inglés *primary health care*, pero, como es sabido, en este idioma se habla de *health services* al referirse a los sistemas de atención primaria, secundaria o terciaria que tratan a los enfermos, no a los sanos, que por definición no requieren atención médica ni farmacéutica.

Al recordar lo que fue la Conferencia de Alma-Ata, el que era entonces director general de la OMS, el Dr. Halfdan Mahler, señalaba en fecha reciente que dicha conferencia estuvo a punto de irse a pique cuando algunos delegados quisieron incluir la planificación familiar en el marco de la atención de salud materno-infantil. La planificación familiar llevaba consigo la prescripción de anovulatorios e incluso la práctica regulada de la interrupción del embarazo. Para las delegaciones de países de ideología conservadora eso era totalmente inadmisible. De hecho, este problema queda

soslayado en el reciente intento de reincidir en la atención primaria de salud, promovido por la actual directora general de la OMS, la Dra. Margaret Chan.

SALUD Y CONFLICTOS BÉLICOS

Coincide esa acción con un enorme empeoramiento del nivel de salud de las poblaciones africanas más desfavorecidas, causado a menudo por enfrentamientos armados, que desorganizan la atención sanitaria. Según un reciente comunicado de la OMS, en la República Democrática del Congo «las necesidades sanitarias de la población son la consecuencia de la falta de seguridad, de alimentos, de agua, de sistemas de saneamiento y de atención médica». Con un lenguaje menos diplomático, Lydia Polgreen aseguraba que la situación es una vez más «la maldición de

Las políticas nacionales relativas a los medicamentos muestran el modo de mejorar la eficacia en lo que respecta a la atención de salud global. La seguridad, la eficacia y la calidad de la asistencia tienen características universales que permiten someterlas a normas internacionales mundialmente acordadas. La adopción y la adaptación de esas normas internacionales por parte de las autoridades nacionales es más eficaz que la invención por cada país de sus propias normativas. Ahora bien, aludiendo a las idiosincrasias nacionales, la realidad es que cada país pretende «inventar la pólvora» y establecer un sistema de atención sanitaria muy peculiar y contaminado a veces por defectos evitables con una cierta dosis de buena voluntad.

EN EL MARCO DE LOS MEDICAMENTOS, PREOCUPA SOBREMNERA A LA OMS EL PROBLEMA DE LOS FÁRMACOS FALSIFICADOS, COMERCIALIZADOS A MENUDO POR INTERNET

los recursos de África: la riqueza es extraída de la tierra por los pobres, controlada por los fuertes, y luego vendida a un mundo muy poco consciente de su origen».

30.000 MUERTES INFANTILES DIARIAS

Según señala la OMS en su último *Informe sobre la salud en el mundo*, «30.000 niños mueren cada día de enfermedades que podrían haberse tratado si hubieran tenido acceso a medicamentos esenciales». Desde que en 1977 la OMS adoptó la lista de medicamentos esenciales, que ha sido objeto de varias actualizaciones, ésta ha constituido un continuado estímulo para la adopción de políticas racionales aplicadas a los medicamentos.

Las encuestas efectuadas por la OMS han mostrado que esas normativas han sido eficaces para reducir los costos de los fármacos y para lograr que los medicamentos se utilicen de un modo más racional. La política de apoyo a los medicamentos esenciales es un elemento básico de la atención primaria de salud, que la OMS desea revitalizar.

En el caso concreto de los medicamentos, ciertos sistemas ya existentes muestran que es posible reducir los costos de adquisición sin perjudicar la calidad. Así sucede con la adquisición internacional de vacunas por parte de UNICEF, del Fondo de Rotación de la Organización Panamericana de la Salud y del Servicio Mundial de Adquisición de Medicamentos para el Tratamiento de la Tuberculosis. Para la mayor parte de los países del Tercer Mundo es imposible obtener los ahorros y la garantía de la calidad que logran esos fondos transnacionales.

En el marco de los medicamentos, preocupa sobremnera a la OMS el problema de los fármacos falsificados, comercializados a menudo por internet. Ha denunciado en repetidas ocasiones la existencia de redes mundiales que negocian con los medicamentos falsificados y también con la eliminación de desechos tóxicos. Esas redes poseen recursos que les permiten burlar la capacidad de los gobiernos. Según la OMS, el poder está gravitando desde las auto-

ridades nacionales hacia las organizaciones internacionales y también hacia entidades subnacionales, que incluyen una amplia gama de autoridades locales y regionales y de instituciones no gubernamentales. No parece que las ONG estén exentas de toda culpa, pues son tantas y tan polifacéticas que es casi imposible someterlas a un control exhaustivo. Lo prueban con toda verosimilitud los escándalos que aparecen con más frecuencia de la que sería de desear.

DIFERENCIAS CASI INSALVABLES

Desde que la OMS lanzó el movimiento en pro de la atención primaria de salud, el gasto derivado de esta actividad

caso gasto en salud y bajo crecimiento. No es en absoluto sorprendente que en el primer grupo estén integrados los casi mil millones de personas que viven en los países de alto producto nacional bruto. Según ha informado la OMS, en 2005 esos países gastaron un promedio de 3.752 dólares por habitante en mantenimiento de salud, con una tasa de crecimiento anual del 5,5%.

En el otro extremo de la gama se hallan los países de África y del Asia meridional y sudoriental, con una población total de 2.600 millones, que gastaron en asistencia médica y farmacéutica sólo 103 dólares por persona en 2005. Ahora bien, en términos relati-

manda. En estos países, los sistemas sanitarios se hallan establecidos en torno a un sector terciario de gran importancia para los principales actores de las industrias farmacéutica y de equipamiento médico.

En los países desarrollados se observa una disminución cada vez mayor de los pagos directos de la atención médica y farmacéutica. Aunque éstos constituyen todavía un 15% del gasto total, la financiación colectiva de la asistencia sigue creciendo en casi todos los países. Los pagos por terceras partes están pasando a ser de modo creciente elementos centrales de la financiación y del funcionamiento de las instituciones sanitarias, mientras que la autonomía de las instituciones que agrupan a los profesionales sanitarios tiende, desafortunadamente, a desvanecerse.

Las medidas encaminadas a controlar los costes, mejorar la calidad de la atención y facilitar el acceso a los grupos desfavorecidos han dado lugar a un debate pú-

blico cada vez más amplio, en el que los grupos de intereses especiales y los usuarios tienen una creciente influencia. Pese a las preocupaciones, sin duda justificadas, por la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas sanitarios, los mecanismos de solidaridad que los financian son objeto de un apreciable consenso. Prosigue la tendencia secular hacia la extensión de la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos e incluso, con cierta resistencia en algunos países, a los que no poseen residencia oficial.

Cada vez resulta más evidente que la cobertura universal ha de completarse con actividades que:

- Identifiquen a los excluidos y creen programas destinados específicamente a su inclusión.
- Aborden los determinantes sociales de las desigualdades en materia de salud mediante iniciativas que no se limiten exclusivamente al sector de la salud.

DESPLAZAMIENTO DEL CENTRO DE GRAVEDAD

Según la OMS, en muchos países se está produciendo un desplazamiento

PESE A LAS PREOCUPACIONES, SIN DUDA JUSTIFICADAS, POR LA SOSTENIBILIDAD A LARGO PLAZO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS, LOS MECANISMOS DE SOLIDARIDAD QUE LOS FINANCIAN SON OBJETO DE UN APRECIABLE CONSENSO

ha aumentado en casi todos los países con más rapidez que el producto nacional bruto y que el crecimiento demográfico. La demanda de más y mejor atención de salud parece incontenible. En el conjunto del mundo, el gasto sanitario casi se duplicó entre 1995 y 2005, al pasar de 2,6 billones de dólares a 5,1 billones, pero lo más importante es la aceleración de ese aumento al crecer a razón de 330.000 millones de dólares cada año entre 2000 y 2005, frente a un aumento de 197.000 millones de dólares anuales en cada uno de los cinco años precedentes. Con algunas excepciones, el gasto en mantenimiento de salud por habitante aumenta a razón de más de un 5% anual en todo el mundo.

Desafortunadamente, esa tendencia enmascara una variación de más de 300 veces entre los diferentes países, pues la gama va de un gasto de menos de 20 dólares per cápita anuales a más de 6.000 dólares. Esas disparidades conducen a clasificar a los países en tres categorías: economías de elevado gasto en salud, economías de rápido crecimiento del gasto en salud y economías de es-

vos el aumento en esos países ha sido del 5,8% anual desde 1995, esto es, ligeramente más que en los países ricos. Dado que parten de niveles muy bajos, en términos absolutos es todavía un crecimiento insuficiente.

En el grupo intermedio de países, los 2.900 millones de habitantes que los pueblan gastaron en 2005 un promedio de 413 dólares por habitante en mantenimiento de la salud, con una tasa de crecimiento del 8,1% anual, esto es, superior al aumento registrado en los países de alto gasto sanitario.

GASTO SANITARIO EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS

En el grupo de países de elevado dispendio sanitario, al que obviamente pertenece España, el aumento anual de unos 160 euros por habitante registrado en los últimos años ha corrido a cargo de una mayor participación del Estado y de la Seguridad Social. La ampliación o el cambio de la oferta de servicios depende menos de las disponibilidades financieras que de la falta relativa de recursos humanos que permitan afrontar esa creciente de-

El experto en Pie de Atleta

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: CANESPIE 10 mg/ g crema. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada gramo de crema contiene 10 mg de clotrimazol. **Excipientes:** Alcohol cetosteárico y otros excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA:** Crema de color blanco. **DATOS CLÍNICOS:** Indicaciones terapéuticas: Tratamiento de tinea pedis o pie de atleta, infección dérmica superficial causada por dermatofitos y localizada entre los pliegues de los dedos del pie. Posología y forma de administración: Uso cutáneo. Posología: Se recomienda la aplicación de la crema en la zona afectada mediante fricción 2 veces al día hasta su completa absorción, durante un periodo de entre 2 y 4 semanas. De no confirmarse la curación en el período establecido, el tratamiento debe continuarse todavía 2 semanas después de remitidos todos los síntomas clínicos. Uso en mayores de 65 años: No se requiere una modificación de la dosis para este grupo de pacientes. Uso en niños: Su uso en niños menores de 12 años se efectuará bajo control médico. No se requiere una modificación de la dosis para este grupo de pacientes. Forma de administración: Aplicar y extender una pequeña cantidad del producto hasta cubrir completamente el área afectada y la zona circundante, con especial atención entre los pliegues de los dedos de los pies. Friccionar hasta su completa absorción. Se recomienda seguir las siguientes instrucciones: Antes de la aplicación del producto, lavar los pies con agua y jabón y secar bien la zona infectada, cerrar bien el tubo tras su utilización y lavar las manos después de cada aplicación. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al clotrimazol, a imidazoles en general o a alguno de los excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se recomienda el uso de vendajes oclusivos tras la aplicación del producto, ya que favorece la absorción sistémica del fármaco. Debe suspenderse el uso de este producto si aparece irritación en la zona tratada o si los síntomas no mejoran después de 10 días de tratamiento. Evitar el contacto del producto con ojos y mucosas. El tratamiento debe ir siempre acompañado de medidas de higiene corporal y vestimenta adecuada por la posibilidad de reinfección. Se aconseja utilizar zapatos bien ventilados, evitar zapatos y suelas de goma, evitar calcetines de fibra y cambiarse los calcetines con cada aplicación. Para evitar contagios, no se deben compartir toallas, calcetines ni calzado con otras personas ni se debe andar descalzo en piscinas, vestuarios y baños colectivos. **Advertencia sobre excipientes:** Por contener alcohol cetosteárico puede provocar reacciones locales en la piel (como dermatitis de contacto). **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han descrito. **Embarazo y lactancia:** No se dispone de ensayos clínicos controlados en mujeres embarazadas. Las investigaciones epidemiológicas no indican que deban esperarse efectos nocivos en la madre y el niño si se usa este medicamento durante el embarazo. Sin embargo, como todos los medicamentos se evaluará el balance beneficio riesgo antes de administrar este medicamento. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han observado efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas más características son: Trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración: Reacciones alérgicas, dolor. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Irritación local que se manifestará en forma de enrojecimiento, hinchazón, picor y urticaria. En caso de observar la aparición de reacciones adversas, se deben notificar a los sistemas de farmacovigilancia y, si fuera necesario, suspender el tratamiento. **Sobredosis:** Debido a las características del medicamento no son de esperar fenómenos de intoxicación con el uso de la especialidad a las dosis recomendadas. Si se desarrollase alguna reacción de hipersensibilidad durante su utilización, deberá suspenderse el tratamiento e instaurarse la terapia adecuada. **DATOS FARMACÉUTICOS.** Incompatibilidades: No se han descrito. **Naturaleza y contenido del envase:** Tubo de aluminio que contiene 30 gramos de crema. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** QUIMICA FARMACEUTICA BAYER, S.L., Av. Baix Llobregat, 3-5, 08970 Sant Joan Despí (Barcelona). P.V.P. con IVA: 5,95€. Medicamento publicitario. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN:** Marzo 2008.

del centro de gravedad de la asistencia desde el sector terciario y especializado al sector de la atención primaria. Una mejor información y los avances tecnológicos están creando nuevas oportunidades para pasar de la asistencia tradicionalmente basada en el hospital a servicios locales a cargo de equipos de atención primaria o gestionados incluso por asociaciones de pacientes.

Sin embargo, las constantes innovaciones tecnológicas están creando en el público la ilusión de que no hay límite en la prolongación de la vida. Nunca antes ha existido una población más informada de cuanto atañe a sus dolencias. Con frecuencia creciente, el paciente que sale de una consulta acude de inmediato a internet para contrastar la información que ha recibido con la que le proporciona este medio informativo. El resultado es a menudo una confusión que no contribuye en modo alguno a la mejoría del paciente.

El progreso de la medicina tiene sólo algunos decenios de antigüedad, de modo que la mayor parte de la gente no ha conocido las épocas en que las enfermedades infecciosas segaban la vida de un alto porcentaje de la población infantil o dejaban secuelas permanentes, como sucedía en el caso de la poliomielitis.

Como contrapartida, los progresos médicos pueden hacer que desaparezca el concepto de curación total. En todas las personas, singularmente a partir de la edad madura, existen signos de susceptibilidad genética a una determinada enfermedad o también degradaciones del estado óptimo. Como afirma Bertrand Kiefer, redactor jefe de la *Revista médica suiza*, «los conceptos de plena salud o de curación han desaparecido de la medicina científica. Curar significa volver a la norma».

Todos estos cambios se producen en un momento en el que el número de profesionales deseosos de dedicarse a la atención primaria, tan mimada por la OMS, está en curso de estabilización o disminución. En Europa, la población de médicos generalistas está envejeciendo con rapidez, mientras aumenta el número de los que prefieren trabajar a tiempo parcial.

La sostenibilidad de la atención primaria en los países de alto gasto sanitario requiere:

- Cambios en la formación del personal de salud.
- Incentivos en la carrera profesional y de carácter social y financiero a fin de impulsar el paso a opciones de carrera que hasta ahora han sido menos prestigiosas. **Of**

BIBLIOGRAFÍA

- Kiefer B. Risque et causalité. Horizons (órgano del Fondo Nacional Suizo de la Investigación Científica). Berna, diciembre 2008.
- Mahler H. Primary health comes full circle. Boletín de la OMS. Ginebra, octubre 2008.
- OMS. La logistique médicale s'améliore en RDC (comunicado especial). Ginebra, 2008.
- OMS (Publicación especial). Primary Health Care. Now More Than Ever. Ginebra, 2008.