

VEINTICINCO AÑOS DESPUÉS DE ALMA-ATA

Dr. DAVID TEJADA DE RIVERO
Ex Sub Director General de la OMS



INTRODUCCIÓN

Se me ha solicitado un artículo "más bien personal", "hasta anecdótico" y sobre la base de mis "recuerdos". Trataré de cumplir ese encargo. Sin embargo, no dejaré de considerar el origen real y los alcances de esa Conferencia, así como evaluar lo que se ha hecho y se ha dejado de hacer en estos veinticinco años. Esta es, entonces, una breve "crónica personal" basada en mis vivencias directas; pero, procuraré rescatar el sentido original del tema, el cual ha sido reiteradamente mal interpretado y distorsionado, debido a simplificaciones conceptuales, facilismos coyunturales así como nuestro condicionamiento mental y conductual a un modelo hegemónico mundial, aunque ya en irremediable obsolescencia, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica mayormente reparativa y centrada casi exclusivamente en la enfermedad.

La "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud" fue un evento de trascendencia histórica. Convocada por la OMS y UNICEF, asistieron a ella 134 países, 67 organizaciones internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente China fue la gran ausente.

Prácticamente todos los países del mundo se comprometieron a una empresa muy seria. La Conferencia, la "Declaración de Alma-Ata" y las "Recomenda-

ciones" los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de "Salud para Todos". Desde entonces Alma-Ata y Atención Primaria de Salud son términos indisolubles.

EL CONTEXTO HISTÓRICO

En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que comienza al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como "globalización". Sin embargo, ya se reconocía las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida así como en la pobreza y el abandono de mayoritarios sectores de población. De otra manera no se habría decidido, en las XXVIII y XXIX Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976, el compromiso de "Salud para Todos en el Año 2000".

Políticamente, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica así como en una nueva forma histórica de confrontación. Se llamó la "guerra fría" y estaba basada en un extraordinario desarrollo tecnológico en los campos bélicos como la parte principal de una implacable guerra económica cuyo fin era la eliminación de una de las dos superpotencias. Ello finalmente ocurrió con la caída del Muro de Berlín. Pero, dentro de los bloques dominantes no había tampoco una clara hegemonía de un solo país. En el bloque llamado "socialista" había una confrontación entre la Unión Soviética y China. Ello resultaría decisivo en la realización de la Conferencia.

Paralelamente, en el mundo se daban, desde muchos años antes, experiencias sobre formas diferentes de enfrentar los problemas de salud a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos económicamente desarrolladas. Estas experiencias fueron estudiadas en las décadas de los 60 y 70. Sobresalen las de China, India y algunos países de África y América Latina. Estudiosos del mundo desarrollado las publican y la Organización Mundial de la Salud responde

muy activamente, coincidiendo con el inicio del mandato de Halfdan Mahler como Director General. Mahler percibe muy bien estas experiencias y las proyecta a escala mundial y como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres.

“SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”

Esta meta social y política era en realidad un “slogan”, término de origen escocés que se refiere a un grito o estandarte de batalla capaz de convocar y motivar a las gentes. Sin embargo, el contenido con una forma simple de programación, más técnica que social y más burocrática que política y más aún, sus dos componentes no fueron bien comprendidos.

Tampoco fue entendido, por nuestras deformaciones profesionales, que la salud es una realidad social cuyos ámbitos, sociales y económicos, por tanto, no deben circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado.

Cuando Mahler propone “salud para todos”, en 1975, fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y económicamente productiva, (hoy diríamos un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano). La segunda parte, referida al “Año 2000”, debió entenderse como que para esa fecha todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendentes a alcanzar la meta social en plazos variables.

LA SALUD COMO REALIDAD SOCIAL Y PROCESO POLÍTICO

Fue muy importante el proceso de desarrollo conceptual sobre lo que es la salud. En 1946 la definición de salud, incorporada en la Constitución de la OMS, fue propuesta por el yugoeslavo Andrea Stampar. Costó mucho ser entendida por los expertos de los gobiernos de ese entonces a pesar de ser un notable salto cualitativo. Decía que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En la “Declaración de Alma-Ata” se reitera expresamente esa definición. Y, se agregan los conceptos de que la salud “es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo” y “cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud”.

Tampoco fue entendido, por nuestras deformaciones profesionales, que la salud es una realidad social cuyos ámbitos, sociales y económicos, por tanto, no deben circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado. Tampoco se percibió suficientemente, a pesar de estar escrito varias veces, el hecho de que la salud es, sobre todo, una realidad social compleja, un proceso social aún más complejo, y un proceso político, dentro del cual hay que tomar decisiones políticas no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores. Lo que sí fue muy claro, pero sigue siendo muy mal entendido, es la responsabilidad en general de cuidar activamente de su salud individual y colectiva. Lamentablemente y en la práctica de actividades puntuales prestadas por “sistemas de servicios institucionales de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas”.

PROBLEMAS DE DENOMINACIÓN Y TRADUCCIONES

La denominación de “atención primaria de salud” surgió de una percepción sesgada y errada de algunos de los componentes formales de las experiencias antes mencionadas y principalmente de la experiencia china de los médicos descalzos. Su interpretación superficial y simplista contribuyó a una muy restringida interpretación conceptual.

Los tres términos del concepto han sido mal interpretados. Ya vimos la estrecha y errada interpretación de “salud”.

En cuanto a la “atención”, la versión original en inglés usó el término “cuidado” (“care”), y no “atención”. El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado es más integral y denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical.

asimétrica y nunca participativa, en su sentido deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

El término "primario" tiene lingüísticamente diversas y hasta contrarias acepciones. Entre varias acepciones, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo "primitivo, poco civilizado". Y la otra a "lo principal o primero en orden o grado". Por las simplistas y sesgadas percepciones de las experiencias que dieron origen al concepto, fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término "primario" como la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la "Declaración" se señala que la atención primaria de salud "forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial)", y, es "la función central y el núcleo principal" de "todo" el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.

No está demás insistir en la gran diferencia que hay entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos, multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, y, participativo y descentralizado – y una atención reparativa de ciertas enfermedades, de bajo costo y por eso de segunda o tercera clase para los estratos periféricos más pobres de la población, y, lo más grave, prestados en programas paralelos al resto del sistema de salud y sin participación activa, directa y efectiva de las personas.

Repetidas veces, en mis actividades docentes, he desarrollado este punto procurando señalar lo que "no es" la atención primaria de salud (no importa su nombre que lleva a errores) y, lo que "sí lo es". Repetidas veces, cuando era aún Sub Director General de la OMS, debí guardar prudente silencio cuando los altos funcionarios de un gobierno me decían con orgullo que tenían una "dependencia específica" o un "programa nacional" de atención primaria, o, que desarrollaban actividades de atención primaria sólo en los puestos de salud más periféricos.

ORÍGENES DE LA CONFERENCIA

En la XXVIII Asamblea Mundial de la Salud de 1975 se logró imponer el concepto así como la necesidad y

urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, para todos y por todos. Así surgió lo que se dio en los países en desarrollo de entonces. Las grandes potencias capitalistas la aceptaron benévola pero la Unión Soviética se opuso por considerarla un retroceso al avance científico y tecnológico. Era una prueba de que el modelo "flexneriano" no respetaba las fronteras ideológicas de la guerra fría.

En esa Asamblea nadie pensó en realizar una conferencia internacional sobre el tema, pues prevalecía la idea de esperar por nuevas experiencias.

En enero de 1976, un día antes de la reunión del Consejo Directivo de la OMS, previo a la XXIX Asamblea Mundial de la Salud a realizarse en mayo de ese año, recibí en mi casa de Ginebra la visita de mi gran amigo el Dr. Dimitri Venediktov, el poderoso Viceministro de Salud para asuntos internacionales de la Unión Soviética. Traía la idea de realizar una gran Conferencia Internacional sobre el tema de la atención primaria con dos millones de dólares como contribución extraordinaria de la Unión Soviética para ese efecto. Me explicó que la primera potencia socialista no podía permitir un triunfo de China en los países del entonces tercer mundo. Fue una gran sorpresa y no bastaron mis argumentos sobre lo prematuro de realizar una gran Conferencia y que ella se llevase a cabo en Moscú, como fue su idea original.

Iniciado el Consejo Directivo, Venediktov hizo su propuesta, aceptando después de muchas presiones que la Conferencia fuese en un país en desarrollo. Cuatro meses después la idea fue formalmente aceptada en la Asamblea y se programó la Conferencia para 1978. El Director General me nombró como el Coordinador General encargado de todos los aspectos técnicos, logísticos y políticos. Esta tarea me tomaría veintinueve meses de trabajo y varios viajes a la Unión Soviética y otros países.

Hoy debo reconocer que fue acertado realizar una gran Conferencia Internacional, ya que podía ser un medio extraordinario para promover un cambio tan importante. No hay duda que mi amigo Venediktov era un político consumado.

Las posteriores interpretaciones erradas, las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en re-

lación con los verdaderos conceptos del tema, no fueron consecuencia de la conferencia. La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales que convocaron la Conferencia.

SELECCIÓN DE ALMA-ATA

Desechada la idea de Moscú se comenzó a buscar un país y la ciudad del tercer mundo como sede de la Conferencia. Tarea muy difícil por las implicaciones económicas y logísticas requeridas para tal empresa. El costo adicional a los dos millones ofrecidos por la Unión Soviética era de un poco más de un millón de dólares. San José de Costa Rica tuvo que ser descartada por el fracaso en las gestiones para la ayuda económica de los Estados Unidos de América. La posibilidad de El Cairo también fracasó ante la negativa de ayuda por parte de los países petroleros del Golfo. Un viaje mío a Irán para lograr que la sede fuese Teherán sólo logró el interés de la hermana del Shá, la Princesa Ashraf Pahlavi, quién fuera después una de los seis vicepresidentes de la Conferencia. Finalmente no quedó otra solución práctica que escoger una ciudad de la Unión Soviética que no fuese Moscú.

La selección de Alma-Ata se debió a dos consideraciones principales: el dinamismo y liderazgo del Ministro de Salud de Kazajstán, y, las condiciones de infraestructura física existentes y las que debían realizarse en plazos bastante limitados.

Se discutió con Venediktov los posibles lugares y viajé con él dos veces a Bakú, Tascan y Alma-Ata. La decisión debía ser tomada por la propia Unión Soviética y yo sólo llevaba el detallado cuadro de las necesidades y requerimientos físicos y logísticos mínimos. Pero, una vez más, mi amigo Venediktov me dio clases de manejo político. En los tres sitios me presentó como la persona que debía tomar la decisión final.

La selección de Alma-Ata se debió a dos consideraciones principales: el dinamismo y liderazgo del Ministro de Salud de Kazajstán, y, las condiciones de infraestructura física existentes y las que debían realizarse en plazos bastante limitados. Alma-Ata significa "padre de las manzanas" y estaba en la

República donde la Unión Soviética tenía sus programas espaciales para la guerra fría. Era, además, vecina de China.

Fue realmente extraordinario el trabajo realizado por el gobierno y el Ministro de Salud de Kazajstán. Construyeron en un año, entre otras cosas, un hotel de 1000 camas. El magnífico centro de Convenciones Lenin, con un auditorio para 3000 personas, tenía un completo sistema de interpretación simultánea y receptores auriculares en todos los asientos. Pero, la comunicación era sólo unidireccional, es decir del podio a la platea y no viceversa.

Hubo que llevar un sistema inalámbrico de Italia. Hubo otros problemas que se fueron resolviendo en nuevos viajes. Al final tuvimos que llevar personal de Ginebra para facilitar los trámites de inmigración, aduana y recepción en los aeropuertos de Moscú y Alma-Ata. Todo el personal de secretaría fue de Ginebra en dos aviones. Pero, todo pudo funcionar sin contratiempos. El senador Edward Kennedy fue bien recibido y atendido a pesar de no formar parte de la delegación oficial de Estados Unidos y llegar de improviso. Su presencia era una demostración de la importancia política que adquirió la Conferencia.

DOCUMENTACIÓN DE TRABAJO

Un año antes de la Conferencia se comenzaron a preparar los borradores de trabajo y consulta, los cuales, con la participación activa de los gobiernos y otras organizaciones, se convertirían en los documentos oficiales a ser finalmente revisados y aprobados por la Conferencia. Tanto la Declaración como las Recomendaciones fueron el resultado de dieciocho borradores, revisados y corregidos en reuniones regionales (en las seis Regiones de la OMS y en la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas de 1977), en grupos especiales de países, y, en algunos países. Sin serlo formalmente, la Conferencia se preparó como un proceso abierto, descentralizado, democrático y participativo.

Finalmente el proyecto presentado oficialmente sufrió pocas modificaciones, algunas de las cuales, lamentablemente, contribuyeron, después y en gran parte, a las distorsiones de los concep-

tos originales. Muchas delegaciones y delegados pugnaron por incorporar detalles puntuales correspondientes a especialidades más médicas que de salud.

PARTICIPACIÓN DE UNICEF

Era muy importante que la conferencia fuera co-auspiciada y organizada conjuntamente con el UNICEF. En un principio fue difícil pero el trabajo realizado con Richard Hayward y Newton Bowles, dos excelentes amigos en puestos claves de UNICEF, permitieron convencer al Sr. Henry R. Labouisse, entonces Director Ejecutivo, y establecer una participación activa y positiva de este Fondo de las Naciones Unidas. Debo reconocer siempre el privilegio de haber trabajado tan estrechamente con UNICEF, colaboración estrecha que se prolongó hasta mi retiro de la OMS.

FLAGRANTES DISTORSIONES

Lástima que mucho después, por la impaciencia de lograr algunos resultados tangibles en lugar de trabajar sobre siempre difíciles procesos de cambio, algunas agencias internacionales de Naciones Unidas y privadas, contribuyeron a las mayores distorsiones del concepto y la práctica alejada de la original atención primaria de salud.

En el mundo globalizado de hoy, unipolar y con la amenaza de una pérdida creciente de las soberanías nacionales, una de las pocas medidas que existen para tener destino es la construcción de genuinas democracias, descentralizadas y participativas.

La llamada "atención primaria de salud selectiva", los "paquetes" de algunas "intervenciones de bajo costo" como GOBI (sigla en inglés de monitoreo del crecimiento de niños, rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones) y GOBI-FFF (otra sigla en inglés que agregaba a las anteriores "intervenciones" suplementos alimentarios, alfabetización de mujeres y planificación familiar), así como otras formas contrarias al espíritu y conceptos de Alma-

Ata, constituyeron una desviación que contribuyó a aumentar las distorsiones.

VIGENCIA DE ALMA-ATA

Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de "Salud para Todos" y a la estrategia, también social y política, de la "Atención Primaria de Salud", no sólo subsistieron sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos que las sociedades nacionales disponen para educación y salud, se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan efectivamente y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social efectivos.

En el mundo globalizado de hoy, unipolar y con la amenaza de una pérdida creciente de las soberanías nacionales, una de las pocas medidas que existen para tener destino es la construcción de genuinas democracias, descentralizadas y participativas. Hoy es imprescindible transferir -o mejor dicho "devolver"- el poder político para tomar las decisiones que afectan a las sociedades a su punto de origen, que es la ciudadanía.

"El cuidado integral de la salud para todos y por todos" -mejor forma de expresar la genuina "atención primaria de salud" de Alma-Ata- es una necesidad no sólo en el ámbito de la salud sino para el destino de los países que aspiran a seguir siendo Naciones Estados soberanos en un mundo cada día más injusto.

Tal vez es necesario que se convoque a un Alma-Ata II, para relanzar, sin distorsiones, los conceptos que dieron origen a esa Conferencia en 1978. Por supuesto, con las debidas actualizaciones derivadas de los grandes cambios y de las experiencias de estos veinticinco años.