

Alma-Ata: 25 años después

por David A. Tejada de Rivero

"Salud para todos en el año 2000" fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que 25 años después, todavía estemos trabajando por ese sueño.



Foto OPS/OMS

Este año se cumple el 25o aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente China fue el gran ausente.

Finalizado el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La conferencia, la Declaración de Alma-Ata y las Recomendaciones, 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.

Ahora, 25 años después, vale reflexionar sobre estos hechos y, más que todo, sobre el sentido original de ese objetivo, porque en reiteradas ocasiones ha sido mal interpretado y distorsionado. Para quien fue testigo directo de estos acontecimientos es claro: el lema "Salud para todos" ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad.

En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que había comenzado 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 reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de "Salud para todos en el año 2000".

Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica, así como también en una nueva forma histórica de confrontación. Se llamó la "guerra fría" y estuvo basada en un extraordinario desarrollo tecnológico en los campos bélicos como ejes de una implacable guerra económica, cuyo fin era la eliminación de una de las dos superpotencias. Esto 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.

Al mismo tiempo, en el mundo se daban, desde muchos años antes, experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud, a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos desarrolladas en lo económico. 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 de manera muy activa, 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.

Una meta global

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 personas. Sin embargo, el contenido sustantivo del slogan ha sido mal entendido, pues se confundió con una forma simple de programación, más técnica que social, y más burocrática que política.

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 productiva en lo económico (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 tendientes a alcanzar la meta social en plazos variables.

Fue muy importante el proceso de desarrollo conceptual acerca de qué es la salud. En 1946, la definición de salud incorporada en la Constitución de la OMS había sido propuesta por Andrija Stampar, pionero croata de la salud pública. Costó mucho que fuera comprendida por los expertos de los gobiernos de 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 sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".



El senador estadounidense Edward Kennedy (izq.) tuvo una sorpresiva aparición en la conferencia de Alma-Ata de 1978. A la derecha, el entonces director general de la OMS, Halfdan Mahler.

En la Declaración de Alma-Ata se reitera en forma expresa 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 muy importante en todo el mundo". Además, el texto dice que su realización "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud".

Tampoco se comprendió, por nuestras deformaciones profesionales, que la salud es una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos y que, por lo tanto, no debe 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, por sobre todo, una realidad social compleja, un proceso social aun 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 y el deber de todos —personas, grupos sociales y la ciudadanía en general— de cuidar de modo activo de su salud individual y colectiva. Lamentablemente, y en la práctica, las personas siguieron siendo consideradas como recipientes pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas.

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 sobre todo de la experiencia china de los "médicos descalzos". Su comprensión 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 denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

En lo lingüístico, el término "primario" tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, 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 percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término "primario" en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración también se señalaba que la atención primaria de salud "forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales 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 mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.

No está de más insistir en un punto: la gran diferencia que hay entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos —multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, 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 es. Repetidas veces, cuando era aún subdirector 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.

La propuesta soviética

En la 28a 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 llamar atención primaria de salud. Fue una victoria de los países en desarrollo de entonces. Las grandes potencias capitalistas la aceptaron benévola pero la Unión Soviética se opuso por considerarla un retroceso 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 Ejecutivo de la OMS, previo a la 29a Asamblea Mundial de la Salud a realizarse en mayo de ese año, recibí en mi casa de Ginebra la visita de mi gran amigo 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, así como 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.

Al comenzar el Consejo Directivo, Venediktov hizo su propuesta, y después de muchas presiones aceptó que la conferencia tuviera lugar en un país en desarrollo. Cuatro meses después, la idea fue formalmente aceptada en la Asamblea y se programó el encuentro para 1978. El director general me nombró 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 a 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 de que mi amigo Venediktov era un político consumado.



Los delegados se toman un descanso fuera del monumental Centro de Convenciones Lenin de Alma-Ata, con capacidad para 3.000 personas.

Las posteriores interpretaciones erradas, las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en relación 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.

Desechada la idea de Moscú, se comenzó a buscar un país y una 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 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. La posibilidad de El Cairo también fracasó ante la negativa de los países petroleros del Golfo a dar ayuda. Un viaje mío a Irán para lograr que la sede fuese Teherán sólo logró el interés de la hermana del Sha, la princesa Ashraf Pahlavi, quien fuera después uno de los seis vicepresidentes de la Conferencia. La única solución fue escoger una ciudad de la Unión Soviética que no fuese Moscú.

Se discutió con Venediktov acerca de los posibles lugares y viajé con él dos veces a Bakú, Tayikistán 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 Kazajistán, y las condiciones de infraestructura física 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 extraordinario el trabajo realizado por el gobierno y el ministro de Salud de Kazajistán. Construyeron en un año, entre otras cosas, un hotel de 1.000 camas. El magnífico Centro de Convenciones Lenin, con un auditorio para 3.000 personas, tenía un sistema completo de interpretación simultánea y receptores auriculares en todos los asientos. Pero la comunicación era sólo unidireccional, es decir, del podio a la platea, por lo que hubo que llevar un sistema inalámbrico de Italia. También 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. Al final, todo funcionó 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 había adquirido la Conferencia.

Un año antes de la Conferencia se comenzó 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 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 en lo formal, la Conferencia se preparó como un proceso abierto, descentralizado, democrático y participativo.

El proyecto oficial sufrió pocas modificaciones, algunas de las cuales, es de lamentar, contribuyeron después y en gran parte, a las distorsiones de los conceptos originales. Muchas delegaciones y delegados pugnaron por incorporar detalles puntuales correspondientes a especialidades más médicas que de salud. Era muy importante que la Conferencia fuera co-auspiciada y organizada en forma conjunta 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, permitió convencer a Henry 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 el UNICEF, una colaboración que se prolongó hasta mi retiro de la OMS.

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 alejadas de la original atención primaria de salud.

La llamada "atención primaria de salud selectiva", los "paquetes" de algunas "intervenciones de bajo costo" como GOBI y GOBI-FFF (siglas en inglés para monitoreo del crecimiento de niños, rehidratación oral, lactancia materna, 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.

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 subsisten 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 para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales 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 en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces.

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 control sobre el destino es la construcción de democracias auténticas, 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" —la 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 futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-estados soberanos en un mundo cada día mas injusto.

Tal vez sea necesario convocar a una 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 mundiales y de las experiencias de estos 25 años.

David A. Tejada de Rivero fue subdirector general de la Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985 y fue dos veces ministro de Salud de Perú.

Conclusiones clave

La Declaración final de la conferencia de Alma-Ata tenía 10 puntos principales, resumidos a continuación. El texto completo del documento [se puede ver aquí](#).

- I. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
- II. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.
- III. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- V. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- VI. La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- VII. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- VIII. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.
- IX. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

"La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y eficaz para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e

implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo...con el espíritu y contenido de esta Declaración."