

LO QUE ES LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES A CASI TREINTA Y CINCO AÑOS DE ALMA-ATA

WHAT A PRIMARY HEALTH CARE IS: SOME CONSIDERATIONS AFTER ALMOST THIRTY FIVE YEARS OF ALMA-ATA

David A. Tejada de Rivero^{1,a}

¹ Organización Mundial de la Salud

^a Médico; MPH; especialista en Salud Pública; especialista en planificación y desarrollo económico; doctor en Ciencias Políticas.

Ex subdirector general de la OMS, coordinador general de la Conferencia de Alma-Ata y ex ministro de salud del Perú

Recibido: 21-04-13; Aprobado: 08-05-13

RESUMEN

La atención primaria de la salud fue concebida en la década de los 70 como una estrategia política para lograr la meta social de "Salud para todos". Respondió a importantes cambios en los terrenos social, político y económico que ocurrieron a nivel global después la segunda guerra mundial, y que siguen ocurriendo hasta la actualidad. Por una desafortunada mala traducción del inglés al español y una errada interpretación de términos, la atención primaria de la salud ha sido malentendida por muchos como "atención en el nivel primario de salud" o como la "dotación de un paquete de prestaciones básicas pero insuficientes a los más pobres", conceptos erróneos que mantienen las inaceptables inequidades sociales y de salud que hoy seguimos sufriendo. Este artículo explicita lo que es y lo que no es la atención primaria de la salud para abordar el tema desde su verdadero contexto, y hacia su verdadero norte.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Políticas públicas de salud; Actos internacionales (Fuente DeCS BIREME).

ABSTRACT

Primary health care was conceived in the 70s as a comprehensive, joint and inclusive strategy to achieve the goal of "Health for Everyone". It was the result of important social, political and economic changes which occurred at global level back in those years and which persist until now. Due to an unfortunate combination of words, Primary Healthcare has been mistakenly understood by many as "healthcare at the basic level" or the "provision of basic, and hence insufficient services to the poorest", wrong concepts that contribute to the current social and health inequalities. This article explains what primary healthcare is and what it is not in order to address the subject in its real context.

Key words: Primary health care; Health public policy; International Acts (Source MeSH NLM).

UN TESTIMONIO PERSONAL

Han pasado más de tres décadas desde la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de la salud, en Alma-Ata, la entonces capital de la República Socialista Soviética de Kazajistán, y que hoy ha pasado a llamarse Almaty, mientras que la nueva capital de esta pujante y riquísima república asiática se llama Astana y fue, como Brasilia, levantada de la nada. Tuve la oportunidad de estar allí hace cinco años, cuando se celebraron los treinta años de esta trascendental conferencia.

La Conferencia de Alma Ata fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ⁽¹⁾. Asistieron representantes oficiales de todos los países miembros de ambas agencias internacionales -de todos los continentes, del norte desarrollado y del sur en vías

de desarrollo, y, del occidente y del este ideológicos del mundo de esa época- así como delegados de agencias internacionales y numerosas organizaciones no gubernamentales, tanto internacionales como nacionales.

Gracias a un proceso descentralizado de preparación que llevó más de un año, se llegó a acuerdos unánimes, y compromisos solemnes de acción inmediata. Durante dos años fue mi mayor preocupación profesional (funcionaria y personal) - como coordinador general de ese evento-proceso. Menciono esto solo porque lo viví por dentro y, por lo tanto, ese conocimiento no proviene de la lectura de segundas o terceras referencias. Lo viví no solo en sus manifestaciones formales e informes oficiales sino a lo largo de su complejo proceso de origen, antecedentes, preparación, desarrollo, elaboración final de conclusiones, y hechos inmediatamente posteriores⁽²⁾.

Citar como: Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(2):283-7.

LOS GRANDES PROCESOS DE CAMBIO EN EL MUNDO DE HOY

En estos últimos treinta y cinco años se han profundizado los cambios derivados luego de la Segunda Guerra Mundial, los cuales se hicieron ya muy visibles en los años sesenta y setenta del siglo XX. Son muchos pero tal vez los más importantes serían:

- En el ámbito industrial, un fantástico desarrollo científico y tecnológico, catalizado y financiado por la guerra fría, pero aplicado comercialmente en todos los campos del quehacer humano para pagar su inversión, así como la revolución en el procesamiento y difusión electrónicos de la información y la comunicación social.
- En el ámbito económico cabe resaltar la globalización de la economía y, especialmente, de las finanzas, las inversiones internacionales y la banca mundial, así como el surgimiento de nuevas potencias mundiales como China, India y Brasil.
- En el ámbito sociopolítico han ocurrido fenómenos importantes como el desmoronamiento de la Unión Soviética y los países del este de Europa, y la consecuente formación de un transitorio "unipolarismo" económico, militar y político, pero transnacionalizado –hoy ya dicen que es una nueva forma del imperialismo– y las migraciones masivas desde los países pobres hacia los países ricos y al interior de los países, desde el campo y las zonas socialmente deprimidas hacia las grandes ciudades.

Paralelamente ha surgido, sin embargo, la desintegración social en escala global, por una injusta distribución de la riqueza, tanto entre como dentro de todos los países. Aún en la actual potencia hegemónica más rica de la tierra existe, por lo menos, cincuenta millones de pobres -mientras que en China aparecen ya los multimillonarios-. Asimismo, el acceso directo e inmediato de los pobres a las formas diferentes de satisfacción de necesidades humanas y de consumos frívolos de los ricos, por medio de la televisión y otras formas de comunicación -hoy ya dicen que es la comunicación social la que pone la agenda política en los países- es algo que cobra creciente importancia.

Se debe considerar en este contexto, el costoso desarrollo bélico usado para la guerra, pero también para el control interno de los países con precarias democracias, o manifiestas o disfrazadas dictaduras, y su aplicación a campos no bélicos como la atención médica, aunque más por razones mercantiles que sociales.

Todo esto y muchos otros fenómenos sociales, han cambiado y están cambiando radicalmente el mundo. Es

claro que estos cambios se venían produciendo desde el final de la Segunda Guerra Mundial; pero, por lo menos en los años de Alma Ata, no eran tan fácilmente reconocibles por la mayoría de la gente común y corriente. Sobre todo en cuanto a sus proyecciones e implicaciones así como en sus consecuencias, positivas, negativas, y algunas de ellas hasta perversas.

ORIGENES Y ANTECEDENTES DE ALMA-ATA

Por otro lado, experiencias diversas y aisladas - algunas consideradas entonces como absurdas o por lo menos demasiado heterodoxas -se fueron dando en diferentes partes del mundo, principalmente a partir del final de la Segunda Guerra mundial. Era el inicio de la desvalorización de la escuela "flexneriana" y la revalorización de la escuela de Rosenau- que veía a la salud muchísimo más allá de la atención médica reparativa orientada a la enfermedad³.

A comienzos de los setenta del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud se propuso rescatar y valorar tales experiencias, principalmente la de China, con su medicina tradicional y sus "médicos descalzos"; la medicina ayurvédica y otras formas académicas no occidentales en la India, y algunas menores en África y América Latina. El mayor mérito de la OMS fue darles un reconocimiento científico a pesar de las duras críticas y oposiciones que -me consta- persistieron hasta la víspera de la Conferencia de Alma-Ata.

Por esa época se fue acuñando el término de *Primary Health Care*, pesimamente mal traducida como "atención primaria de salud", la que, hay que reconocerlo, no ha contribuido significativamente a su genuina interpretación y cabal entendimiento. Por un lado, la palabra "atención" induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos (resaca mental del modelo flexneriano). Por otro lado, la palabra "primaria" induce a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo con lo elemental, empírico y de tercera o cuarta clase; es decir, un servicio paralelo y barato para los pobres. El término en Alma-Ata tenía otra acepción que consideraba como primario a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario.

Así, a mediados de la década de los setenta, se presentaron oficialmente, en los cuerpos de gobierno de la OMS, los primeros informes sobre estas nuevas formas no clásicas de cuidado de la salud. En mayo de 1977 se convocó a la conferencia mundial que se realizaría en septiembre de 1978. Pero antes, en 1976 y 1977, se planteaba y acababa de aprobar la meta de

“Salud para todos en el año 2000”, la cual requeriría de formas no tradicionales para poder ser alcanzada. La atención primaria de la salud sería entonces esa nueva forma; es decir, la estrategia e instrumento idóneos para alcanzar tan ambiciosa meta.

LA META SOCIAL DE “SALUD PARA TODOS”

Pareciera que no hay aún un entendimiento cabal del significado de esta meta. Esto también ha contribuido significativamente a las interpretaciones equivocadas y a las distorsiones sobre lo que es la atención primaria de la salud. Tal vez, inclusive, la referencia al año 2000 le dio una connotación de meta programática, especialmente en circunstancias -aún persistentes en muchos círculos oficiales, gubernamentales y técnicos- en que los procesos de planificación eran entendidos como administrativos y técnicos, y no como complejos procesos sociales y fundamentalmente políticos.

Además de la continua reducción simplista del término “salud”, a enfermedades y enfermos, nunca se interiorizó en las mentes y en las acciones que la palabra clave de la meta es más bien “para todos”. Si la salud no es para todos sino solo para unos pocos privilegiados, el concepto no tiene el sentido social que originó todo el proceso histórico en su verdadero significado.

Como en todo lo social y lo político, importantes valores ético-morales están por detrás de esta meta. “Salud para todos” y “atención primaria de la salud” responden a los valores de equidad, solidaridad y justicia social. Estos valores condicionan todo lo conceptual y comandan todo lo que se derive en operativo o instrumental. La meta social no era alcanzar la salud para todos el año 2000, sino que para esa fecha todos los países del mundo hubieran definido sus políticas públicas de Estado en ese sentido.

LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO ESTRATEGIA E INSTRUMENTO PARA ALCANZAR LA META SOCIAL DE SALUD PARA TODOS

Pese al tiempo transcurrido, desde que se comenzó a plantear una forma diferente de enfrentar los problemas de salud, con equidad y justicia y dentro de restricciones económicas cada vez mayores, circulan todavía en medios oficiales, técnicos, académicos y profesionales, variadas y hasta “nuevas” interpretaciones, distorsionadas y espurias, de lo que es o debería ser la atención primaria de la salud.

El contenido sustantivo y trascendental del término ha sido simplificado, encogido y distorsionado de manera increíble, inclusive por las propias agencias organizadoras de la Conferencia Internacional de 1978. Con cierta regularidad, y para cada década que pasa desde esa fecha, se preparan ejercicios evaluativos sobre su aplicación y resultados; pero, lamentablemente, ellos inciden más en neutros y mecánicos ejercicios numéricos de simple confrontación de metas cuantitativas programadas con resultados obtenidos. Por su parte, cada gobierno trata de justificar que está cumpliendo con el compromiso de Alma-Ata, sin entrar a analizar si lo que se hace se trata efectivamente de atención primaria y de salud. No se ha hecho, formal y seriamente, un análisis crítico de lo que ha pasado en más de treinta años, para saber, entre otras cosas, acerca de los esfuerzos reales, nacionales e internacionales, por entender y ver cómo ha sido tratada la esencia genuina de su significado en los países del mundo. Esto es una necesidad mayor porque las inequidades e injusticias sociales se han incrementado y profundizado. El mundo globalizado se mueve y se conmueve en función del crecimiento de algunos indicadores nacionales, macroeconómicos y casi exclusivamente de crecimiento económico, financiero y monetario, y no en cuanto a bienes y servicios para la satisfacción de las necesidades de todos los pobladores.

Nunca antes en la historia de la humanidad hubo tantas y tan profundas diferencias, que se incrementan día a día, y nunca antes los ricos del mundo -en todos los países- fueron tan pocos pero cada vez más ricos, mientras los pobres -en todos los países- fueron tantos y cada vez más pobres. Equidad, solidaridad y justicia social -los valores ético-morales generadores de “salud para todos” y de “atención primaria de la salud”- son hoy, por lo general, declaraciones formales sin definiciones conceptuales, sin asignación de actividades efectivas ni de los recursos mínimos necesarios.

LO QUE NO ES ATENCIÓN PRIMARIA

Muchas veces para ir a la esencia de una realidad social, hay que comenzar por lo que no es. Sería muy larga y siempre incompleta la lista de aquellas cosas que no son atención primaria de la salud pero tienen el rótulo de su nombre. Vale la pena mencionar solo algunas de ellas:

- No es un programa especial, independiente y paralelo a los demás programas de atención médica. Cuando me ha tocado llegar a un país y ver que tal programa existe, con ese u otro nombre, pero bajo la idea de ser atención primaria, comienzo por dudar mucho

que se trate de una verdadera atención primaria. Es luego fácil el descubrir que se trata, por lo general, de un programa pequeño y con misérrimo presupuesto, dirigido verticalmente desde los niveles centrales, con atenciones muy elementales y hasta primitivas, y destinados a áreas deprimidas y poblaciones pobres (tanto rurales como periurbanas). Por ser así, esos programas especiales coexisten paralelamente con servicios y programas tradicionales médico-reparativos que se llevan la casi totalidad de los recursos presupuestarios disponibles.

- No es el nivel más periférico de un sistema de atención médica sectorial o institucional que depende de otros niveles tradicionales. Esta forma se combina muchas veces con la anterior.
- No es un servicio de paraprofesionales o auxiliares que pueden proporcionar algo más parecido a primeros auxilios o una atención muy elemental, conservando todas las características del sistema tradicional.
- No es un paquete de actividades mínimas que se dan más con carácter de limosna que de respuesta a un derecho de las poblaciones pobres. Esta aproximación ha sido difundida por algunas agencias cooperantes internacionales y, por supuesto, aceptadas por autoridades nacionales que se resisten a asumir de verdad las implicancias de desarrollar una genuina atención primaria de la salud.
- No es una denominación de servicios reparativos tradicionales que están en la periferia de un sistema tradicional centralizado.

LO QUE SÍ ES ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ahora es más fácil ir a lo que sí es la atención primaria. También la lista sería larga y siempre incompleta, pero vamos a consignar aquí algunas de las cosas más importantes:

- Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud - hoy por lo menos se habla de determinantes sociales - de poder alcanzar la meta social y política de salud para todos. Se origina en la necesidad y urgencia moral de reducir las inequidades, la falta de solidaridad humana y las injusticias sociales en el cuidado de la salud de todos. Atención primaria debe ser un cuidado

integral, sin discriminaciones y como un derecho de los pueblos.

- Es una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta todos sus niveles. Desde los más sofisticados y complejos - institutos de alta investigación - hasta los más simples, porque considera a la salud como un aspecto del bienestar social en el cual son muchos y diversos los factores que la afectan, condicionan y determinan. Además de los elementos indicados en puntos anteriores, hay que considerar aquellos de naturaleza no material, tales como derechos humanos, libertades ciudadanas, posibilidades de desarrollo espiritual y estético, ausencia de temor, satisfacción por la realización social y personal, etc. Es en esos términos que Andrija Stampar fundamentó la definición de salud de la Constitución de la OMS hace más de setenta años (Conferencia de San Francisco) ⁽²⁾.
- Es un proceso social eminentemente participativo, a través del cual los proveedores de servicios "devuelven" a la propia población la responsabilidad primaria del cuidado de su salud personal y colectiva. La población deja de ser "paciente pasivo" que nada debe saber de su salud, porque ello es considerado como patrimonio exclusivo y excluyente de profesionales o auxiliares de los servicios tradicionales. Hoy se habla de "cuidado integral de la salud para todos y por todos".
- Es un proceso social y político - en el verdadero sentido de la palabra "política", en el cual las decisiones están en manos de la propia población, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones. En este proceso, los elementos educativo e informativo son esenciales, más aun cuando el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la comunicación social puede ser un vehículo "eficaz" de información y no solo de desinformación o manipulación. Así como las técnicas modernas de mercadeo nos condicionan a comprar lo que no necesitamos, y a aspirar a lo que no podemos alcanzar, ellas pueden ser bien utilizadas en beneficio real de las personas y las colectividades.
- Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano, pues sus grandes principios no son exclusivos para el campo de la salud. Ellos son: la efectiva descentralización - entendida como una transferencia efectiva y no revocable de poder político para tomar decisiones, asignar y utilizar

recursos; la genuina participación - no manipulada ni dirigida por decisiones predeterminadas en otros niveles -; la acción multisectorial y transdisciplinaria, entendida en su totalidad como "políticas públicas de Estado" y no solo de un sector o un ministerio; la selección, adecuación y buen uso de lo más avanzado de la ciencia y la tecnología, conforme a las disponibilidades financieras, económicas y de recursos humanos, y, a la vez, con un sentido profundamente social de equidad y justicia social, y la concepción de que todo este proceso social es efectivamente un proceso político.

EL GRAN MÉRITO DE ALMA-ATA

El gran mérito de los planteamientos sustantivos de la meta social de "Salud para todos" y de la mal traducida "atención primaria de salud" fue, precisamente, el haber constituido una interpretación y una respuesta a lo que históricamente se venía produciendo y se proyectaba para el fin del siglo XX y el nuevo milenio que hoy vivimos.

Específicamente en el campo de la salud, fenómenos diversos mostraban una crisis al parecer inevitable. Baste mencionar solo tres de ellos, estrechamente interrelacionados: el primero es referente a los costos geoméricamente crecientes de la forma tradicional o flexneriana de responder a los problemas de la salud -identificación errónea de enfermedad con salud y "medicalización" y "medicamentación" de las acciones-. El segundo lo constituye la disminución cada vez mayor de los recursos financieros y económicos para la "atención médica reparativa de las enfermedades" por los costos geoméricamente recientes de los medicamentos y los instrumentos auxiliares de diagnóstico complementario y marginal - para gran ganancia de las industrias respectivas

(recordar el Informe Clinton en EE. UU.). Por último, no se debe dejar de mencionar la reducción creciente de las coberturas por los servicios médicos - mayormente reparativos -, con el consiguiente incremento de los grupos de población condenados al abandono a pesar de ser los más necesitados.

Todo ello contribuyó a profundizar manifiestamente las desigualdades e injusticias sociales: la deuda interna que no se quiere pagar.

Más aun, la Conferencia de Alma-Ata permitió también reconocer algo que por obvio a veces no se explicita: que la salud era una muy compleja realidad social, condicionada, determinada y resultante de muchos factores, la mayoría de los cuales escapaban al control directo del reducido ámbito de los llamados "sector salud" y de los tradicionales "ministerios de salud". Se pudo reconocer, sin dudas, que el empleo, las condiciones de contextos ambientales, ecológicos, culturales, sociales y políticos, el poder adquisitivo de los ingresos familiares, la disponibilidad y adecuado uso de alimentos, el acceso al agua potable, la disposición sanitaria de excretas y basuras, y otros elementos de saneamiento básico, los niveles y contenidos de la educación, las condiciones de vivienda, etc., eran tanto o más importantes que los hospitales, los centros y puestos de salud, los médicos y otros profesionales, técnicos y auxiliares.

La urgencia de reducir las inequidades, tanto sociales como de salud, persiste hasta nuestros días. La atención primaria como medio de lograr la salud para todos sigue siendo una opción vigente, pero concebida como se ha descrito en el presente documento, incluyendo en el proceso los factores económicos, científicos, sociales y políticos necesarios, los cuales tienen fundamentales implicancias en cualquier ámbito o sector económico o social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Declaration of Alma Ata [Internet]. Geneva: WHO; c2013 [citado el 12 febrero del 2013]. Disponible en: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
2. Tejada de Rivero DA. *Alma-Ata: 25 años después*. Revista Perspectivas de Salud. OPS. 2003;8(2)3-7.
3. Syme LS, Balfour JL. Social Determinants of Disease. In: Wallace RB, Doebbeling BN, Editors. Mazey-Rosenau- Last Public Health Reader. Chapter 42. Appleton & Lange: Stamford; 1998. p. 795-810.