

## Alma Ata-2008, recuerdo y proyección, 30 años después\* remembrance and projection, after 30 years

**Dr. Claudio Sepúlveda Álvarez.** MD. MPH. BSc.(Anthr.) ex Jefe, Planificación y Presp, MinSal. Chile; ex Jefe de Proyectos, OMS-SE.Asia; ex Representante UNICEF-Turquía; ex Director Reg. Adjunto, UNICEF-Américas; participante en Alma Ata'78.

**\*Texto modificado de las conferencias invitadas en:**

- V Congreso Nacional de Médicos de Atención Primaria, Viña, 4-6.IX. 2008

- X Congreso de Medicina Familiar, Santiago, 16-17.X. 2008

### RESUMEN

---

A 30 años de Alma Ata, su origen, diseño y conceptualización aparecen desdibujados por una práctica necesariamente heterogénea en el tiempo y en la ecúmene. Su valor, perfectamente válido hoy, como fuente de inspiración para alcanzar mejores *niveles de salud*, -y no necesariamente como expresión de *mayor gasto en salud*-, requieren reconsiderar sus condiciones de emergencia y la conceptualización básica que la orientó: **organización comunitaria + conocimiento técnico de salud**.

He aquí el testimonio personal de un chileno, participante y educador, -a escala global, por casi diez años-, de aquella estrategia.

---

**Palabras clave:** *Alma Ata, comunidad, participación, solidaridad, necesidad, demanda, tecnología base, interfase, agente comunitario, consejos locales, nivel de salud, ciclo histórico; UN-OMS-UNICEF.*

---

### ABSTRACT

---

Thirty years later, the sources, design and concepts of the Alma Ata approach remain in the twilight of a necessarily heterogeneous praxis, time and space-wise. Its inspirational value, perfectly valid today, to reach better **health levels**, -and not necessarily as expression of *enhanced health expenditure*-, call for reconsideration of its basic concepts and the conditions of its emergence: **community organization + health technical knowledge**.

This is the personal testimony of a Chilean practitioner, participant and subsequent educator, -at global level, for more than ten years-, of the Alma Ata strategy.

---

**Key words:** *Alma Ata, community, participation, solidarity, needs, demand, basic technology, interface community health agent, local health councils, health levels, historical cycle; UN-WHO-UNICEF*

---

### PREÁMBULO

A 30 años de su celebración, **ALMA-ATA** sigue siendo antorcha del imaginario y la práctica de Salud Pública al iniciarse el siglo XXI. A pesar de su ya obvia madurez, y de una larga práctica

que antecede a la Conferencia misma, -aserto que se explicará más adelante-, la comprensión del paradigma de Alma Ata es relativamente desconocido, en especial en países que, en aquel momento, poseían una concepción societal abiertamente contraria, como fue el caso del Chile

dictatorial de la época. Chile estuvo al margen institucional, -aún cuando hubo delegación que lo representó-, pero no al margen conceptual de lo que, en castellano, se llama 'atención primaria', un *glissando* semántico del inglés 'primary care', que significa 'cuidado' primario, *cuidado* que empieza como propio, -auto-cuidado-, la *atención* siempre requiere un tercero, en especial en términos colectivos. Este testigo, sin embargo, formaba parte de la delegación de UNICEF, no de su país natal.

Como intento de recuperar ambiente y motivación de aquel evento, es útil revisar algunos aspectos contextuales que ayudaron a conformar la convocatoria y la realización de la Conferencia: las instancias sociales pierden a menudo, en la comonalidad de su generalización, la individualidad de los actores que los hacen posible. **Alma-Ata**, topónimo que transforma su significado, -por el mecanismo semántico de *glissando* llamado *sinécdoque*-, para denotar 'una cierta visión de la salud', es sólo posible, y comprensible, por su posición en un momento dado de la acción humana general, y de los valores éticos que la acompañaban (ojalá pudiese decirse, 'que la acompañan').

## 1. El entorno post-Guerra Mundial:

- Los 'ciclos' de la Historia;
- el paradigma internacional: derechos, la cooperación técnica,-TCDC-, y la guerra fría.
- NU y OMS; otros organismos
- El enfoque de servicios básicos: ILO, UNICEF ...OMS

El enfoque liberal de la sociedad, desde Adam Smith en adelante, ha postulado la existencia ineludible de ciclos económicos cuya solución no es necesariamente un cambio en espiral como lo postularían, después de él, Marx y Engels. Spengler, en su '*Decadencia de Occidente*' lleva la tesis al conjunto de la evolución sociocultural, mostrando cómo sociedades 'modernas' han, de hecho, re-creado paradigmas anteriores. Puede decirse que esta *bipolaridad* de los ciclos se

manifiesta con claridad a lo largo de los últimos doscientos años:

- al absolutismo expansionista del siglo XVIII, seguirá la Revolución Francesa, seguida por,
- la Restauración y apogeo de los imperialismos mercantiles, (británico, francés, japonés, ruso, el intento alemán), 'globalización' a su vez seguida de
- la Revolución Soviética, -considerada paso inicial de la revolución mundial por sus creadores, hasta que Stalin la declarase 'en un solo país'-, a la cual sucederá,
- el fascismo ítalo-nipo-alemán y la catástrofe brutal de la II Guerra Mundial que, -aspecto poco destacado por los analistas-,

había obligado a una estrategia de *sustitución de importaciones* y desarrollo de los *mercados nacionales internos*, dada la conversión de las economías centrales a la industria bélica, y la consiguiente imposibilidad de abastecer la periferia, amén de la inseguridad de las rutas oceánicas, amenazadas por los submarinos alemanes. La transferencia de tecnología, -en Chile, el acero, p.ej.-, había sido obligatoria y un símil de 'igualdad' productiva, -de 'auto-cuidado', si se quiere-, estaba en desarrollo, en lugar de la consabida 'división internacional de la producción'. Curiosamente, como lo han destacado ciertos analistas (1), China ha revivido ahora esta estrategia con su 'paquete' de estímulo 'internOo' para sobrellevar los efectos de la actual crisis financiera internacional, aún si, en verdad, tal estrategia ha sido permanente para el gigante asiático.

Así, al desenlace de la conflagración mundial referida, se hizo patente un resurgir anti-cíclico, una 'ventana de oportunidad', de **solidaridad humana**, aún si, desde el principio, estuviese teñido de resabios de Imperio y re-apertura de los frentes que devinieron en Guerra Fría. Tal solidaridad se manifestó en la creación de las Naciones Unidas, en sus múltiples dimensiones: política, financiera, de seguridad militar, y de cooperación técnica sectorial.

Para ejecutar este mandato global, -ésta sí que fue 'globalización' en su sentido original-, se sumaron, o crearon, los distintos organismos sectoriales, -PNUD (sucediendo al 'Punto IV' de la doctrina Truman), OMS, UNIDO, instituciones de Bretton Woods (Fondo Monetario, Banco Mundial), UNESCO, FAO. Como lo fue, también, el Plan Marshall, liderando el camino financiero, -aunque USA sabía que el esfuerzo de reconstrucción no podía ser sólo de ellos-. UNICEF, -debe destacarse-, fue creado como un Programa de Alimentación Infantil para la recuperación de Europa y el Japón devastados; su misión por la Infancia mundial se consolida sólo en la década de los '50, como un Fondo capaz de entregar micro-capital financiero, a diferencia de organizaciones como OMS cuya base era la asistencia técnica. Se crearon además, ramas regionales, de las cuales la CEPAL, -y su teoría del capitalismo centro-dependiente-, es la mejor conocida en América Latina y el Caribe.

A diferencia de la anterior Sociedad de Naciones, la novedad de estos enormes esfuerzos, era un deseo internacional, aparentemente genuino que, para evitar futuras conflagraciones, era necesario homogeneizar las capacidades societales, en particular a través de compartir el acervo tecnológico disponible, a lo largo y ancho del mundo: globalización de verdad, más allá del mero capital bursátil.

La cooperación técnica en las ramas productivas, minería, industria, energía, etc. se apoyaba en principios tecnológicos claros, de ingeniería compleja, pero de ejecución precisa, mientras que los gigantes multinacionales y sus imperativos monopólicos se encontraban aún en ciernes: el mundo se concebía como un espacio de competencia leal, que la retórica comercial aún mantiene. La cooperación técnica, devenida en TCDC (*Technical cooperation; developing countries*), fue la estrategia adoptada.

Sin embargo, en el terreno de los servicios sociales y la satisfacción de necesidades humanas, el problema era otro, mediado por esa dimensión

llamada cultura, imposible de reducir a parámetros matemáticos. Se requeriría toda una década para poner a punto lo que se llamó el 'enfoque de Servicios Básicos' (2) que, curiosamente, habría de salir del área de conexión entre producción, de lo que se conocía 'en concreto', a lo que se avizoraba, los servicios. El primer enfoque, -'Basic Needs' (3) (necesidades)-, fue preparado al abrigo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): empleo, trabajo y seguridad social fueron su motor. La literatura del 'desarrollo' de esos años se cubrió de 'Planes Decenales de desarrollo', y de artículos que así lo destacaban. UNICEF será la primera en expandir el paradigma a un 'paquete de servicios' para satisfacer tales necesidades: '*Basic needs*' se complementa con '*Basic services*' (4), inaugurando la asistencia conjugada en agua potable, alcantarillado, suplemento alimentario, organización comunitaria de la mujer, etc....

Estando la salud de la Infancia y de la Mujer indisolublemente unidas a la salud total, la ligazón con OMS desarrollará una versión de 'Servicios Básicos de Salud' (5), enfoque aún operativo a principios de la década de los '70. Quienes iniciaban esfuerzos en Salud Pública bajo el Gobierno Allende vieron así consolidarse varios programas, -incluso con ese nombre-, para el área rural.

Aún así, Necesidades y Servicios Básicos eran un enfoque de 'arriba hacia abajo': la población misma era *objeto*, no *sujeto* de tal esfuerzo, excluida de la formulación de estrategias nacionales e internacionales en su favor. No obstante, -como siempre-, la población, las comunidades, las personas, continuaban su cotidiana tarea de satisfacer esas necesidades, -normales y patogénicas-, dimensión colectiva del reflejo compensador presente a nivel de organismo biológico. Surgieron así los Médicos descalzos en China, Sarvodaya en Sri Lanka, Saemaul Undong, en Korea; Chimaltenango, -el hospital de tecnología mixta-, en Guatemala, etc..., instituciones que contribuían cada día, en aquellas zonas donde los servicios formales no llegaban; se las discutirá, en su esencia, más abajo.

Será el mérito de Halfdan Mahler (6), un danés, y su brazo derecho David Tejada, (7) un peruano formado en Chile, -ex-Ministro de un Gobierno Militar de izquierda, donde la participación popular se organizaba en torno a un movimiento llamado SIN AMOS-, así como de Henri Labouisse en UNICEF, decidir que el esfuerzo cotidiano de la gente común del mundo, era tan valiosa como la tecnología, y requería ser recopilada, generalizada, abstrayendo los rasgos comunes que podrían sustentar un movimiento mundial: la Salud para Todos, en el año 2000. A 20 años plazo, parecía posible.

El primer hito fue Alma Ata 1978, siguieron otros muchos, entre ellos, Brioni-1984.

## 2. Alma-Ata. Dónde? Por qué?

1978 es todavía un mundo bi-polar, aunque diferente de la polaridad diacrónica descrita; ésta es una polaridad fotográfica, del presente, de 'campos': 'socialista-real', y de 'mercado-democrática'. Es probable que ambas denominaciones traicionen sus raíces semánticas. Por lo demás, tales campos no eran homogéneos: mientras Occidente-democrático se alistaba bajo el liderazgo estadounidense pero con un Japón y una Europa que buscan competir, el 'campo' socialista se divide entre soviets y comunas maoístas: Unión Soviética y RP China, fuerte centralización estatista, frente a una versión semi-descentralizada de una nación empobrecida que avizoraba ya los mil millones de habitantes. Habrá competencia entre los últimos por imponer su visión, de la cual, obtener la sede es ya un primer paso de ventaja: 'una pica en Flandes'.

Debe decirse: la solidaridad humana es un atributo socializante, de inter-relación. El enfoque de necesidades/servicios básicos es ya un triunfo de la solidaridad, un paso al lado de la sociedad de mercado, aunque sea en sí misma insuficiente para mejorar la condición humana. En el campo de las economías/sociedades de mercado, sólo una personalidad como Edward

Kennedy, -sostenedor y asistente a Alma Ata-, podía comprender y dar su apoyo a tal iniciativa que, de suyo, debía tener como escenario un país que defendiese tal posición. El compromiso organizativo era importante, las capacidades de puesta en ejecución de los estados candidatos, muy diferente.

### 2.1 La sede del debate.

Al final, -excedentes en rublos no-convertibles, una de las razones 'de peso'-, fue la ex-URSS la que predominó, escogiéndose como sitio de la Conferencia, -no su capital, Moscú, industrializada y 'desarrollada'-, sino Alma Ata, una ciudad a escala de desarrollo, en Kasakhstan, -hoy de unos 50 millones de habitantes, en que los kasakhs son ya más numerosos que los rusos-, en aquél entonces de predominio rural y similar proporción étnica.

Alma Ata, la ciudad, fue diseñada y construída poco después de la Revolución Rusa, en la década de los '30 en adelante: moderna, simétrica, menos de un millón de habitantes al momento de la Conferencia. Para hablar de *participación y solidaridad*, el marco era 'humano', aún cuando el teatro que acogiera los más de 3000 asistentes a la Conferencia, -sin columnas intermedias-, era ya ejemplo futurista de la arquitectura por venir.

### 2.2 La organización del debate

Los trabajos de la Conferencia tuvieron tres ejes principales: la Declaración (8), proclama al mundo del deseo de sus pueblos para alcanzar salud, los Estudios de caso, -condensados en un pequeño volumen (9-10), hoy poco conocido-, que le habían dado origen al abstraer las condiciones y regularidades observadas en las iniciativas comunitarias, y las ponencias de país, preparadas *ad-hoc*.

Algunas iniciativas para desarrollo posterior, como el Seminario Asiático de APS (PHC) (11), -cuyo diseño fuera preparado en Bangkok, por un grupo interagencial bajo la coordinación de este autor-, fueron allí presentadas en búsqueda

de financiamiento y patrocinio, y aprobados por UNICEF y OMS.

Las sesiones cotidianas fueron complementadas con presentaciones artísticas vespertinas de gran belleza, y un fin de semana turístico a las Repúblicas aledañas, Kirguizia y Tadjikistan, antes de retomar el rumbo de regreso que, por cierto, había de pasar por Moscú. En el caso de este participante, curiosa ruta de más de quince horas de vuelo al oeste, desde Bangkok pasando por París, antes de volverse hacia el Este para llegar a Alma Ata; alcanzarla desde Bangkok (sede personal de aquél entonces), podría haberse hecho vía Delhi, -situada a casi la misma longitud-, en vuelo de algo más de una hora, reduciendo así la duración a menos de cinco horas. Igual regreso.

La solidaridad interrelacionada que impregna todo el proceso de Alma Ata es en sí, una mini-declaración de principios, precursora se quisiera, de un Nuevo Orden Internacional (expresión en uso a fines del siglo XX, hoy *démodé*, a favor de la expresión '*globalización*', aún más arcaica si cabe).

Junto a los esfuerzos de puesta en marcha de 'Alma Ata' en el mundo, los Estados Unidos, -campeones del individualismo-, no podían rendir su propio enfoque y se jugarán por 'la salud administrada', los *servicios* transformados en *productos*, empaquetados y mercadeados como tales, sin necesaria relación con el objetivo final, salud. El Banco Mundial, -donde el voto se pondera por aporte de capital, los USA detentando el 25%-, fue el vehículo escogido para hacer debutar en la escena mundial el enfoque alternativo, con el 'Informe de política de salud' de 1980 (12), dos años después. Hasta entonces, los préstamos del Banco eran para producción 'dura', no para servicios: surgirá el concepto de 'capital humano', con préstamos de interés más bajo. Como resultado, dominará la escena financiera de la salud con rapidez, alcanzando en la década de los '90, desde Indonesia y Turquía, a Colombia, con fracasos rotundos como la 'Ley 100', en éste

último. ISAPRES y AUGE chilenos se inscriben en tal línea conceptual.

Así, la 'ventana de oportunidad', abierta a la solidaridad después de la II Guerra Mundial, se habrá nuevamente cerrado: otra vuelta del ciclo, esta vez al individualismo bélico que se expresa hoy en el mundo: no somos, de nuevo, todos iguales: hay sociedades 'del mal', desigualdad 'estructural' ... y división internacional... de todo.

En apariencia enfoques más o enfoques menos, el debate 'Alma Ata' es el debate por la motivación primordial humana: solidaridad o individualismo, satisfacción de la necesidad o lucro. Ello requiere un breve resumen de la conceptualización en uso.

### 3. Qué es salud... de las personas, de la población, la familia: quien es responsable por ella?

- La definición OMS, y el sistema en 'equilibrio' inestable
- **Necesidades humanas:** sociales e individuales, moduladas por el ciclo vital;
  - ▶ **servicios** para su atención
    - normalidad y su mantención: **promoción y prevención**
    - Quiebre /enfermedad: necesidades patogénicas;
      - recuperación y rehabilitación, secuelas**
  - ▶ **Derechos:** las necesidades 'empoderadas', y la demanda social
  - ▶ 'Deseos' (Wants) y la irrupción del mercado: demanda innecesaria, demanda económica

Para entender APS y Alma Ata, hay que volver a los fundamentos conceptuales de la salud, por siglos dependiente de la idea de enfermedad, a la que hoy parece haberse regresado. Por lo demás, la salud no debe reificarse, en sentido filosófico: siempre lo es de 'alguien', en particular de una *persona* o de una *comunidad*, no debe fragmentarse, -a un órgano, p.ej.-, como sucede con frecuencia. La OMS da una definición generosa pero estática y teórica, mientras la oscilación 'estímulo-respuesta' que define la vida se desequilibra a cada momento, con mecanismos fisiológicos que auto-compensan, ya que la

**necesidad**, -definida como evitación del daño-, gatilla respuesta corporal automática. Se requiere así **conocer** sobre la salud, al menos *personal*, para poder **re-conocer** la falla compensatoria, y requerir apoyo, esto es servicios. La estructura del servicio es así *dependiente* de la necesidad y la tecnología disponibles: sus componentes NO son arbitrarios.

Si la ecuación necesidad-servicio es *adecuada*, la asignación de un paquete *proporcional* y equivalente de recursos 'instrumentales', será eficiente, cognoscible, y pasible de planificar. Si es *inadecuada*, produce exclusión, proliferación de 'actos de atención' y de servicios 'alternativos', incremento de costos, salud a varias velocidades, sustitución de 'otras' necesidades humanas, sufrimiento y muerte inoportunos, pobreza generalizada por *default*: el gasto en 'salud', -esto es en 'actos de atención' sin efectividad propia-, se lo lleva todo,... aunque se pueden inventar los seguros catastróficos... para algunos.

Se olvida a menudo que la enfermedad multiplica necesidades, -agregando otras, *diferentes*, que pueden llamarse pato-genéticas -, que requieren *servicios* también diferentes, cuyos *componentes* de diagnóstico y terapéutica separa el enfoque por acto, en particular de medicamentos esenciales, de los cuales Chile fuera pionero. Debe acentuarse la 'unicidad de servicio', diagnóstico y terapéutico a la vez, esto es, de cumplimiento o satisfacción de la necesidad-objetivo; las tareas intermedias múltiples son ineficientes e ineficaces, abultando artificialmente recursos y gasto.

El 'derecho' a la salud, es derecho a tales servicios, de donde toda pre-'especificación' es una exclusión que, en la práctica, limita tal derecho, puesto que el tipo de desequilibrio es, por definición, desconocido y más allá de la voluntad de quien lo sufre; las posibilidades de restricción son varias, el AUGE de Chile sólo una de ellas, quizá la más discriminatoria.

Por otra parte, la sociedad de mercado introduce, constante y conscientemente, el 'deseo' ('want')

por alternativas, obedezcan o no a la 'necesidad', generando un aumento continuo y 'visceral', quizá geométrico, de la demanda, por sumatoria 'necesidad + deseo', frente a una oferta de servicios de crecimiento aritmético y sujeto a disponibilidad inelástica de recursos, lo que lleva a una asimetría perenne entre demanda y disponibilidad de servicios. Sólo una población demandante cuyo conocimiento de salud es incremental e integral, aunque no especializado, puede regular tal explosión de demanda.

El crecimiento, así indiscriminado, de recursos requeridos para los servicios de salud, lleva a las sociedades a mecanismos de contención de la asimetría que, guiados por un 'mercado' ignorante de la naturaleza de la salud, se traduce en presiones institucionales que discriminan en diversas formas, en contra de la población. La naturaleza del Estado, -regulador y re-distribuidor de riqueza, o concentrador y facilitador de la inequidad-, determinará el tipo de políticas públicas que se adopte.

Este panorama es la esencia de la **APS** y, en verdad, de la Salud Pública toda: **necesidades, servicios, demanda, recursos, cobertura, accesibilidad, oportunidad, eficacia y eficiencia. Participación, solidaridad y satisfacción** son su garantía.

#### 4. Qué fue y qué pretendía resolver Alma Ata-1978?

- La atención de salud de la población, las personas, la familia.
  - ▶ Los estudios de caso
  - ▶ La posición de Chile
- La disponibilidad de recursos
- La solvencia cultural
- Elementos *sine qua non*

##### 4.1 Qué es salud.

Si el 'equilibrio inestable' del organismo humano con su ambiente, pasa por fases intermedias de compensación fisiológica inmediata que impiden la enfermedad, ésa es la fase de mayor importancia para la promoción y prevención; Se mide en

miles de episodios, donde la enfermedad alcanza cientos.

Sin formación suficiente, la población reconoce el 'ataque', brutal e inesperado, pero no reconoce, ni podrá distinguir entre el episodio repetitivo e insidioso, precursor de un mal crónico, del episodio fugaz y sin importancia; consultará o no, según la 'idiosincracia', -para evitar explayarse en factores culturales-, mercadeo, 'consejos de amigo', etc... La comunidad médica no se interesará en tales 'síntomas', o degradará el diagnóstico de enfermedad, -reificando el síntoma-, a la búsqueda de un 'indicador' que permita 'colgar' una hipótesis más o menos coherente: ambas conductas multiplicarán de modo exponencial la demanda de 'actos de atención' y, con ellos, costos, inadecuación, insatisfacción, el ciclo insondable que rodea los espacios y las reflexiones del sector salud. NO hay estadísticas de tales desequilibrios; los salubristas nunca desarrollaron una 'tasa de morbilidad general', como la hay de 'mortalidad general'. Sus fuentes serían por siempre incompletas, es verdad, pero orientarían sobre el perfil de la 'salud en equilibrio', en lugar de sólo tener perfiles de su grado final, 'la enfermedad'. Nadie sabe cuál es el perfil de desequilibrio, o si aquél de 'consumo de medicamentos' le corresponde o no. Chile se medica más que el resto de América latina; nadie sabe si ello es útil, aunque sí se sabe que el mercado farmacéutico es el, o uno de los, más pujantes.

Satisfacer íntegramente tal percepción de desequilibrio, -demanda eventual-, requeriría el equivalente de una población entera, sustentándose a sí misma: las necesidades *normales* son así de numerosas, urgentes y continuas, a cuidar cada día, como una planta: el desequilibrio las multiplica.

Es para cuidar esa 'planta' que surge el concepto de **APS** como **inter-fase entre comunidad y comunidad técnica de salud**, cuya acción conjunta puede cubrir todo el espectro de atención salud-enfermedad. Esa interfase conjunta es

la Atención Primaria; no lo es una u otra por separado.

#### 4.2 Los estudios de caso pre-Alma Ata:

Los 10 estudios de caso seleccionados por OMS/UNICEF, en países diferentes, mostraron a **la comunidad poblacional** como agente principal de salud, no a la **comunidad técnica** de profesionales, y que tal comunidad poblacional se expresaba a través de capacidad **propia de decisión**, y de algún **rol comunitario** surgido de sus propias filas, apreciado, cognoscente, comprometido de por vida, esto es sin objetivo explícito de *llegar, servir, y partir*. A menudo eran *voluntarios*, pero ésta no era condición indispensable, ni deseable, como se vería en su momento.

Los estudios (9-10) más significativos, en volumen y complejidad eran China y Tanzania; de menor cobertura, los de Bangladesh e India (2 estudios). América Latina estuvo representada por la 'Medicina simplificada' de Venezuela, y el emergente sistema de salud de Cuba que, al triunfo de la revolución había quedado con sólo un par de cientos de médicos para una población de 5 millones de habitantes; sus óptimos resultados son hoy conocidos en el mundo, sea cual sea la opinión que se tenga sobre el modelo social que representa. Completaban la documentación Yugoeslavia, Niger, y Nigeria.

Si hubiera de repetirse, estos estudios no serían ya representativos del actual quehacer comunitario en salud alrededor del mundo. Pero lo importante es que 'Alma Ata' no fue un producto 'técnico' concebido por expertos, sino la destilación de la experiencia cotidiana de cientos de miles de ciudadanos alrededor del mundo, para auto-responder a necesidades que la tecnología y la sociedad eran incapaces de ofrecerles. La praxis precedió a la teoría de APS; no al revés.

#### 4.3 La contribución de Chile

En Alma Ata, la presentación de Chile nunca llegó a escucharse, aunque se la incluyó en un enorme

volumen, de escasa circulación, que recopilaba todas las presentaciones de más de cien países. A cinco años del golpe militar, lo que Chile tenía que decir era poco y reciente, sin relación con la ideología de solidaridad y servicio, básico o comunitario. Los avances previos al fratricidio nacional no podían invocarse, ya que significaba hacer la apología de lo destruido.

Y Chile habría tenido bastante que contar, aún si su enfoque estaba más cercano de la institucionalidad estatal, que de la participación comunitaria: **auxiliares de enfermería, médicos [luego profesionales] generales de zona, regionalización de la red asistencial, medicamentos esenciales, servicios priorizados, racionalidad de costos, una ética médico-sanitaria solidaria, planificación** basada en necesidades y ciclo vital (1971), se contaban entre los factores que Chile había desarrollado con éxito. y que son los que explican, aún hoy, el comparativo buen nivel de salud de la población, pero que aumentan ahora desmesuradamente en costo, y cuya oportunidad y accesibilidad eficaz declinan.

## 5. Qué debe entenderse por 'atención primaria de salud'

- Los principios de APS
- Los factores técnicos de apoyo
  - ▶ Las aplicaciones parciales derivadas:
    - GOBI-FFF
    - La visión factorial actual

Los estudios de base y la experiencia disponible al momento de la Conferencia de Alma Ata coincidían en discernir que la esencia de APS era la inter-fase entre los servicios formales de salud y aquéllos que las comunidades auto-desarrollaban con sus propios recursos humanos y financieros. No obstante, como todo punto sináptico, éste puede ser enfocado desde ambos lados. Es lo que sucedió en la Conferencia misma, incluyendo a los Estados que la promovían: China y sus 'médicos descalzos' tenía un enfoque que, sin ser estrictamente comunitario, partía de la base de las estructuras integradas de producción; la ex-

URSS, en cambio, lo hacía desde una perspectiva institucional, -un servicio básico periférico-, en que el *feldsher*, o médico-práctico de corta formación, era el eje central. Esta manera de enfocar la **inter-fase comunidad/comunidad técnica** ha sido raramente alcanzada en parte alguna, -quizá Tailandia sea una excepción-, y ha permeado la definición de los sistemas específicos de país.

El segundo punto de confrontación paradigmática fue la definición de los llamados '8 componentes sustantivos' (9), emanados de líneas tecno-programáticas tradicionales (p-ej., atención materno-infantil, agua y saneamiento, etc. y que, en estricta justicia sumaban 11 componentes), y los llamados factores de apoyo, o logísticos, entre los cuales se contaban la participación comunitaria, los agentes comunitarios de salud, la inter-sectorialidad, la integración en red asistencial, fuentes de co-financiamiento, etc. y que, de alguna manera, repetían el argumento de institucionalidad vs. comunidad desde otro ángulo. Priorizar lo 'sustantivo', y olvidar lo 'logístico', fue la marca posterior de las tendencias reduccionistas de este enfoque integral; al aplicarse, destruían el enfoque.

Dado el reconocimiento de inter-sectorialidad causal y de acción correctora, p.ej en malaria, enfermedades transmitidas por agua, etc..., hubo de llegarse a una síntesis que, -en los Seminarios Asiáticos de APC, conjuntos OMS-UNICEF, que se iniciaran en Bangkok ya en Octubre de 1978 (13) (hasta 1984 bajo dirección y co-diseño de este expositor)-, se resumían en la expresión

"organización comunitaria + conocimiento técnico"

*dictum* que puede tener elaboraciones diferenciadas de cada término dependiendo de condiciones locales. Por ejemplo, en el *Saemaul Undong* ('Nueva Aldea') de Korea-, incluían un claro componente extrasectorial, en que a los agentes comunitarios de salud..., -surgidos de la desmovilización del ejército coreano-, se unían los materiales de construcción (cemento),



dejados por el ejército norte-americano al reducir su presencia a las bases que existen aún hoy. El movimiento clasificaba año a año, a todas las comunidades y aldeas koreanas, dotándose de un Instituto Nacional de Saemaul en el cual debían graduarse todos los dirigentes del Estado, incluido el Presidente de la República. El efecto-demonstración de tal sistema hizo que en diez a quince años todas las comunidades alcanzasen el nivel máximo determinado a nivel nacional. Poca referencia hacen el PBI pc. o los estudios del crecimiento del capital koreano de lo que fue, -y tal vez aún es-, la participación comunitaria en los resultados de desarrollo exhibidos por uno de los 'tigres asiáticos', en poco más de una generación.

Por otra parte, la corriente institucionalizante de APS concentró sus esfuerzos en el diseño de paquetes técnicos, estilo '8 componentes', con resultados variables. La expresión más completa fue la tendencia apoyada por UNICEF llamada **GOBI** (crecimiento, rehidratación oral, leche materna e inmunización) que, al correr de los años hubo de incorporar otros servicios, -las **fff** (seguridad alimentaria, control de natalidad, etc...)-, que terminaron dándole 7 componentes, casi los 8 del diseño inicial. No obstante, con el paso del tiempo, la integralidad del concepto hubo de expandirse de nuevo, llevando a la Revolución por la Sobrevivencia Infantil (**CSDR**), cuya ejecución sería sustituida a principios de los años 2000, por lo que se llama los 'Derechos del Niño'. Tales enfoques partían por definición, de una reducción a la población menor de 14 años, como le correspondía a UNICEF.

**OMS**, por su parte puso el énfasis en los Mecanismo de Manejo Administrativo (14), persiguiendo por años un proceso de robustecimiento de las estructuras planificadoras y de presupuesto a nivel nacional. La emergencia del SIDA, la Gripe asiática, el recrudecimiento de ciertas enfermedades transmisibles, etc... llevaron *de facto* a una re-verticalización de los esquemas de asistencia técnica, -creando incluso otra organización para el [ONU] **SIDA**-, aun cuando el

apoyo 'doctrinario' a los principios de Alma Ata ha continuado. La versión actual de OPS, para las Américas, incluye una dimensión técnica de 27 componentes.

En tal contexto, los 56 componentes del AUGE no son sino una expresión máxima de esta vertiente, desconociendo los componentes de participación comunitaria mencionados..

## 6. Salud-2000, organización y desarrollo de la Atención Primaria de salud.

- Coloquios de 'Liderazgo en Salud'. Brioni, 1984 y años subsiguientes.
- Seminarios Asiáticos de APS en Bangkok, 1978-84.
- Las Conferencias Regionales de APS

A pesar del consenso sobre el rol pre-eminentemente de la comunidad en APS, las organizaciones de cooperación técnica, -OMS y UNICEF-, entendían que sin el apoyo de los líderes políticos, tal estrategia no tendría aceptación suficiente para ser adoptada y puesta en operación de cobertura significativa. Ello llevó a la organización y convocatoria, desde 1984, de los Coloquios de Liderazgo, en Brioni, para equipos Ministeriales intersectoriales, por país, con acento en Ministros de Finanzas. Su duración de tres semanas dificultó la permanencia continua de Ministros, lo que se tradujo en asistencia parcial y reemplazo por funcionarios de alto nivel, pero inferior al de los 'tomadores de decisiones'. La metodología fue innovadora, permitiendo el máximo de expresión y compartir experiencias a los Ministros mismos: el ejercicio del poder político es difícil de enseñar, menos de compartir. Los componentes de intersectorialidad y liderazgo eran aquí los elementos-clave.

El cambio paralelo de liderazgo institucional, -al perder el apoyo de USA, H. Mahler no fue ya reelegido como Director General de OMS, y D. Tejada pasó a retiro, volviendo a su país, donde sería Ministro de Salud por cierto tiempo-, debilitó y reorientó el enfoque de los Coloquios de Brioni, y la primacía de APC en los programas de cooperación de OMS. El cambio paralelo, pero

más tardío, de James **Grant**, Director Ejecutivo de UNICEF, -quien moriría menos de un año después de su retiro-, hicieron que el *momentum* alcanzado por APC en el mundo perdiera impulso. Era la década de los '90, la URSS era ya -ex, republicanos habían reemplazado a demócratas en la Casa Blanca de USA, había comenzado la primera Guerra del Golfo, vendría el desastre de las Torres Gemelas... otro mundo, otras prioridades: la salud para todos en el año 2000, no sería alcanzada...

Los Seminarios de Bangkok, (15) primeros en su categoría en el mundo, dada su fecha de comienzo, fueron posibles por un acuerdo previo OMS-UNICEF que permitió reunir a un grupo de Expertos, en Bangkok, ligado a la organización de la Conferencia, en mayo de 1978, para diseñar el Seminario, sobre la base de un documento preparado en el Instituto Asiático de Desarrollo (UN-ADI), con participación lideral de este autor. Así, el diseño fue presentado en Alma Ata a los ejecutivos de OMS/UNICEF, y aprobado para su ejecución. UNICEF financió las becas de participación, que incluía viáticos y gastos de organización y estadía en el lugar de ejecución (rotativo anualmente, por países). La esencia del proceso de adiestramiento era la discusión conceptual de Alma Ata, asociada a técnicas de evaluación en terreno, -sobre seis semanas, dos en aldeas de países de la región-, de la capacidad socioeconómica y cultural de todas las familias, así como sus formas de organización comunitaria, con miras a instaurar agentes de salud y formas de deliberación comunal; con el correr de los años, -ocho al menos-, muchas de esas aldeas ya tenían tales instancias, que pasaron a ser parte del diagnóstico, -como las cooperativas financieras de Thailandia, evaluadas por USAID favorablemente- y, por tanto, factor de re-diseño, si ello era necesario.

Las Conferencias Regionales cubrieron todo el planeta, dentro de los primeros cinco años después de Alma Ata: el autor asistió personalmente a las de Asia, en Pyong Gyang, RDP de Korea, en 1983, Africa, en Yamussukro (Costa de Marfil), y

la de Bangkok, -sobre 'Salud y Desarrollo', todas ese mismo año. Habría luego Conferencias de evaluación y síntesis, cada diez años, por cada región del mundo. Amsterdam celebraría los 10 años; La Habana los 20 años, en 1998. Chile celebró los 25 años con una Conferencia Nacional y participación de la Directora Regional de OPS, Mirtha Roses, conferencia de la cual existe un video y en la cual el orador principal fue David Tejada, a quien se le confirió una alta condecoración por el Gobierno de Chile. Una Conferencia aniversario ha tenido lugar en noviembre en la propia Almaty, Kasakhstan, para celebrar los 30 años. No obstante, la globalización y el modelo de mercado han debilitado la capacidad ejecutora de los Estados allí representados: sus resultados deben ser analizados por otros especialistas.

## 7. El Futuro de la Atención primaria de salud:

Los principios de **APS** siguen teniendo vigencia, en la medida que la desigualdad, la exclusión, y la desinformación siguen siendo características de los sistemas socio-económicos imperantes. No obstante, el cambio demográfico, las estrategias de mercado y el progreso tecnológico le dan nuevas dimensiones. En esencia se requiere:

Mayor conocimiento técnico y capacidad de decisión en salud de la población

Mayor asignación de recursos a nivel local, en proporción a las tareas de APS, y no a las acciones totales de salud, que agregan prioridades adicionales.

Formalización de un rol comunitario en salud

Fortalecimiento de los entes de interfase, p.e. Consejos Locales de Salud y Ambiente.

Desarrollo de una estrategia valórica nacional de salud que promueva un set de objetivos comunes para todo ciudadano, basado en necesidades, moduladas por el ciclo vital humano.

Incremento de los valores de solidaridad en la cultura societal imperante.

Así, el objetivo central de APS, hoy como en el día de su inceptión, es dar respuesta al desequilibrio, e impedir que el *equilibrio inestable* evolucione a la zona de enfermedad y, si lo hace, detectar de modo precoz tales estados, limitando su progresión a grados peores. La red asistencial, de Posta a Cuidados Intensivos, debiera así ver reducirse la demanda total, a demanda social 'verdadera': la población vivirá mejor, cada día. Para ello, la población debe saber lo necesario, dentro de sus propios esquemas culturales, -aún si correctibles en el proceso-, para construir una expectativa de salud realista, 'sana', sin desmesura, aquilatando el progreso técnico y las formas, -más frágiles-, de salud de la cuarta edad: no se vive a los 80+ con los márgenes de equilibrio, -y de capacidad de reserva o residual-, que se tiene a los veinte.

Para balancear la demandas y la oferta de servicios, es de igual importancia *reducir* la demanda, que *aumentar* la oferta, toda vez que los recursos societales que se le dedica tienen usos alternos: educación, recreación, cultura, etc., sólo para hablar del área de servicios. Obviamente, hay también alternativas productivas. Un gasto desorbitado en salud, pero ineficaz, empobrece la vida.

El subproducto inseparable de este enfoque es una población más consciente de su psico-biología y su capacidad de relación con el entorno, con menor morbilidad, re-estructuración de prioridades de atención en la red asistencial, economía de recursos, y surplus para otras 'necesidades y 'deseos',.

Es la posibilidad de un sistema de atención para actuar de modo incremental y cognoscible, así como de satisfacción societal solidaria en la obtención de metas colectivas. Más allá, es posible que haya efectos adicionales sobre el bienestar común, la propia definición de salud de la OMS.

Es desarrollo humano sustentable 'en sí'.

Csa/nov.2. /2008/APS-PHC.

## Referencias:

1. Tironi, Eugenio 'Prebisch en China'. *El Mercurio*, 25.11.08 (p.3; editorial)
2. Streeten, Paul 'The distinctive features of a basic needs approach to development' *IBRD. International Development Review*, 3: 8-16. 9 pg. 1977
3. OIT 'The imperative for a basic needs strategy', 21 pg. 1975
4. Emmerich, Louis 'Facts and fallacies concerning the basic needs approach UNICEF. 'Assignment Children', 41: 28-40 1977
5. OMS-UNICEF 'Community involvement in PHC'; *A study in Community motivation and participation* 55 pg. 1977
6. Mahler, Halfdan 'Social perspectives in health' (*Asamblea WHO # 29*) 1976
7. Tejada, David *Primary Health Care: World Strategy* 13 pg. 1981
8. OMS-UNICEF ALMA ATA DECLARATION (y anexos) HFA-1 49 pg 1978
9. Djukanovic, V 'Alternative approaches to meeting basic needs in Mach, E.ed. *developing countries*' (OMS-UNICEF) 116 pg. 1975
10. Newell, Kenneth 'Health by the people' (OMS) 206 pg. 1975
11. Sepulveda, Claudio 'Basic concepts for planning peripheral medical in a PHC approach' (OMS-SE.Asia RO) 16 pg. 1975
12. IBRD 'Health policy paper' 1980
13. Sepulveda, Claudio, 'Community and Health: An inquiry into 230 pg. 1980 Mehta, Niranjana, ed. *PHC in Asia*' (UNICEF)
14. OMS 'Managerial process for National Health 61 pg 1981 *Development*' (HFA-5)
15. Sepulveda, C. ed. 'Basic Community Services through PHC' (UNICEF) 175 pg 1984