

TEMAS DE ACTUALIDAD

DIEZ AÑOS DESPUES DE ALMA-ATA

En 1978, se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, URSS, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Con la activa participación de 134 Estados Miembros y de representantes de 67 importantes organismos no gubernamentales e intergubernamentales, se reconoció unánimemente que la atención primaria de salud era el medio apropiado para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. A diez años de distancia, se puede afirmar que en casi todos los países del mundo es evidente un sólido compromiso político con los principios de la atención primaria.

Cuando solo faltan 12 años para el fin de siglo, es oportuno reflexionar sobre lo que se ha logrado y los obstáculos que aún deben ser vencidos. Por esta razón, hace poco la OMS invitó a un reducido grupo de expertos a participar en una reunión técnica internacional que se efectuó en Riga, URSS, entre los días 22 y 25 de marzo de 1988. Durante la reunión, se buscó dar respuesta a una serie de interrogantes: ¿Qué ha sucedido desde Alma-Ata? ¿Cuáles han sido los adelantos? ¿Cuáles los fracasos? El concepto de atención primaria de salud, ¿está aún vivo y bien incorporado en las políticas y las actividades de los servicios de salud? ¿Sigue evolucionando frente a los nuevos problemas y los nuevos conocimientos?

En general, estas preguntas son inmensamente complejas porque se refieren a aspectos sociales, económicos, ecológicos, políticos, biomédicos y gerenciales relativos a 160 países en los cinco continentes, con incontables culturas y comunidades. Por consiguiente, es imposible hablar de una aplicación uniforme de la atención primaria de salud entre los distintos países y aun dentro de una misma nación. A pesar de todo, es indiscutible que los logros han rebasado con mucho las expectativas concebidas en Alma-Ata en 1978. En realidad, se puede decir con justeza que el mundo ha podido atestiguar la expansión de un movimiento histórico de la salud pública comprometido a luchar por librar a la humanidad de la carga que representan los daños innecesarios a la salud.

Una revolución social

La estrategia de salud para todos exige cambios espectaculares, una verdadera revolución en el desarrollo de la salud. Se propone modificar la mentalidad de la gente, ejercer influencia sobre la estructura de los sistemas de salud y reorientar la forma como están trabajando los profesionales de este campo. En dicha estrategia la igualdad se considera un rasgo esencial de la salud y el progreso en este terreno se vincula no solo con posibles adelantos en la educación y la agricultura, sino con asuntos básicos tales como la ausencia de guerras y contiendas civiles, las políticas de empleo y la protección del ambiente en su sentido más amplio.

Esta meta universal está lejos de ser una fórmula hueca pronunciada en una importante conferencia internacional; más bien es el resultado de una ardua experiencia emanada de los propios países. Se apoya en cinco principios básicos:

- Igualdad en la disponibilidad y la distribución de la atención de la salud.
- Participación activa de la gente en el desarrollo de la salud.
- Fomento y prevención de la salud como socios igualitarios de la atención curativa.
- Tecnología de gran solidez científica, pero también aceptable para quienes deben usarla y costearla.
- Reconocimiento, por parte de todos los sectores de la actividad humana, de sus relaciones directas e indirectas con la salud.

En opinión de John H. Bryant, jefe del Departamento de Ciencias de la Salud para la Comunidad de la Universidad Aga Khan, en Karachi, Pakistán, la descripción original de la atención primaria de salud, tal y como aparece en la Declaración de Alma-Ata, es “espléndida y sucinta”. A la letra, dice así:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

Por consiguiente, es claro que la atención primaria de salud no es atención médica primaria ni tampoco se reduce a la provisión de servicios de salud para todos. Lo que se pretende es que llegue

a todo ser humano de este planeta, en particular a aquellos cuyas necesidades son mayores. Tiene el propósito de llegar a los hogares y a las familias y no únicamente a las clínicas y los dispensarios. Por último, se afana en fomentar y conservar una relación continua entre el sector salud y los individuos y las familias.

¿Buen deseo o realidad palpable?

Uno de los indicadores que la OMS eligió para vigilar los progresos de la estrategia de salud para todos es la disponibilidad de atención primaria. La mayoría de los países desarrollados han logrado una cobertura completa; aun así, ciertos grupos, tales como las poblaciones pobres o remotas, tienen acceso limitado. En los países en desarrollo, los habitantes pobres de las zonas rurales y urbanas son los que se encuentran en situación particularmente desventajosa.

Otro indicador importante de una infraestructura de salud eficaz es la cobertura de vacunación. En este renglón, la parte positiva es que en la actualidad 50% de los niños del mundo han sido vacunados contra la tuberculosis, difteria, tétanos, poliomielitis y sarampión; en contraste, hace diez años la cobertura era inferior a 5%. En la actualidad el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OMS previene más de un millón de muertes por sarampión, tétanos del recién nacido y tos ferina, y en el mundo en desarrollo se evitan más de 175 000 casos de poliomielitis.

Los datos y las proyecciones sobre mortalidad de los niños muestran un sorprendente progreso en la segunda mitad del presente siglo. Sin embargo, aún persisten los problemas en el África y el sur del Asia, donde la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años se mantendrá muy por arriba de 100 por 1 000 después del año 2000 (cuadro 1).

Dado que la salud no puede ser observada en el vacío, también es importante analizar otros indicadores relacionados con factores socioeconómicos y educativos que guardan una relación directa con la salud pública. Lamentablemente, en mayo de 1987 las estimaciones de la OMS acerca de la situación y las tendencias de la salud en el mundo mostraron que el número absoluto de mujeres analfabetas en las naciones en desarrollo está aumentando en vez de disminuir, y que se está agudizando la diferencia de analfabetismo entre varones y mujeres.

La pobreza también sigue en aumento en nuestro atribulado planeta: mil millones de personas viven en la más absoluta miseria, atrapados en el círculo vicioso de la enfermedad y la desesperanza. Paradójicamente, las naciones muy industrializadas se cuentan en-

CUADRO 1. Tasa de mortalidad (por 1 000) de menores de 5 años en el mundo. OMS, 1950-2000

Región	Período		
	1950-1955	1980-1985	1995-2000
Países más desarrollados	73	19	13
Países menos desarrollados	281	134	94
África	322	182	132
América Latina	189	88	61
Este del Asia	248	50	28
Sureste del Asia	244	111	67
Sur del Asia	327	177	125
Oeste del Asia	307	115	65
Todo el mundo	240	118	83

tre las más beneficiadas por el concepto de salud para todos gracias a su capacidad para hacer uso de la información y las ideas generadas por conducto de la OMS.

En vísperas del siglo XXI, la esperanza de vida aún varía entre más de 70 años en algunos países hasta escasamente 50 en otros, y en la mayor parte de los países pobres las mujeres tienen un riesgo 200 veces mayor de morir durante el embarazo y el parto que las mujeres de una nación rica.

La crisis financiera y económica en que se debate el mundo está causando tremendas dificultades a los presupuestos para la salud en todas partes. Sin embargo, Halfdan Mahler, Director General de la OMS, ha señalado que el problema no es una cuestión de disponibilidad de fondos, sino una cuestión de prioridades. En diciembre de 1987, al referirse al histórico tratado sobre misiles balísticos de alcance intermedio firmado entre los Estados Unidos y la Unión Soviética, Mahler señaló que este era “un paso espectacular en la dirección correcta”. Además, calculó que una fracción de los ahorros que se derivarían del acuerdo bastaría para satisfacer las necesidades inmediatas de salud de los países en desarrollo, y “aún quedaría bastante para reanimar vigorosamente la investigación vital en campos tales como el cáncer, el SIDA, la reproducción humana, las enfermedades de los ancianos y las enfermedades tropicales. Si se estableciera un fondo internacional para la salud con estos propósitos —subrayó—, sería una honrosa repetición del liderazgo que esos dos países asumieron en la lucha contra la viruela”.

El avance de algunos países en desarrollo

Varios países han logrado notables progresos en la resolución de los problemas del subdesarrollo y los daños a la salud. Las estadísticas muestran que en 1960 había 72 países con una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 178 por 1 000 o mayor; en cambio, en 1985 el número de naciones en esa situación disminuyó a la mitad.

Tailandia se ha adelantado claramente con respecto a la salud y otros componentes del desarrollo. Por lo que se refiere a la mortalidad de menores de 5 años, pasó de 195 por 1 000 en 1950-1955 a 61 por 1 000 en 1980-1985. Las proyecciones para el período 1995-2000, hechas por la División de Población de las Naciones Unidas, están alrededor de 32 por 1 000. El país cuenta con un ministerio de salud bien organizado que ha aumentado progresivamente la cobertura de la población con servicios esenciales de salud. El grado de cobertura y eficacia se refleja en las tasas de vacunación de 65% y en la reducción de la tasa de crecimiento demográfico, que actualmente está en 2,2%.

Los tailandeses están empeñados en identificar y satisfacer las necesidades básicas mínimas de la vida, valiéndose para ello de una notable orientación basada en las aldeas. Con la guía de un grupo intersectorial en el que participan los ministerios del interior, educación, agricultura y salud, organizaciones de aldeanos evalúan las condiciones actuales y luego trazan planes de los cambios deseables, en los que se incorpora una amplia gama de inquietudes acerca del desarrollo de la comunidad. Si bien el proceso es orientado desde el plano nacional, las decisiones y la responsabilidad residen en el plano local. He aquí un método intersectorial realmente basado en la comunidad para emprender la tarea fundamental del desarrollo social.

Zimbabwe sobresale como uno de los países africanos que está enfrentando con seriedad el problema del crecimiento demográfico. El vigoroso respaldo político y un decidido esfuerzo de gestión y vigilancia del programa de planificación familiar se han conjugado para lograr que una tercera parte de la población utilice métodos anticonceptivos. Además, la tasa de mortalidad de menores de 5 años ha pasado de 202 por 1 000 en 1950-1955 a 128 por 1 000 en 1980-1985, y se proyecta que llegará a 86 por 1 000 en 1995-2000. También se ha logrado una cobertura de vacunación que se acerca a 60%.

Un tema que ha despertado interés es el adelanto excepcional logrado por unos cuantos países en el campo de la salud, que va más allá de lo que cabría esperar de su grado de desarrollo económico. En este aspecto, merecen particular atención Costa Rica, Sri Lanka y el estado de Kerala, en la India. Todos ellos son ejemplos de sociedades que han logrado grandes avances a pesar de las dificultades económicas y la penuria de recursos financieros.

A partir del análisis de estas experiencias se ha concluido que, para obtener resultados semejantes, se deben cumplir algunos requisitos:

educación y autonomía suficiente de la mujer en la sociedad, para que pueda actuar con independencia en el cuidado de sus hijos y de sí misma; y

actividad política continua, especialmente si hay un elemento populista o radical dominante, para apresurar la diseminación a todas las comunidades de sistemas educativos y de salud adecuados.

Lo que resulta evidente es que la baja mortalidad no se producirá como efecto secundario espontáneo del crecimiento económico. John C. Caldwell, participante en la reunión de Riga, recalcó que se necesitan servicios de salud y educación, y que entre estos dos elementos existe sinergismo. Para ejemplificar su tesis, presentó datos de estudios efectuados en dos aldeas de Nigeria, en donde el aumento en la esperanza de vida al nacer fue de 20% cuando la única intervención consistió en facilitar el acceso a los establecimientos de salud de las madres analfabetas, comparado con 33% cuando se proporcionó educación sin acceso a establecimientos médicos, y 87% cuando se proveyeron las dos cosas.

El futuro: definir las prioridades

En ocasión de la Conferencia de Alma-Ata en 1978, Mahler señaló que era importante llegar a un acuerdo sobre los principios de la atención primaria de salud y sobre las medidas que tendrían que adoptarse en los países y a nivel internacional para asegurarse de que fuera debidamente entendida y sistemáticamente iniciada o fortalecida en todo el mundo, de tal suerte que se convirtiera en una realidad viviente cuya puesta en práctica jamás pudiera ser detenida. Para dejar más claro su mensaje, preguntó a los participantes si estaban dispuestos a:

Encarar el problema de la brecha que existe entre los que lo tienen todo en materia de salud y los que no tienen nada, y adoptar medidas concretas para reducirla.

Asegurar el planeamiento y la instrumentación apropiados de la atención primaria mediante esfuerzos coordinados con otros sectores importantes, a fin de fomentar el concepto de la salud como contribución indispensable para el mejoramiento de la calidad de vida de cada individuo, familia y comunidad, como parte del desarrollo socioeconómico global.

Hacer una asignación preferencial de los recursos de salud hacia la periferia de la sociedad, como una prioridad absoluta.

□ Movilizar y educar a las personas, las familias y las comunidades para asegurar su plena identificación con la atención primaria, su participación en el planeamiento y la administración de esta y su colaboración para aplicarla.

□ Introducir las reformas necesarias para asegurar la disponibilidad de mano de obra y tecnología pertinentes, suficientes para cubrir todo el país con atención primaria en el curso de los dos próximos decenios y a un costo que puedan afrontar.

□ Introducir, si fuera necesario, cambios radicales en el actual sistema de suministro de servicios de salud, de tal suerte que la atención primaria de salud cuente con el apoyo apropiado como la prioridad más apremiante.

□ Librar las batallas políticas y técnicas que sean necesarias para superar los obstáculos sociales y económicos y la resistencia profesional que se oponen a la introducción de la atención primaria.

□ Establecer compromisos políticos inequívocos para adoptar la atención primaria y movilizar la solidaridad internacional para alcanzar el objetivo de salud para todos en el año 2000.

Estas consideraciones fueron sumamente apropiadas y estimulantes en aquel entonces, pero lo interesante es que conservan plena vigencia. Fueron planteadas por el Director General en una época en que la OMS se fijó un programa institucional enteramente diferente, y representaron un sondeo deliberado de la comprensión y la disposición de los Estados Miembros para hacer lo que era necesario.

Ahora, cuando han transcurrido diez años, existe la convicción renovada de que la meta de salud para todos posee la fortaleza social, moral, política y técnica para servir de eficaz guía internacional durante el decenio que se avecina. Solo que esta vez las pautas están más claramente trazadas. Se han ganado algunas batallas, es verdad, pero también se han perdido otras; y aún nos aguardan las más difíciles. Hay veteranos que conocen el camino, y nuevos líderes dispuestos a unirse a ellos. Las tareas que restan por hacer pueden resultar las más difíciles porque falta poco tiempo para que se cumpla el plazo fijado. □