

El legado de Alma-Ata, 40 años después

Hace algunos años, tuve la oportunidad de conversar con Halfdan Mahler, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, año de la realización de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, en Alma-Ata, en Kazajistán, que integraba la antigua Unión Soviética, de la cual resultó la Declaración de Atención Primaria en Salud. Pregunté a Mahler si creía que algún país del mundo había realmente implementado la Atención Primaria en Salud (APS). Y respondió que los países que estaban más cerca de ese ideal eran los del Norte de Europa donde existía una buena infraestructura social y sanitaria y fuertes principios de equidad, además de derecho universal a la salud.

Creo que esa respuesta está relacionada con la percepción generalizada de que los postulados comprendidos en la Declaración de Alma-Ata nunca fueron implementados y lo que predominó fue la llamada Atención Primaria Selectiva de Salud (Cueto, 2004). Esta versión de la APS enfatizaba intervenciones tecnocráticas que fuesen 'costo-efectivas', ejecutadas por profesionales de salud, en una estructura asistencial que postergaba la prevención. Según esa perspectiva, la enfermedad sería un fenómeno biológico y natural – no social –, y el factor principal para luchar contra las enfermedades serían los servicios de salud.

En los años 1980 y 1990, marcados por el neoliberalismo, la APS fue el modelo principal de las agencias de la salud y de nuevos actores en la salud internacional, entre ellos el Banco Mundial. Esta perspectiva tecnocrática complementaba otras reformas neoliberales como la privatización de los servicios públicos, la desregulación de los mercados, la multiplicación de asociaciones público-privadas y la reducción del papel del Estado. Las reformas neoliberales implicaban un manejo gerencial de los servicios estatales, presuponiendo que el sector privado sería más eficiente que el público. Sin embargo, con la llegada del siglo XXI, a pesar de las promesas neoliberales que habían creado la expectativa de que sus programas de ajuste estructural reducirían la pobreza, el crecimiento económico neoliberal produjo grandes desigualdades sociales, la multiplicación del desempleo, los empleos parciales y mal remunerados y la extensión de la miseria en muchos países.

El legado contradictorio de la Atención Primaria en este contexto de crisis del neoliberalismo reforzó dos perspectivas en salud global cuya historia comenzó en el siglo XIX cuando surgieron la medicina social y las respuestas biomédicas a los problemas de salud (Cueto, 2015). Por un lado, una perspectiva vinculada a la medicina social que promueve intervenciones integrales, que da importancia a la participación de la comunidad, considera los sanita-

ristas como agentes de cambio social y la salud como derecho humano. Por otro lado, una perspectiva tecnocrática, realizada por una elite de especialistas que consideran la mejora de la salud como una forma de controlar brotes epidémicos, suministrar una atención hospitalaria asistencial y contribuir para el desarrollo económico en una sociedad liberal.

En los últimos 13 años, después de una Asamblea de la OMS celebrada en el año 2005, esas dos perspectivas fueron conocidas como: los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Cobertura Universal de Salud (UHC, del inglés Universal Health Coverage). La perspectiva de los DSS se vincula a la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud como una unidad independiente de la OMS, compuesta por sanitaristas conocidos por sus ideas progresistas, como el inglés Michael Marmot y Pascoal Mocumbi de Mozambique.

Según esa Comisión, los determinantes sociales son *la causa de las causas*. Se consideran DSS, indicadores de condiciones económicas y sociales en que las personas viven, como salario, educación, empleo, vivienda, alimentación y saneamiento básico. El concepto de los DSS trajo a la luz una perspectiva diferenciada sobre el concepto de salud que ya constaba de la Declaración de Alma-Ata: el bienestar de una población resulta no solamente de los servicios médicos, pero, sobre todo, de la influencia de las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen. Tal visión se asemejaba a los postulados de los diversos informes sobre la equidad en salud de los años 1970 que inspiraron la Declaración de Alma-Ata de 1978. Los defensores de los DSS consideran que las inequidades en salud son evitables, injustas e innecesarias, pudiendo ser modificadas por medio de acciones políticas que sean asertivas. Otra semejanza de los DSS con la Declaración de Alma-Ata es la implicación de un modelo de sociedad en la cual la equidad y la solidaridad serían el cemento de su construcción. En ese sentido, la Atención Primaria y los DSS fueron propuestos como si la salud pública se constituyera en una herramienta para cambiar la sociedad.

En 2008, la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud publicó un informe, titulado "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health", que presentó el compromiso de reducir en pocos años las desigualdades en la salud. A pesar de que los países miembros de la OMS han suscrito el informe en la Asamblea Mundial de la Salud de 2009, el futuro de esa perspectiva aún es incierto. Sin embargo, está sucediendo un fenómeno parecido con lo que ocurrió con la propuesta de Atención Primaria original que mencioné en el comienzo: los DSS están convirtiéndose en una bandera de lucha de movimientos sociales y – con excepción de algunos países – aún no existe siquiera un compromiso de los gobiernos para hacer de los DSS el centro de las políticas sociales.

Una perspectiva alternativa a los DSS surgió casi al mismo tiempo: la Cobertura Universal de Salud (UHC). La Cobertura contempla objetivos interconectados: ampliar el acceso a servicios de salud; disminuir las dificultades financieras de las personas que utilizan esos servicios y pagan del propio bolsillo; y mantener la solidez financiera de los sistemas de previsión.

En su versión más ambiciosa, la Cobertura Universal crearía las condiciones para la única dimensión igualitaria en una sociedad liberal: la igualdad de oportunidades. Esa dimensión significaba que el Estado debería garantizar a los ciudadanos las mismas posibilidades de acceso al desarrollo individual mediante la disminución de la discriminación por motivos de raza, sexo, etnia, edad, religión o identidad sexual. La idea de igualdad de oportunidades no se contraponía a las desigualdades sociales generales y a las grandes disparidades en la distribución del ingreso. Por el contrario, era – idealmente – la base de una meritocracia legítima, con desigualdades sociales. Ese ideal liberal de meritocracia, además de ser inalcanzable, en realidad busca disfrazar injusticias sociales.

Sin embargo, un factor económico cambió radicalmente el contexto de esas dos propuestas de salud global: la crisis de los bancos iniciada en 2008. En ese año, las más importantes instituciones financieras del mundo declararon pérdidas multimillonarias en sus balances. Para evitar el colapso y el clima de desconfianza generalizada, los gobiernos norteamericano y de varios países europeos decidieron dejar de lado sus teorías neoliberales y socorrer a los organismos por medio de paquetes de trillones de dólares, a fin de evitar la quiebra de los bancos.

Las medidas de austeridad en los países ricos pusieron en duda la posibilidad de que las agencias internacionales de salud hicieran propuestas ambiciosas. Los DSS fueron un tema postergado en muchas agencias y gobiernos. La UHC se transformó en un paquete de un número limitado de tratamientos que podrían ser suministrados a la población más pobre. Al mismo tiempo, el progresivo desempoderamiento de la OMS quedó evidente porque esta agencia no tenía control del 80% de su presupuesto formado por donaciones dirigidas, porque no poseía verdadera autoridad supranacional y porque era dependiente de poderosos donadores interesados en programas de salud tecnocráticos como la Fundación Gates. Así se crearon problemas de gobierno, de liderazgo y de prioridades en la salud global que pueden ser resumidos en ausencia de articulación entre las principales instituciones y de claridad del vínculo entre las propuestas de Atención Primaria y los modelos de sociedad.

Existe, en los últimos años, un debate sobre la falta de comprensión de los postulados de Alma-Ata. Varios autores señalan problemas de entendimiento de la APS como la simple ampliación de la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales y en las comunidades, la ausencia de recursos financieros

y de un verdadero compromiso político, y la resistencia de las escuelas de medicina que fomentaron la formación de profesionales que trabajan con tecnologías sofisticadas y costosas en ciudades. Todas estas explicaciones tienen razón. Sin embargo, creo que existen dos problemas más. Primero, el esfuerzo insuficiente realizado por los defensores de la Atención Primaria de acabar con una cultura de supervivencia que históricamente es parte esencial de la salud pública. Segundo, el poco esfuerzo en destacar el vínculo entre los postulados de Alma-Ata y el modelo de sociedad que los sanitaristas deben buscar: una sociedad donde la prioridad sea la educación y la salud, y no los gastos militares; y donde la equidad y la solidaridad sean los principales objetivos de todos los actores sociales.

Ahora vivimos en una confusión de las diferencias entre las dos propuestas de salud, con poca comprensión de sus particularidades. Como resultado, no existen claras y estratégicas propuestas sanitarias sobre qué hacer desde la salud con las desigualdades sociales y del papel de los sanitaristas en la crisis económica y política.

Infelizmente, en la confusión instalada, los enemigos de la propuesta igualitaria de la salud pública tiene mayor espacio político y parecen dispuestos a hacer real una sociedad donde exista una salud pública que no tenga ni los principios de la UHC; en verdad, una salud pública precaria y semiprivatizada que coexista con un Estado sin condiciones de promover la mejora de las condiciones de vida o la modernización de los recursos humanos de un sistema de salud con respuestas transitorias y pasajeras.

Afortunadamente, la historia de la Atención Primaria y la de la salud internacional muestran que las dos propuestas pasan por ciclos y que los períodos en que la salud tiene y no tiene estrategias de largo plazo también pasan por ciclos. El enfoque social que apareció en la versión de Mahler en la Declaración de Alma-Ata, en el lejano año de 1978, resurgió en los documentos de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud y puede volver a ser hegemónico con la ayuda de los activistas de la salud y sanitaristas progresistas. La Atención Primaria Selectiva, que glorificaba un paquete de tratamientos y tenía grandes semejanzas con la Cobertura Universal, o UHC, puede perder la popularidad que tiene hoy en las agencias globales. Depende de nosotros cual perspectiva será hegemónica en el futuro. La APS inspirada en la Declaración de Alma-Ata es una estrategia para no olvidar.

Marcos Cueto

Editor de la revista *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Fundación Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<marcos.cueto@fiocruz.br>

Referencias

CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 11, 2004, p. 1.864-1.887.

CUETO, Marcos. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons..