

**SIMPOSIO A 40
AÑOS DE ALMA
ATA, CONFERENCIA
INTERNACIONAL
DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA
SALUD
SYMPOSIUM 40
YEARS FROM ALMA-
ATA INTERNATIONAL
CONFERENCE ON
PRIMARY HEALTH
CARE**

1. Héroe de Salud Pública
2. Médico cirujano, Ex Sub-Director General de la Organización Mundial de la Salud, Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata; Ex Ministro de Salud del Perú

Financiamiento: propio del autor.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

Recibido: 25 junio 2018

Aceptado: 2 julio 2018

Correspondencia:

Dr. David Tejada de Rivero

✉ davidtejada2000@hotmail.com

Citar como: Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):361-366. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov64i2098>

La historia de la Conferencia de Alma-Ata

The history of Alma-Ata Conference

David A. Tejada de Rivero^{1,2}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov.v64i2098>

ABSTRACT

The historical account of the International Conference on Primary Health Care of Alma-Ata (Soviet Union) WHO/UNICEF, the most important international health policy event in the early 70's that marked a milestone in public health in the world, is presented. It was attended by 134 countries, 67 international organizations and many non-governmental organizations. Unfortunately, China was the big absentee. At the end of the historical account, the Declaration of Alma-Ata 1978 is presented.

Key words: Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, History.

RESUMEN

Se presenta el relato histórico de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata (URSS) OMS/UNICEF, el evento de política de salud internacional más importante en la década de los 70 que marcó un hito en la salud pública del mundo. Contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente, China fue el gran ausente. Al final del relato histórico, se presenta la Declaración de Alma-Ata 1978.

Palabras clave: Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud Alma-Ata, Historia.



No es la primera vez que escribo sobre Alma Ata. En el año 1983, y por la celebración de 25 años de Alma Ata, a solicitud de la Directora de la Organización mundial de la Salud, Dra. Mirta Roses Periago, relaté hechos importantes sobre la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata (URSS) OMS/UNICEF, el evento de política de salud internacional más importante en la década de los 70 que marcó un hito en la salud pública del mundo. Contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente, China fue el gran ausente.

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 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, el término de *Primary Health Care*, pésimamente mal traducida como 'atención primaria de salud', 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' promueve a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo con lo elemental, empírico, 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.

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

médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad.

De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de 'Salud para todos en el año 2000'.

Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica, así como también en una nueva forma histórica de confrontación. Pero, dentro de los bloques dominantes, no había tampoco una clara hegemonía de un solo país. En el bloque llamado 'socialista' había una confrontación entre la Unión Soviética y China. Ello resultaría decisivo en la realización de la Conferencia.

Estas experiencias fueron estudiadas en las décadas de los 60 y 70. Sobresalen las de China, India y algunos países de África y América Latina. Estudiosos del mundo desarrollado las publican y la Organización Mundial de la Salud responde de manera muy activa, coincidiendo con el inicio del mandato de Halfdan Mahler como director general. Mahler percibe muy bien estas experiencias y las proyecta a escala mundial y como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres.

En la 28ª Asamblea Mundial de la Salud de 1975 se logró imponer el concepto, así como la necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, para todos y por todos. Las grandes potencias capitalistas la aceptaron benévolamente, pero la Unión Soviética se opuso por considerarla un retroceso científico y tecnológico. Era una prueba de que el modelo 'flexneriano' no respetaba las fronteras ideológicas de la guerra fría.

En esa Asamblea, nadie pensó en realizar una conferencia internacional sobre el tema, pues prevalecía la idea de esperar por nuevas experiencias.

En enero de 1976, un día antes de la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, previo a la 29ª Asamblea Mundial de la Salud a realizarse en mayo de ese año, recibí en mi casa de Ginebra la visita de mi gran amigo Dimitri Venediktov, el poderoso viceministro de Salud para Asuntos Internacionales de la Unión Soviética. Traía la idea de realizar una gran



conferencia internacional sobre el tema de la atención primaria, así como dos millones de dólares como contribución extraordinaria de la Unión Soviética para ese efecto. Me explicó que la primera potencia socialista no podía permitir un triunfo de China en los países del entonces Tercer Mundo. Fue una gran sorpresa y no bastaron mis argumentos sobre lo prematuro de realizar una gran conferencia y que ella se llevase a cabo en Moscú, como fue su idea original.

Al comenzar el Consejo Directivo, Venediktov hizo su propuesta, y después de muchas presiones aceptó que la conferencia tuviera lugar en un país en desarrollo. Cuatro meses después, la idea fue formalmente aceptada en la Asamblea y se programó el encuentro para 1978. El director general me nombró coordinador general, encargado de todos los aspectos técnicos, logísticos y políticos.

Esta tarea me tomaría veintinueve meses de trabajo y varios viajes a la Unión Soviética y a otros países.

Hoy debo reconocer que fue acertado realizar una gran conferencia internacional, ya que podía ser un medio extraordinario para promover un cambio tan importante. No hay duda de que mi amigo Venediktov era un político consumado.

Las posteriores interpretaciones erradas, las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en relación con los verdaderos conceptos del tema, no fueron consecuencia de la Conferencia. La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales que convocaron la Conferencia.

Desechada la idea de Moscú, se comenzó a buscar un país y una ciudad del Tercer Mundo como sede de la Conferencia. Tarea muy difícil por las implicaciones económicas y logísticas requeridas para tal empresa. El costo adicional a los dos millones ofrecidos por la Unión Soviética era poco más de un millón de dólares. San José de Costa Rica tuvo que ser descartada por el fracaso en las gestiones para la ayuda económica de los Estados Unidos. La posibilidad de El Cairo también fracasó ante la negativa de los países petroleros del Golfo a dar ayuda. Un viaje mío a Irán para lograr que la sede fuese Teherán solo

logró el interés de la hermana del Sha, la princesa Ashraf Pahlavi, quien fuera después uno de los seis vicepresidentes de la Conferencia. La única solución fue escoger una ciudad de la Unión Soviética que no fuese Moscú.

Se discutió con Venediktov acerca de los posibles lugares y viajé con él dos veces a Bakú, Tayikistán y Alma-Ata. La decisión debía ser tomada por la propia Unión Soviética y yo solo llevaba el detallado cuadro de las necesidades y requerimientos físicos y logísticos mínimos. Pero, una vez más, mi amigo Venediktov me dio clases de manejo político. En los tres sitios me presentó como la persona que debía tomar la decisión final.

La selección de Alma-Ata se debió a dos consideraciones principales: el dinamismo y liderazgo del ministro de Salud de Kazajistán, y las condiciones de infraestructura física que debían realizarse en plazos bastante limitados. Alma-Ata significa 'padre de las manzanas' y estaba en la república donde la Unión Soviética tenía sus programas espaciales para la guerra fría. Era, además, vecina de China.

Fue extraordinario el trabajo realizado por el gobierno y el ministro de Salud de Kazajistán. Construyeron en un año, entre otras cosas, un hotel de 1 000 camas. El magnífico Centro de Convenciones Lenin, con un auditorio para 3 000 personas, tenía un sistema completo de interpretación simultánea y receptores auriculares en todos los asientos. Pero la comunicación era solo unidireccional, es decir, del podio a la platea, por lo que hubo que llevar un sistema inalámbrico de Italia. También hubo otros problemas que se fueron resolviendo en nuevos viajes. Al final, tuvimos que llevar personal de Ginebra para facilitar los trámites de inmigración, aduana y recepción en los aeropuertos de Moscú y Alma-Ata. Todo el personal de secretaría fue de Ginebra en dos aviones. Al final, todo funcionó sin contratiempos. El senador Edward Kennedy fue bien recibido y atendido a pesar de no formar parte de la delegación oficial de Estados Unidos y llegar de improviso. Su presencia era una demostración de la importancia política que había adquirido la Conferencia.

Un año antes de la Conferencia se comenzó a preparar los borradores de trabajo y consulta, los cuales, con la participación activa de los gobiernos y otras organizaciones, se convertirían



en los documentos oficiales a ser revisados y aprobados por la Conferencia. Tanto la Declaración como las Recomendaciones fueron el resultado de dieciocho borradores, revisados y corregidos en reuniones regionales (en las seis Regiones de la OMS y en la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas de 1977), en grupos especiales de países, y en algunos países. Sin serlo en lo formal, la Conferencia se preparó como un proceso abierto, descentralizado, democrático y participativo.

El proyecto oficial sufrió pocas modificaciones, algunas de las cuales, es de lamentar, contribuyeron después y en gran parte, a las distorsiones de los conceptos originales. Muchas delegaciones y delegados pugnaron por incorporar detalles puntuales correspondientes a especialidades más médicas que de salud. Era muy importante que la Conferencia fuera co-auspiciada y organizada en forma conjunta con el UNICEF. En un principio fue difícil, pero el trabajo realizado con Richard Hayward y Newton Bowles, dos excelentes amigos en puestos claves de UNICEF, permitió convencer a Henry Labouisse, entonces director ejecutivo, y establecer una participación activa y positiva de este Fondo de las Naciones Unidas. Debo reconocer siempre el privilegio de haber trabajado tan estrechamente con el UNICEF, una colaboración que se prolongó hasta mi retiro de la OMS.

Finalmente, el evento; casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La conferencia, la Declaración de Alma-Ata y las Recomendaciones los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de 'Salud para todos'. Desde entonces, Alma-Ata y 'atención primaria de salud' son términos indisolubles

Lástima que, mucho después, algunas agencias internacionales, de Naciones Unidas y privadas, contribuyeron a las mayores distorsiones del concepto y la práctica alejadas de la original atención primaria de salud.

Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de 'Salud para todos' y a la estrategia, también social y política, de la 'atención primaria de salud', no solo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias,

las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces.

En el mundo globalizado de hoy, unipolar y con la amenaza de una pérdida creciente de las soberanías nacionales, una de las pocas medidas que existen para tener control sobre el destino es la construcción de democracias auténticas, descentralizadas y participativas. Hoy es imprescindible transferir, mejor dicho 'devolver', el poder político para tomar las decisiones que afectan a las sociedades a su punto de origen, que es la ciudadanía.

'El cuidado integral de la salud para todos y por todos', la mejor forma de expresar la genuina 'atención primaria de salud' de Alma-Ata es una necesidad no solo en el ámbito de la salud sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-estados soberanos en un mundo cada día más injusto.

En 40 años, el mundo ha cambiado; nuevos factores, nuevas condiciones contribuyen a que no reemplacen a las metas originales, las inequidades e injusticias sociales continúan, y hace falta tal vez convocar a una nueva Conferencia, como proceso participativo que se reinicie en los países para culminar en un 'Nuevo Alma Ata', y que no puedan desvirtuarse ni distorsionarse los conceptos, por los intereses de algunos países y de organismos internacionales.

DECLARACIÓN DE ALMA - ATA

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente Declaración:



- I. La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.
- II. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.
- III. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.
- IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.
- VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada
- VII. La atención primaria sanitaria:
 1. Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.
 2. Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.
 3. Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.
 4. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a dife-



rentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

5. Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.
 6. Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.
 7. Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.
- VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.
- IX. Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.
 - X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada. La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración