



La atención primaria de salud cierra un ciclo completo Entrevista con el Dr Halfdan Mahler, Director General de la OMS de 1973 à 1988

El Dr. Halfdan Mahler asumió el cargo de Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante tres períodos, de 1973 a 1988. En 1951 se incorporó a la OMS en calidad de funcionario superior adscrito al Programa Nacional de Tuberculosis de la India. En 1962 llegó a la sede de la OMS para asumir las funciones de Jefe del programa de tuberculosis, puesto que ocupó hasta 1969. Desde 1969 hasta 1970, se desempeñó como Director de análisis de sistemas aplicados a los proyectos. Desde 1970 hasta 1973, se desempeñó como Subdirector General de varias divisiones. Tras jubilarse de la OMS en 1988, dirigió la Federación Internacional de Planificación de la Familia hasta 1995. Obtuvo su título médico en la Universidad de Copenhague en 1948 y posee un título de postgrado en salud pública.

El mes pasado, hace 30 años, 134 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud se reunieron en la antigua capital kazaka, Alma-Ata, con motivo de una conferencia internacional que tuvo como telón de fondo la guerra fría para llegar a un acuerdo decisivo: adoptar la atención primaria de salud como la estrategia clave para alcanzar la “salud para todos” en el año 2000. El Dr. Halfdan Mahler, en ese entonces Director General, habla al *Boletín* acerca de por qué se perdió la atención primaria de salud y de sus esperanzas de que se renueve.

P: En un primer momento, usted no consideraba una buena idea celebrar una conferencia internacional sobre la atención primaria de salud, ¿por qué motivo?

R: En la Secretaría de la Conferencia, mis colegas y yo estábamos convencidos de que necesitábamos más tiempo para preparar documentos de información general, a lo cual se opuso el Consejo Ejecutivo cuando acordó que la conferencia debía celebrarse en 1978. Mirando hacia atrás, me complace que nos demolieran.

P: ¿De dónde procede la iniciativa de adoptar un enfoque mucho más orientado hacia los sistemas de salud?

R: De muchos países. Numerosos documentos procedían de organizaciones no gubernamentales (ONG). También fue importante una publicación de la OMS titulada *La salud por el pueblo*, basada en información facilitada por distintos países, ONG e instituciones. Después de su creación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prestó durante muchos años gran atención a las enfermedades transmisibles. Eso fue durante la guerra fría, cuando las superpotencias competían siempre para ocupar el primer puesto. Los Estados Unidos de América apoyaron la erradicación del paludismo y la Unión Soviética abordó la erradicación de la viruela.

Muchos de los miembros de la Secretaría de la OMS eran grandes partidarios de prestar mayor atención a las enfermedades transmisibles. Entonces, en el decenio de 1960, los Estados Miembros empezaron a recriminar a la OMS la falta de apoyo por su parte a sus servicios de salud. En el decenio de 1970, la Secretaría de la OMS comenzó, por fin, a buscar un equilibrio entre los programas verticales (centrados en una sola enfermedad) y el enfoque horizontal (centrado en los sistemas de salud).

P: Hubo conflicto entre el enfoque popular, basado en la comunidad, sobre la atención primaria de salud, apoyado por ONG y algunos funcionarios de la OMS, y el enfoque centralizado sobre sistemas de salud defendido por la Unión Soviética. ¿Es cierto que usted se mostró partidario del enfoque comunitario?

R: No puede haber un enfoque sin el otro, deben combinarse. No sólo la Unión Soviética, sino muchos Estados Miembros apoyaron un enfoque centralizado sobre sistemas de salud. La atención primaria de salud no tendrá éxito salvo que podamos conseguir la participación de personas, familias y comunidades, pero esta participación comunitaria sólo funcionará si se tiene el apoyo del sistema de salud.

P: ¿Qué clima se respiraba en Alma-Ata hace 30 años? ¿Cuáles eran sus expectativas en relación con la conferencia? ¿Se vieron colmadas?

R: Esperaba que se convirtiera en la conferencia más decisiva que la OMS había organizado después de su fundación [1948]. Pero la Secretaría deseaba lograr un consenso, lo cual era vital. Aquello no implicaba tratar de convencer a nuestros adversarios de que estaban equivocados, sino tratar de unirnos a ellos con un mayor grado de comprensión. Esto fue exactamente lo que ocurrió en Alma-Ata. Era un clima casi espiritual, no en el sentido religioso, sino en el sentido de que las personas querían acometer algo grande. Hubo muchos enfrentamientos durante los meses de preparación y en la propia conferencia. No obstante, la impresión predominante era que “debíamos llegar a un consenso”.

No fue fácil. Por ejemplo, el incluir la “planificación familiar” junto con la “atención materno-infantil” en la Declaración hizo que todo se viniera abajo. Pero gracias a la voluntad de hacer un sacrificio por nuestros objetivos compartidos, alcanzamos un consenso espiritual. Es asombroso cuánto se criticó este consenso después. Cada vez que preguntaba a esos detractores: “¿Habéis leído realmente la declaración y el informe de Alma-Ata?”, la mayoría decía: “¿Quién leería esa basura?” Incluso entre el personal de la OMS, sólo algunos se molestaron realmente en leerla y releerla.

P: ¿Hay un momento particular de la conferencia que se le haya quedado grabado?

R: Hay un momento que nunca olvidaré. Al término de la conferencia, una joven médica africana vestida con un precioso atuendo africano leyó en voz alta la Declaración de Alma-Ata. Muchas personas tenían lágrimas en los ojos. Nunca creímos que llegaríamos tan lejos. Aquel fue un momento sagrado.

P: ¿Qué significó para las personas? ¿Qué repercusiones inmediatas tuvo la Declaración, tanto en lo que a las operaciones de la OMS se refiere como en el contexto internacional más amplio?

R: Para la mayoría, fue una verdadera revolución de pensamiento. La salud para todos es un sistema de valores, cuyo componente estratégico lo constituye la atención primaria de salud. Las dos van unidas. Uno ha de saber adónde quiere que le lleven sus valores, y ahí es donde teníamos que aplicar la estrategia de atención primaria. Inmediatamente después hubo una especie de júbilo. Algunos sugieren que no se hizo nada después de aquello, pero eso es terriblemente injusto si uno ve qué hicieron las regiones y los Estados Miembros de la OMS en los primeros años que siguieron. Por ejemplo, varios Estados Miembros de la OMS progresaron de forma sustantiva. Pero disponían de más recursos. También África había puesto en marcha algunos de los ejemplos más asombrosos de atención primaria de salud, por ejemplo en Mozambique, mientras que los esfuerzos de otros países se vieron lentamente erosionados por el clima político y económico que imperaba. Años más tarde, la OMS registró y siguió ejecutando el consenso de Alma-Ata, obteniendo diversos resultados positivos en diferentes regiones y países.

P: La atención primaria de salud selectiva, esto es, la que se centra en cuestiones particulares o programas de lucha contra una única enfermedad, es lo contrario del consenso de la atención

primaria de salud de Alma-Ata, en el que se pide salud para todos. ¿Por qué se perdió la atención primaria de salud?

R: El decenio de 1970 fue propicio para la justicia social. Ese es el motivo de que después de Alma-Ata, en 1978, todo parecía posible. Luego se produjo un serio revés, cuando el Fondo Monetario Internacional (FMI) promovió el Programa de Ajuste Estructural con todo tipo de privatizaciones, lo que provocó escepticismo en torno al consenso de Alma-Ata y debilitó el compromiso con la estrategia de atención primaria. Las regiones de la OMS seguían luchando en los países, pero no se obtuvo apoyo del Banco Mundial ni del FMI. Y la mayor decepción fue cuando algunos organismos de las Naciones Unidas pasaron a un enfoque “selectivo” de la atención primaria de salud. Eso nos llevó a empezar desde cero.

Habíamos empezado con programas de atención de salud selectivos, centrados en una única enfermedad, como el paludismo y la tuberculosis, en los decenios de 1950 y 1960. A continuación tuvimos este despertar espiritual e intelectual que salió de Alma-Ata, y de repente algunos defensores de la propuesta de atención primaria de salud volvieron una vez más al antiguo enfoque selectivo. Quizás, paradójicamente, Alma-Ata tuvo en esos casos el efecto opuesto al previsto, ya que hizo que las personas pensarán demasiado en la selección, en lugar de seguir la doctrina de Alma-Ata de salud para todos.

P: ¿Respondió la Declaración de Alma-Ata a sus expectativas?

R: La Declaración hizo más que responder a mis expectativas y superó con creces las expectativas de los gobiernos, las ONG y las personas implicadas. Nunca se ha concedido tanta importancia a la salud. La salud sólo es completa para quienes la ven a la luz completa, y está fragmentada para quienes la ven a la luz fragmentada. Esta evidencia estaba omnipresente en las deliberaciones de Alma-Ata. La Declaración tuvo tremendas repercusiones inmediatas, dado que las personas abandonaron Alma-Ata con la convicción de que habían participado en una revolución sanitaria.

P: ¿La atención primaria de salud es una prioridad mucho más acuciante ahora que antes?

R: La atención primaria de salud es ahora más necesaria que nunca, y no sólo porque se ha de encontrar la forma de vincular lo que aconteció durante los primeros años que siguieron a Alma-Ata y lo que existe ahora. Sigue habiendo una memoria de atención primaria de salud en las regiones y los Estados Miembros de la OMS y entre las ONG que apoyan a la OMS que puede volver a impulsarse.

P: La salud para todos parece ser un objetivo utópico, ¿qué quiere decir con eso?

R: El objetivo no era erradicar todas las enfermedades y dolencias para el año 2000; sabíamos que eso habría sido sería imposible. Nuestro objetivo era centrar la atención del mundo en las desigualdades sanitarias y tratar de alcanzar un nivel aceptable de salud, distribuido equitativamente en todo el mundo.

P: ¿Se siente decepcionado por que no se alcanzara el objetivo de la salud para todos y por que la atención primaria de salud se perciba como un intento fallido de ofrecer una cobertura universal de atención de salud? ¿Cómo puede la OMS revitalizar la atención primaria de salud ahora y en qué medida participa usted?

R: La OMS está empezando algo muy importante. Regresa a la maravillosa definición de salud de la OMS. Si las personas la hubieran respetado más, el que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” –una definición que fue ridiculizada por numerosos profesionales médicos. Apoyo firmemente lo que ahora está haciendo la OMS. Considero excepcionalmente valiente el hecho de que la Directora General de la OMS [Dra. Margaret Chan] haya comenzado el debate con los Estados Miembros sobre cómo revitalizar la atención primaria de salud.

Lo digo como persona de edad avanzada que estaba decepcionada por que las cosas siguieran el

curso que llevaron, pero ahora veo que la OMS está preparada para examinar detenidamente dónde nos encontramos actualmente y adónde queremos ir más allá de la atención de salud primaria. Puede tener un alto costo, no sólo por la remodelación de los programas verticales, sino por los sistemas de salud basados en conceptos de atención primaria de salud. Aprovechará todas las sinergias que, se espera, puedan generarse entre los programas verticales y horizontales. Me alegra mucho que todo esto esté empezando a suceder ahora. ■