

cuadernos médico sociales

ISSN 0325-3525

46

DICIEMBRE 1988

- Corporación Médica y Poder en salud. Argentina, 1920-1945
- La Industria Farmacéutica en Argentina
- Mortalidad en México
- Hacia un cambio en el sistema prestador
- Atención Primaria selectiva

centro de estudios sanitarios y sociales
asociación médica de rosario

CESS

Las intervenciones sanitarias selectivas: (*) Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo

Daniel Grodos y Xavler de Béthune (**)

1.— INTRODUCCION

¿Cómo combatir los problemas de salud de los países del Tercer Mundo?

La pregunta es amplia, las respuestas no son simples, las necesidades inmensas y los medios limitados.

En 1978, la Conferencia Internacional conjunta de la OMS y de UNICEF, celebrada en Alma-Ata (URSS), realizó un gran esfuerzo de esclarecimiento al formular la estrategia de la atención médica primaria, que adoptaron todos los países miembros de la OMS. En calidad de estrategia de salud, la atención primaria (APS) puede inspirar legítimamente las políticas sanitarias de todos los países: el término "primaria" no significa "somero", "elemental" o aún "de grado inferior", sino primera, primordial, de primer recurso. La rigidez de las estructuras médico-sanitarias de las naciones occidentales y la agudeza de los problemas de salud en los países en vías de desarrollo han hecho, sin embargo, de la APS una cuestión de debates y de prácticas concernientes más particularmente al Tercer Mundo (1). Carente de fundamento teórico, este desvío es, no obstan-

te, un hecho. Y el presente artículo se limitará a las políticas de salud en los países en vías de desarrollo.

La resistencia que encuentra la estrategia de la atención primaria de la salud en los países industrializados no debe impedir, en efecto, que continuemos la reflexión sobre la mejor manera de adaptarla a los contextos variados del Tercer Mundo, donde además debe evitarse a toda prisa otro tipo de resistencia: el rechazo, por parte de las élites administrativas, políticas y médicas, de una estrategia que se pretendería imponer desde el exterior en bloque y sin matices, exponiéndola de este modo al reproche de ingerencia neo-colonialista.

La estrategia de la APS no nació de la nada y como milagro en Alma-Ata. Por el contrario, extrae las lecciones de la acción médica pasada y formula para el futuro una estrategia global suficientemente ambigua para ser movilizadora y suficientemente consistente para servir de guía a la acción y la reflexión.

Ahora bien, algunos años después de su for-

(*) Traducido de Soc. Sci. Med. Vol. 26, Nº 9, 1988.

(**) Colaboradores de la Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Antwerpen, Bélgica.

mulación, la estrategia de la APS se vió cuestionada desde diversos ángulos, inclusive por algunos de sus promotores iniciales, como el UNICEF, en nombre de la urgencia, en nombre del realismo y reprochándole su utopismo y su costo prohibitivo.

Se vió entonces a grandes organismos nacionales e internacionales que financian los programas de salud en el Tercer Mundo recomendar lo que hemos dado en llamar atención primaria de la salud "selectiva" y reservarle sus fondos.

La duda se instala en algunas mentes, surge la polémica, algunos gobiernos del Tercer Mundo dudan y la política de cooperación sanitaria de la CEE o de sus países-miembros, a menudo mal definida, corre el riesgo de subir a trenes en marcha hacia destinos contradictorios y quizás no deseados.

"De Babel a Alma-Ata... y regreso" escribía el Doctor E. Morin en 1984.

Acerca de esta cuestión de la intervención médica sanitaria en los países en vías de desarrollo (PVD) se reunió en Anvers (Bélgica), el 29 y 30 de noviembre de 1985, un seminario internacional agrupando a los responsables de la salud pública de diversos países. Este coloquio tuvo lugar el 29 y 30 de noviembre de 1985, organizado por la Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique (URES) (Unidad de Investigación y Enseñanza en Salud Pública) del Instituto de Medicina Tropical Prince Léopold (IMT Antwerpen). Este coloquio no se ajustó a la problemática de la intervención médica de urgencia, que monopoliza los medios masivos de comunicación y a la que la opinión reduce muy a menudo la ayuda médica al Tercer Mundo. Se trata de problemas a la vez mucho más fundamentales, más cotidianos y de consecuencias más graves para el futuro: la acción médico-sanitaria día por día y las políticas de salud.

Al terminar el coloquio, se adoptó el siguiente manifiesto:

"Personalidades académicas, especialistas y médicos en salud comunitaria de diversos países industrializados y en vías de desarrollo se reunieron en Anvers en un seminario de dos días, donde hicieron un balance sobre la puesta en práctica de la Atención Primaria de la Salud.

Después de la Conferencia de Alma-Ata en

1978, los Estados miembros de la OMS acordaron afirmar que es la estrategia de la APS la que permitirá obtener Salud para Todos, considerando a las poblaciones como participantes activos.

Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, y a pesar de las lecciones del pasado y la experiencia acumulada, importantes organismos nacionales e internacionales de ayuda al desarrollo desviaron los recursos ya escasos hacia un enfoque conocido bajo el nombre de "atención primaria de la salud selectiva". Este enfoque concentra todos sus esfuerzos en algunas intervenciones, dirigidas hacia grupos de población precisos, y pretendidamente seleccionados sobre la base de una eficiencia más grande.

La «atención primaria de la salud selectiva» expresa una contradicción en los términos. La expresión misma debería ser abandonada, ya que, en el mejor de los casos, estas actividades no pueden considerarse más que como «intervenciones sanitarias selectivas». Este enfoque está en efecto en flagrante oposición con los fundamentos de la atención primaria de la salud.

Estos fundamentos son:

— Las principales causas de mala salud hunden sus raíces en las condiciones de vida y el medio ambiente en general, y en particular en la pobreza, la desigualdad social y la distribución injusta de recursos en función de las necesidades, tanto en el interior de las naciones como a nivel internacional.

— La salud no es más que una de las preocupaciones de las personas. Es necesario entonces comprometerlas en las elecciones que se les imponen, y considerarlas como participantes en condiciones de jugar un importante rol en su protección y mejora. Es necesario entonces que participen total y realmente en las tomas de decisiones que les conciernen, inclusive, por supuesto, en la elección de sus servicios de salud.

— Los servicios de salud deben suministrar atención curativa y preventiva, y también emprender acciones de promoción sanitaria y de rehabilitación social. Esto debe realizarse de manera coordinada e integrada, de modo que responda a las necesidades de las personas.

El enfoque de la atención primaria de la salud es utilizado con éxito en diversas partes del

mundo. Tratándose de un proceso continuo, mucho queda por hacer en este dominio.

Este manifiesto se publica porque la proliferación de programas de intervenciones sanitarias selectivas socava el trabajo de los servicios de salud en el momento preciso en que intentan reorganizarse en función de la atención primaria.

Se publica también porque estas intervenciones pretenden ofrecer «soluciones rápidas» y «éxitos instantáneos» y desviar así los recursos limitados de la solución de los problemas reales subyacentes. Contribuyen de este modo a mantener un mal estado de salud general.

Además, la experiencia nos ha enseñado que las intervenciones selectivas tienen tendencia a devenir permanentes, aún si son presentadas

sólo como una «estrategia interina». En la práctica, tienen necesidad de estructuras específicas, de las cuales un país no puede deshacerse fácilmente en el momento en que eligiría reorientar su política de salud en función de la atención primaria.

Pero, sobre todo, las intervenciones sanitarias selectivas eliminan la posibilidad de una participación de las personas en la toma de decisiones en el dominio de su propia salud.

Los abajo firmantes deciden entonces reafirmar la pertinencia de la estrategia de la atención primaria de la salud en todas sus implicaciones y rechazan los otros enfoques introducidos y propagados bajo el nombre de «atención primaria de la salud selectiva».

2.— RESEÑA HISTORICA

Podemos decir que los sistemas "modernos" de salud de los PVD han heredado sus principales características del modelo occidental de la medicina y la práctica médica, heredado de Europa vía la "medicina colonial", que innovó en ciertos dominios, o copiado, en un período más reciente, de los EEUU (2). Es así que observamos más a menudo:

— primacía del hospital (segundo escalón de la atención) sobre el puesto de salud lugareño (primer escalón de la atención);

— primacía de la ciudad (y sobre todo de la capital) sobre la zona rural;

— primacía de las actividades curativas sobre las actividades preventivas;

— primacía del médico sobre el resto del personal de salud;

— primacía de las técnicas importadas y costosas sobre las técnicas disponibles y reproducibles localmente;

— primacía del tratamiento de la enfermedad sobre la promoción de la salud (con lo que esta última supone de educación sanitaria y de acción sobre el medio ambiente);

— primacía de las construcciones sobre las actividades;

— primacía de la medicina sobre el desarrollo de otros servicios en la zona rural.

Esto ha podido explicar y explica aún los rasgos de la "medicina tropical" tal como se aplica en nuestros días:

a) paternalismo médico más o menos autoritario;

b) contraste entre los dispendiosos hospitales de las capitales y la pobreza de la red sanitaria de base en otros lugares;

c) predominio de programas "verticales" o "específicos" (equipos móviles diferentes encargados de la vacunación o de la lucha contra tal o cual endemia), particularmente característico de la medicina colonial;

d) corte entre el desarrollo de las actividades médicas y el resto del desarrollo general de las campañas (iglesias, y a veces escuelas o cuarteles, puestos aparte);

e) desprecio persistente de la medicina tradicional;

f) falta de responsabilidad de los individuos y de sus comunidades frente al desafío de su salud, estimulada tanto por la concepción caritativa de la acción médica como por la gratuidad total de la atención en el sector público;

g) ausencia de reflexión profunda sobre la salud pública en la planificación sanitaria.

Por cierto, la medicina había conocido iniciativas favorables como la descentralización de los

puestos de salud y una cierta racionalización de la distribución de medicamentos. Había conocido también algunos resultados. Pero la regresión de estos (fracaso general de la erradicación de la malaria, resurgimiento de la enfermedad del sueño en África Central) es demasiado fácilmente atribuida a la "derrota de las Independencias" y a la desorganización de las redes sanitarias que resultaron a menudo de ella. Más bien debe ser explicada por los caracteres mismos de la acción médica comprometida (3). Los programas verticales han mostrado en efecto sus límites, las enormes necesidades financieras de los hospitales han causado estragos y la lucha con la malnutrición ha permanecido también poco eficaz tanto en

3.— DEFINICION Y PRINCIPALES CRITERIOS DE LA APS

Aunque aún no han ocasionado conmociones espectaculares sobre el terreno y las experiencias continúan afinándose, la Declaración de Alma-Ata y la estrategia de la APS han tenido un alcance considerable sobre las ideas y comienzan a influenciar las políticas sanitarias de los PVD. Los debates que suscitan están a la medida del cambio de mentalidades que requieren.

"La crítica es fácil..."

Como toda idea perturbadora e innovadora, la estrategia de la APS ha dado pie a críticas sumamente contradictorias y lugar a interpretaciones divergentes.

También se ha reprochado a la estrategia de la APS de ser falsamente apolítica y de reflejar en realidad los intereses del establishment de financiadores de los países del Norte (5). Otros han reprochado al texto de la Declaración de Alma-Ata ser un enfoque muy técnico de los problemas de salud, deteniéndose en el umbral de las verdaderas cuestiones, a saber el cuestionamiento de los mecanismos sociales, políticos y económicos que explican a la vez el subdesarrollo y la mala salud (6). Otros, por el contrario, sospechan que la APS reposa sobre presupuestos socializantes.

Este debate está lejos de ser vano. Ganaría sin embargo si no se perdiera de vista que la APS no es en primer lugar una doctrina ni un cuerpo teórico, sino una lección extraída de la experien-

los países de América Latina como en los Estados jóvenes o las naciones asiáticas.

Por cierto, no podemos tampoco pretender que la situación esquematizada más arriba se encuentre con los mismos rasgos en nuestros días en todos los PVD, sin caer en la caricatura o el anacronismo. Las cosas han cambiado. Se ha producido una toma de conciencia, a ciegas primero, a partir del trabajo en terreno y de los caminos múltiples que muchos médicos han recorrido en los años cincuenta, sesenta o setenta. Finalmente han llegado a la famosa Declaración de Alma-Ata, que es a la vez un balance severo y un proyecto ambicioso: la estrategia de la atención primaria de la salud (4).

cia de campo. Ganaría también si tomara en cuenta la conmoción de las estructuras de poder que la introducción de la atención primaria puede suscitar en una organización social dada (7), sugiriendo así que es, en el terreno, menos "apolítica" que lo que podríamos creer por escrito. No obstante, el presente artículo no se propone entrar en este género de discusión porque, pensamos, los desafíos concretos actuales están en otro lugar.

"...pero el arte es difícil"

Entonces, si bien cada país debe definir cómo espera poner en práctica la APS, las posibilidades, en todas partes, se limitan a cuatro perspectivas (8):

1.- Como un **nivel de atención**: el más próximo a las personas, el que se supone ampliamente descentralizado, de modo de ser fácilmente accesible y cubrir realmente la población de cada zona sanitaria. Esto no significa que este nivel de atención periférica esté separado del resto de la red sanitaria ni que ésta no deba ser racionalizada para lograr mayor eficiencia.

2.- Como un **programa de acción**, que comprenda al menos los ocho componentes siguientes: tratamiento de enfermedades corrientes, protección materno-infantil, vacunaciones, educación de la salud, lucha contra la malnutrición, prevención y control de las enfermedades endé-

mic, suministro de medicamentos esenciales y saneamiento del medio, que incluye provisión de agua potable.

La enumeración de estos ocho componentes, tomados de la Declaración de Alma-Ata, tiene como meta subrayar el carácter necesariamente múltiple de la acción médico-sanitaria. No son evidentemente concebidos como "capítulos" a redactar en un informe de actividades ni como "programas" a desarrollar paralelamente. Más importante es la gestión emprendida para ponerlas en práctica y que consiste en: 1) partir de la **demandas de atención que emana de una población dada**; 2) identificar los **grupos de riesgo** en esta población; 3) responder a esta demanda y a estas **necesidades racionalizando la oferta de atención posible**.

3.- Como una **estrategia de organización de servicios de salud**, que "vuelve a colocar sobre sus pies el sistema médico-sanitario", es decir: 1) que pone al hospital al servicio de centros de salud rurales y no a la inversa; 2) que integra las actividades de medicina curativa, de prevención y de promoción sanitaria (el mismo equipo en una zona determinada es responsable del conjunto de estas actividades, a la inversa de lo que ocurre en el enfoque "vertical" dé los problemas por equipos especializados, móviles o no); 3) que apela a la participación de la población no solamente para ...pagar una parte de los gastos, sino también para decir su palabra en la gestión de los centros de salud; 4) que toma en cuenta que la respuesta a los problemas de salud no puede venir sólo del sistema sanitario, sino que requiere un esfuerzo concertado (cooperación intersectorial) entre diversos dominios socio-culturales y económicos).

4.- Como una **filosofía general** que impregna todo el sistema de salud, filosofía que "vuelve a poner a la medicina en su lugar": 1) tratando de responsabilizar a los individuos y las comunidades con respecto a hacerse cargo de su salud por ellos mismos; 2) no reclamando un desvío excesivo de recursos hacia el sector sanitario en detrimento de otros componentes de base del desarrollo (educación, vivienda, etc.); 3) considerando la equidad en la distribución de atención; 4) concibiendo la salud de manera global, es decir bajo todos sus aspectos (sin limitarse al tratamiento o

la prevención de enfermedades) y en todo su ambiente social, cultural y económico.

El carácter ambicioso de una visión tal de la medicina y la salud, lo repetimos, no proviene de un idealismo humanista de pensadores académicos sino de la experiencia adquirida en terreno durante decenios.

Después de estas precisiones de definición, consideremos los principales criterios a los que pretende responder la APS y sobre los que demanda ser juzgada.

Integralidad

La APS propone dar una respuesta "integral" a los problemas de salud. Esta integralidad implica que se tome a cargo a la vez el alivio del sufrimiento cotidiano de las personas (su "demanda de atención") y los aspectos de prevención y de promoción de la salud (por la educación sanitaria, los servicios de protección materno-infantil, la acción del medio, etc.). A esta exigencia de integralidad ciertos críticos de la APS la consideran quimérica o paralizante. En realidad, no hace más que corresponder a las dimensiones siempre múltiples de la lucha contra la enfermedad y de la mejora de la salud. Proponer una acción médico-sanitaria integral, no selectiva, es también una condición **sine qua non** para combatir a fondo los problemas con realismo y eficacia.

Pero no nos equivoquemos. Si atacar a fondo los problemas implica efectivamente medidas de envergadura y reformas serias, ya sean políticas (como la lucha contra la pobreza, una mejor distribución de recursos, la promoción de la participación de las personas), ya sean técnicas (la organización y la estructuración del conjunto de servicios de salud), el objetivo final de la atención primaria no es la **erradicación de enfermedades determinadas sino la mejora del estado de salud de los individuos y las poblaciones**. Resolver problemas específicos de salud, luchar contra patologías determinadas, erradicar si es posible una u otra enfermedad: estos no son más que **medios**. El fin último de la APS es aumentar la calidad de la vida cotidiana y permitir de este modo a cada uno mayor autonomía, mayor realización de sus aspiraciones per-

sonales, mejor participación en su vida familiar y social.

La APS implica entonces dos premisas, aparentemente contradictorias pero en realidad complementarias:

— Por un lado, el campo de la salud es vasto y no está claramente delimitado. Su frontera con la dinámica del desarrollo y de la justicia social no está definida en particular (9).

— Por el otro, la salud no es más que una de las preocupaciones de las personas. La importancia que atribuyen a sus problemas de salud puede ubicarlos lejos, por detrás de una gran cantidad de otras preocupaciones cotidianas. (10)

Ignorar estas premisas, es engeguerse voluntariamente. La APS no será eficaz si sólo interviene a nivel de algunos problemas sanitarios, por más cruciales que puedan parecer, por el contrario es en función de los seres humanos y de situaciones tomadas y comprendidas en toda su complejidad que debe ser puesta en práctica. (11)

En resumen, la APS requiere ser integral porque la realidad misma de la salud y la enfermedad es "integral", es decir multidimensional, y porque su fin último es "integral", es decir, más ambiciosamente social que estrictamente médico.

Equidad

La exigencia de equidad no descansa sólo sobre una ideología de mayor justicia social, que se serviría de la distribución de atención como una variedad de redistribución de ingresos. Se basa mucho más, también, en una exigencia de racionalidad y eficacia: si los grupos más desfavorecidos no pueden tener un acceso permanente a los servicios de salud, a la atención curativa y preventiva y a actividades de rehabilitación o de promoción sanitaria, es vano esperar de la intervención médica un efecto importante y durable para la comunidad. En cierta manera, la exigencia de equidad resulta de la de integralidad y está al servicio del mismo fin definido arriba.

Esta exigencia de equidad tiene así repercusiones múltiples.

1.- Refuerza la necesidad de descentralizar lo más ampliamente posible los servicios de salud,

con lo que esto entraña (o debería entrañar) de redistribución del poder y la autonomía de la cima a la base, es decir, del "centro" político-hospitalario-administrativo hacia las estructuras periféricas de la APS.

2.- Implica la responsabilidad (el dar cuenta) de dirigentes y técnicos vis a vis los grupos desfavorecidos: ¿qué técnicas se pone en práctica?, ¿para qué necesidades?, ¿para qué demanda que emana de las personas?, ¿con qué aceptación?, ¿a qué costo?, ¿con qué explicaciones?

3.- Por último, enfrenta evidentemente la tendencia a la reducción de los presupuestos sociales, entre ellos el de la Salud, que el Fondo Monetario Internacional impone indistintamente a los países en desarrollo en función las dificultades de sus grandes desequilibrios económicos.

Participación

Las dos características de integralidad y de equidad de la APS no son realizables sino en el marco de un enfoque participativo. Este cae de su peso si recordamos una dimensión capital de la filosofía de la APS, tal como la hemos descrito: tender a responsabilizar a los individuos y las comunidades con respecto a la toma a cargo de su salud por ellos mismos.

Pero la participación tiene también razones más "técnicas". Podemos considerar al menos cuatro:

a) el diálogo con la población es una vía de entrada no burocrática a la comprensión de sus necesidades y de su demanda de atención;

b) la salud no se mejora nunca por la sola acción de la medicina. Cuando todo el medio ambiente cambia en el buen sentido, la salud puede mejorar. Pero esto supone individuos actores, y no solamente beneficiarios de la acción médico-sanitaria;

c) además, sólo la opinión, el control, la retroalimentación que viene de la población permite una adaptación permanente del sistema de salud y su mejora hacia una mayor eficacia, eficiencia, acceso, y para decirlo todo, humanidad.

d) finalmente, cada cultura tiene su propia concepción de la salud, que los "profesionales de la salud", encerrados en su saber técnico, no

llegarán a adquirir más que por una forma u otra de diálogo con la población. Se han cometido muchos errores por no haber querido reconocer que toda comunidad humana posee su propio saber sobre la salud, y que es tornando explícita la expresión y conciente la lógica que podemos unir este saber con el saber occidental en los mismos dominios —saber occidental que no se trata de tirar, desde luego.

La participación no es siempre una dimensión de la APS automáticamente garantizada. Se obtiene y se conserva difícilmente. Es, además, tanto un resultado de acciones emprendidas como un recurso para la realización de estas acciones. Tomemos el ejemplo de la atención curativa. El sufrimiento individual es, para las personas, el problema de salud prioritario (estemos en un país rico o en un país pobre, por otra parte). Entonces, un servicio de salud debe, primero, hacerse cargo de la respuesta a esta necesidad fundamental y universal. Pero la organización de servicios curativos es también una excelente ocasión de diálogo, que permite a las personas tomar conciencia de sus propias posibilidades de autonomía y a los profesionales de la salud adaptar la naturaleza y las modalidades de funcionamiento de sus servicios.

No hay razón para que la participación no llegue a todos los sujetos que tienen una relación con el desarrollo o la salud. Tampoco hay razón para que ella no intervenga en todos los niveles de decisión, desde el nivel médico-enfermo a los niveles superiores del sistema sanitario. Por lo tanto, al confinar indebidamente la APS sólo a los servicios periféricos, no se hace más que yuxtaponer una organización comunitaria naciente con el resto del sistema sanitario, inmodificado en su centralismo, sus costos y su tecnicidad. (12)

Una vez dicho esto, el enfoque participativo no niega —contrariamente a lo que algunos dicen— la importancia de las técnicas y de los técnicos. Pero demanda a estos técnicos un esfuerzo de escucha y de cambio que permita reorientar algunas de sus acciones y adaptar algunos de sus medios a los valores y modelos de las personas para las que trabajan.

Las consecuencias evidentes de este reparto de saber y de poder, aún limitado, son la demistificación de una gran cantidad de técnicas, de tratamientos o de servicios —y un cierto cambio de comportamiento por parte de los que las utilizan. En la práctica, esto se manifestará, por ejemplo, en la negativa a medicalizar problemas corrientes o susceptibles de ser tomados a cargo a nivel familiar (como el tratamiento de primera instancia de la gripe, de la fiebre o de la diarrea). O aún en la búsqueda de alternativas: farmacias familiares, colaboración con la medicina tradicional, etc.

Eficacia y costo

La APS pretende ser una estrategia eficaz con relación al fin integral de mejora de la salud de los grupos y de los individuos. Desafortunadamente, los métodos actuales de evaluación de la eficacia y del costo de las intervenciones sanitarias o médicas no le hacen justicia, ya sea porque no evalúan más que aspectos limitados de estas acciones médico-sanitarias, ya sea porque no son bastante bien descritos para ser utilizados en todas partes de modo pertinente.

Además, la eficacia real de la APS puede medirse sólo a largo plazo, es decir conforme a la meta y objetivos mismos de esta estrategia. Ahora bien, la mayor parte de los indicadores habituales de salud son indicadores cuantitativos, a menudo discutibles en sí mismos (como la tasa de mortalidad infantil), marcados con un *a-priori* cultural en su selección, y que aprehenden la realidad de un modo extremadamente puntual y fragmentario. En efecto, ¿cómo "medir" la capacidad de autodeterminación de una población cubierta, la participación comunitaria, la equidad y la pertinencia de los servicios ofrecidos, la satisfacción de los usuarios? Existen algunos indicadores en estos diferentes dominios, pero continúan siendo raros o muy imprecisos.

Se abre aquí un gran campo de investigación que debería permitir dar a la APS los instrumentos de evaluación que corresponden a sus objetivos y a sus ambiciones, y que hoy le hacen muchísima falta.

4.— DERIVACIONES DEL CONCEPTO Y DE LA PRACTICA DE LA APS

Seguramente, la APS ha dado lugar a experiencias aberrantes y a simplificaciones que han podido llegar hasta desnaturalizar su sentido.

Los agentes de salud comunitarios

Así, muchos han creído que aproximar el primer nivel de atención de la población exigía que se bajara el nivel y el abanico de esta atención, de manera que pudiesen ser dispensados a las personas por "agentes de salud comunitarios", o agentes de salud lugareños o trabajadores de salud de base —los vocablos han florecido. Miles de voluntarios, elegidos por su aldea, llenos de buena voluntad (y a menudo de deseo de promoción social) han sido formados de prisa muy a menudo y lanzados salvajemente con muy poca cantidad de conocimientos y algunos medicamentos.

Es seguro que una concepción tal de la acción sanitaria no tiene nada que ver con el rigor que exige la APS en su aplicación. Desafortunadamente, ocurre que tanto en el espíritu de sus detractores como en el de algunos de sus defensores, la APS es aún comprendida de este modo caricaturescamente reduccionista. Además las decepciones han sido rápidas y a la medida del error en la mayor parte de las experiencias de este género.

El error proviene en primer lugar de una mala interpretación del término "primaria". Sin duda en base al modelo mental de la "escuela primaria" hemos querido ver en la APS alguna cosa simple, elemental y algo que, si es necesario y dadas las circunstancias (es decir, la limitación de los medios) podría bastarse a sí mismo. De allí la concepción de la APS como una medicina de segunda clase, adaptada a la selva, al interior o al campo. De allí también la creación de servicios ministeriales distintos "encargados de la APS". No podemos equivocarnos de entrada. Porque la estrategia de la APS implica en realidad que cambie el conjunto del sistema sanitario, que debe reorganizarse al servicio de la atención médica en la base (ya se trate de recursos, de personal, de técnicas o de administración). Desde

esta óptica, el hospital de referencia y el hospital del distrito se sitúan de hecho en las preocupaciones de la APS: el hospital debe estar afiado y no ajeno a la APS.

Pero el error proviene sobre todo de una mala interpretación de la piedra angular del sistema sanitario requerida por la APS. Esta piedra angular **no es** el agente de salud lugareño que, a nuestro parecer, forma parte de su comunidad y no del sistema sanitario, y debe a lo sumo ser considerado como una solución transitoria (13). La piedra angular es **el equipo polivalente a cargo del dispensario periférico**. Animado por un responsable calificado (médico o enfermero, según las contingencias locales), este equipo de primer nivel está encargado de una zona de salud delimitada de modo tal que sea efectivamente cubierta; es supervisado periódicamente por un médico del hospital de referencia y sostenido por instrucciones precisas así como por suministros regulares. Sólo un equipo tal puede asegurar la atención integral, continua, accesible, aceptable y que permita una referencia fácil a los servicios más especializados o centralizados. (14)

Que se nos comprenda bien. No decimos que el equipo polivalente de base es, solo o en sí mismo, más apto para satisfacer las exigencias de la APS que el agente de salud comunitario. Su saber y su saber-hacer son por cierto superiores, pero podemos considerar que son todavía de una utilidad reducida si hacen perder de vista la participación comunitaria, la acción intersectorial o la adecuación de las técnicas que hemos evocado.

Tampoco decimos que el agente de salud comunitario es siempre y en todas partes inútil: puede representar un modo entre otros de mejorar cualitativa y cuantitativamente los contactos entre la población y el servicio de salud (algunos lo llaman "aumentar la superficie de separación" entre la población y el servicio). Existen sin embargo otras modalidades: las familias mismas pueden jugar muy bien este rol en particular, o personas ya tradicionalmente a cargo de ciertas funciones relevantes del "arte de curar" (el abanico de estas personas es por otra parte más variado de lo que deja creer la imagen estereoti-

pada del "curador tradicional"). ¿De qué serviría delegar artificialmente a un agente de salud lugareño —bajo el pretexto de que sería elegido por su comunidad— la atención corriente ya perfectamente tomada a cargo por las familias o los curadores locales?

Pero lo esencial de nuestra crítica de los agentes de salud de base reside sobre todo en lo siguiente: Responsabilizar a las personas y las comunidades en lo que se refiere a su salud supone una cierta desmedicalización de la acción sanitaria, una cierta demistificación del poder del médico y de la autoridad de la medicina: es "el lado oculto" de toda participación real. Ahora bien, esta desmedicalización y esta demistificación no se efectuarán nunca, como algunos creen hacer, con los agentes de salud de base **pasando del lado** del servicio médico; sólo se efectuarán cambiando el servicio médico. Y para hacer esto, el equipo polivalente periférico es el mejor ubicado: porque precisamente es el más periférico, es decir técnicamente el más simple, culturalmente el más próximo, geográficamente el más accesible, socialmente el más comprometido en la vida cotidiana. Desmedicalizar o demistificar pasando por un voluntario elegido por su comunidad es una ilusión: se deja de este modo totalmente inmodificado el resto del sistema sanitario y fuera de todo cuestionamiento la ideología médica dominante. El peligro denunciado más arriba por T. Amat (12) encuentra aquí un nuevo avatar.

Es por eso que pensamos que en lo que concierne **al servicio** de salud propiamente dicho, es el equipo polivalente periférico el que constituye la base adecuada para la APS y no el agente de salud lugareño.

Haremos progresar significativamente la causa de la APS cuando cesemos de identificar los agentes de salud comunitarios, o de considerarlos como un escalón de la atención periférica rudimentaria y cuasi autónoma.

La "atención primaria de salud selectiva"

Pero otro cuestionamiento de la APS ha sido formulado en 1979 y es mucho más hipócrita. Se

presenta como más científica y se titula ella misma como "estrategia de atención primaria de la salud selectiva".

Estimando que la APS tal como se definió en Alma-Ata sería muy costosa, muy ambiciosa e inaccesible por mucho tiempo —la OMS había traducido la estrategia de la APS por el eslogan quizás un poco rápido: "Salud para todos en el año 2000"— los partidarios de la "nueva" estrategia proponen tornar "selectiva" a la APS, atacando prioritariamente algunas grandes patologías seleccionadas según los siguientes criterios: su frecuencia, su tasa de mortalidad y morbilidad, su vulnerabilidad a un tratamiento fácilmente disponible.

Este razonamiento tiene todas las apariencias de buen sentido. Si los medios son limitados, reservémoslos para acciones más inmediatamente eficaces:

"Frente a la multiplicidad de problemas de salud a los que los hombres están confrontados, no podemos atacar a todas las enfermedades desde ahora. La meta retórica fijada en la Conferencia de Alma-Ata —una vida social y económicamente productiva para todos gracias a la APS integral— desafortunadamente no será alcanzada en un futuro cercano. En muchas regiones, las prioridades deben ser despejadas a fin de instituir medidas de control. Debemos elegir las medidas que utilizan los recursos humanos y financieros disponibles, que son limitados, del modo más eficaz y más eficiente". (15)

Es de este modo que vemos, después de poco tiempo, grandes establecimientos de ayuda en los países en vías de desarrollo (la ayuda oficial americana: la USAID, pero también un organismo internacional como el UNICEF) que lanzan programas "prioritarios", concebidos sobre la base de la atención médica selectiva y que se permiten a veces burlarse de la OMS, ¡proponiéndose alcanzar sus objetivos en 1990! Así, UNICEF con su programa GOBI-FFF (16) o el USAI con, por ejemplo, su programa CCCD. (17)

La APS rechaza entonces la característica esencial de la atención primaria de salud tal como la presenta la declaración de Alma-Ata, a saber la **integralidad** de la estrategia. El enfoque multi-

causal y a largo plazo de la salud es reemplazado por un enfoque de problemas (patologías), concretado en una yuxtaposición o una combinación de programas restringidos y a corto plazo. Todo en nombre de la "eficacia". ¿Quién no ve, sin embargo, que no se trata allí, según la expresión de O. Gish (18), más que de vino viejo en nuevas odres y de la reintroducción de los programas "verticales" de antaño?

Los partidarios de la APS selectiva protestan frente a esta acusación de verticalismo y pretenden que si efectivamente los programas verticales deben ser reintroducidos, el enfoque selectivo podría muy bien encontrar su lugar en las estructuras horizontales (es decir integradas) descritas por Alma-Ata. En esto, se dicen... ¡diagonalistas! (19)

A los que comprenden la Declaración de Alma-Ata en todas sus implicaciones, la cosa

5.— CRITICA SOCIO-POLITICA DE LAS INTERVENCIONES MEDICO-SANITARIAS SELECTIVAS

a) Se ha señalado que este enfoque tecnocrático de la salud ofrece salidas comerciales y tecnológicas fáciles a la industria médico-farmacéutica occidental. Y que tranquiliza a los financiadores de los países ricos sobre la eficacia de su caridad, puesto que les propone elecciones "evidentes" (enfermedades prioritarias), criterios "indiscutibles" (la tasa de mortalidad y morbilidad) y resultados tangibles "rápidos". ¿Quién, entre los financiadores y los que toman decisiones, podría no ser seducido?

b) Algunos no dudan en acusar a los promotores de la APS selectiva de intenciones políticas: la movilización de recursos públicos a favor de programas selectivos con propósitos políticos dejaría el campo abierto para el libre desarrollo de la medicina privada —libre, es decir anárquica, elitista y excesivamente costosa: los ejemplos sobreabundan en el Tercer Mundo.

c) La crítica puede además llevarse mucho más lejos. Por un lado, los programas selectivos aparecen como un medio cómodo de "hacer algo positivo" (o de hacerlo creer) en el dominio de la salud, sin poner en marcha toda la lógica del

parece no obstante imposible, como lo explicaremos abajo y la APS selectiva se les aparece como una contradicción en sus términos (20). Sería mejor hablar de intervenciones sanitarias selectivas o de actividades selectivas de salud ya que el abandono del enfoque multicausal e integral de la APS hace de la conservación de la expresión "atención primaria" un abuso del lenguaje en un contexto tal. Las intervenciones sanitarias selectivas surgen más bien de un razonamiento defensor del mercado: ¿cómo cubrir rápidamente un mercado con un producto o un servicio? El hecho de que este producto o este servicio sean útiles o no, aceptables o no para sus beneficiarios, sean comprensibles o no para ellos, todo esto pasa a segundo plano, y aún desaparecería completamente detrás de elecciones y una planificación efectuadas por técnicos, generalmente extranjeros.

cambio, en el sistema de salud y fuera de él, que implica la APS (21). Algunos llegan hasta afirmar que el aspecto más o menos coercitivo de los programas inspirados por el enfoque selectivo los transforma en instrumentos de control social, y que una ayuda internacional que se identificara allí no haría más que prolongar, detrás de la fachada humanitaria de las relaciones Norte-Sur, la lógica del sistema colonial.

Por otro lado, la promoción de actividades sanitarias selectivas podría resultar del deseo de no cambiar las relaciones de poder entre los países industrializados y los países en vías de desarrollo. Sabemos, en efecto, que a menudo decisiones de orden político o económico son más o menos impuestas a los dirigentes del Tercer Mundo por presión o chantaje ejercido vía la ayuda al desarrollo. En el caso de las actividades sanitarias selectivas podemos imaginar muy bien qué vulnerabilidad resultaría del corte (o de la amenaza de corte) de suministros de vacunas o de todo otro input vital para estas actividades. Si lo esencial del esfuerzo sanitario de un país dado estuviera reorientado hacia actividades

selectivas, esta selección misma devendría un factor de dependencia política-económica no despreciable.

d) El enfoque selectivo, finalmente, implica una concepción de la salud diferente según se trate de países en vías de desarrollo o de países industrializados; permite por lo tanto considerar las políticas sanitarias específicas para los primeros, que no cuestionan el funcionamiento del sistema de salud en los otros (lo que la universalidad del enfoque de la atención primaria tiene la "desafortunada" ten-

dencia a hacer). Es de este modo por lo menos ambiguo que grandes agencias de ayuda occidentales proponen a los países del Tercer Mundo estrategias que rechazan ver aplicadas en sus propios países, como si la organización social de la medicina en los países industrializados, sus costos, sus resultados y sus orientaciones estuvieran fuera del alcance de toda crítica. O como si, una vez más, el Tercer Mundo sirviera de campo de experimentación para comprobar las hipótesis de investigadores de países industrializados.

6.— CRITICA TECNICA Y OPERACIONAL DE LAS INTERVENCIONES MEDICO-SANITARIAS SELECTIVAS

Sin desarrollar todo esto, se puede hacer otras objeciones a los partidarios de la APS selectiva.

Cientificidad y método

a) Se les puede reprochar no apoyarse, hasta el presente, en ningún estudio específicamente valioso para probar su mayor eficiencia con una disminución espectacular de los costos. (22)

b) Se les puede reprochar reducir muy a menudo la evaluación de actividades sanitarias al análisis de algunos datos agregados, como las tasas globales de mortalidad. Lo que es muy simplista. Conviene evidentemente desagregar los datos según la edad, el sexo, la distancia a recorrer para acceder al servicio de salud, ver también el nivel socio-económico y la pertenencia a un grupo minoritario.

c) Por otro lado, los selectivistas atribuyen con gusto las variaciones que observan en sus indicadores al impacto de sus actividades. Esto es formular allí la hipótesis riesgosa de un lazo de causa a efecto bien problemático, y economizar un análisis profundo de los mecanismos subyacentes a sus observaciones. Los indicadores —y la tasa de mortalidad infantil constituyen de nuevo un buen ejemplo— reaccionan además con una cierta inercia a una multitud de factores, de los que la mayor parte puede provenir de incidentes fortuitos (cosechas, epidemias, disturbios políticos,

etc.) o por el contrario de tendencias profundas dependientes de una dinámica de (sub) desarrollo. En estas condiciones, atribuir variaciones de indicadores a corto plazo a las actividades selectivas emprendidas representa una apuesta lógica bastante peligrosa.

d) Los promotores de actividades sanitarias selectivas prometen también una eficacia importante a corto plazo, lo que contribuye evidentemente a la seducción que ejercen estos programas sobre los tomadores de decisiones nacionales o internacionales. Pero la experiencia muestra que las actividades selectivas sólo pueden pretender un efecto significativo durante un término muy corto, cuando tienen uno. Pasado este término, la eficacia llega a un límite o decrece. Y la experiencia de programas verticales (con los cuales se comparan las actividades selectivas) muestra que requieren rápidamente inversiones y gastos de funcionamiento a menudo crecientes, simplemente para poder mantener su eficacia.

e) Finalmente, el error de método más grave que cometen los selectivistas en su evaluación de los costos y resultados es definir el servicio sanitario (y las actividades seleccionadas) en función de un impacto máximo sobre indicadores retenidos previamente. Es empezar la casa por el tejado: el servicio deviene secundario con respecto al indicador, cuando éste no debería ser más que el reflejo de las actividades de aquél. Los servicios sanitarios se borran detrás de

los programas. Esta última crítica, en su brevedad, es crucial.

Realismo o irrealismo

Pero, al fin de cuentas, lo que es necesario reprochar sobre todo a las actividades sanitarias selectivas es en oposición a sus pretensiones mismas, un irrealismo fundamental.

a) Si la APS quiere ser con tanta fuerza integral, es porque la realidad de la enfermedad es integral: no sólo sus causas objetivas son integrales sino también las personas enfermas que se dirigen a médico o a la enfermera les plantean los problemas integralmente. Responder con un enfoque selectivo es engañar y mistificar su mundo. El caso de la rubeola, por ejemplo. Si la rubeola, peste temible para los niños del Tercer Mundo ("Cuenta a tus hijos después de la rubeola", dice un proverbio africano) provoca tantas muertes, es porque se abate sobre niños muy a menudo desnutridos. Pretender que la vacuna anti-rubeola va a "resolver el problema de la rubeola" es taparse el rostro: los niños vacunados, pero desnutridos, morirán de otra cosa cinco años más tarde, y un niño bien nutrido y no vacunado, sobrevivirá (23). Que no se nos haga decir que la vacunación contra la rubeola es inútil. Pero que no se venga tampoco a pretender, como lo hacen los selectivistas, que una campaña de vacunación anti-rubeola, en sí misma, o junto a algunas otras intervenciones también puntuales, va a mejorar de un modo decisivo el estado de salud de los niños del Tercer Mundo. (24)

El enfoque multicausal de la APS implica una respuesta integral a los problemas de salud. Su reemplazo por un enfoque selectivo implica una respuesta que sale en realidad de su contexto de "problemas" juzgados como prioritarios (es decir algunas patologías determinadas) y es conducida a "soluciones" sin duda valiosas para los técnicos que las conciben, pero no siempre para los que se benefician con ellas.

De este modo, el enfoque selectivo corre el riesgo de movilizar lo esencial de los recursos hacia programas restringidos, no adaptados a las preocupaciones de las personas, que no esperan ver pasar una Land-Rover de vacunas cada seis

meses, pero esperan disponer de servicios de salud donde sus demandas y necesidades sean tomadas en consideración en todo momento de su vida. Se corre el riesgo, con esta selectividad, de perder uno de los resultados de decenios de acción médica en el Tercer Mundo, precisamente bien concebido en Alma-Ata, a saber, que las poblaciones aceptan con toda facilidad programas específicos cuando encuentran también, en los mismos servicios de salud y de parte de las mismas personas, una respuesta a sus múltiples sufrimientos cotidianos que están lejos de ser "selectivos". Es toda la aceptabilidad de los servicios de salud lo que está en juego aquí.

b) La APS representa un compromiso para con todos los miembros de una comunidad, inclusive los más desfavorecidos. Las actividades selectivas de salud pregonan también la misma pretensión de equidad. Pero podemos dudar legítimamente de su concreción, en vista de la ausencia de evaluación de este aspecto de las cosas en los informes sobre los programas selectivos y en las publicaciones científicas que les atañen.

Los valores de los indicadores de eficacia utilizados (cobertura de la población por tal o cual actividad, reducción de la tasa de mortalidad infantil, etc.) son dados bajo forma agregada como lo hemos expresado. Tal como estos indicadores son presentados, no permiten juzgar en qué medida los pequeños grupos —y por lo tanto particularmente las minorías desfavorecidas— han podido beneficiarse realmente de los servicios ofrecidos.

Por otro lado, la experiencia de cambio muestra que un enfoque exclusivamente técnico, implantado de arriba hacia abajo, no llega en general a los grupos sociales más carenciados. Además existe el riesgo de que, para extender la cobertura de ciertas actividades, los responsables del servicio recurran a medidas de constricción o de coerción. Este riesgo no es nulo, como se ha visto en algunos grandes programas verticales de lucha contra los vectores, con la planificación familiar, o aún en las campañas de vacunación.

Sea lo que fuere, lo importante a subrayar aquí es que actividades médicas o sanitarias que no lleguen a tocar las capas más desfavorecidas de la comunidad dejarían de lado a las poblaciones

de más alto riesgo y se condenarían entonces a la ineficacia. Todas las características de las intervenciones selectivas (verticalismo, débil aceptación, carácter discontinuo o limitado a corto término, etc.) los exponen a la ineficacia por falta de equidad.

c) Las actividades selectivas de salud son elegidas por "técnicos" que tratan de definir un conjunto de actividades pertinentes con relación a las principales enfermedades presentes en los países en vías de desarrollo o en cualquiera de aquellos.

La elección de actividades a emprender refleja esencialmente el punto de vista de profesionales de la salud, naturales generalmente de países ricos, por añadidura. Su decisión es tomada sin participación de futuros beneficiarios y se inscribe entonces en el cuadro de relaciones de poder inmodificadas entre los profesionales de la salud y los usuarios de los servicios. En política, esto se llama despotismo ilustrado.

Ya hemos dicho más arriba que esta crítica podría ser llevada más lejos: prejuicio en favor de la medicina privada, dependencia internacional acrecentada, reforzamiento del control social.

Sin ir necesariamente hasta allí, debemos decir sin embargo que las consecuencias inmediatas de las actividades selectivas en el dominio de la participación ya son inquietantes. El acento puesto sistemáticamente sobre el aspecto técnico de estos programas conserva en efecto las relaciones habituales entre profesionales y profanos: las técnicas continúan siendo incomprensibles, los que las dominan conservan su aura y su poder. La dependencia individual y comunitaria prevalece sobre la información, la toma de iniciativa y la responsabilidad. En el dominio de la salud al igual que en otros dominios del desarrollo, el realismo y la experiencia muestran sin embargo la importancia crucial de estos tres factores.

d) La pretensión de la estrategia de la APS selectiva de no ser más que "interina" y de simple-

mente trasladar al futuro los objetivos "nobles y generosos" de Alma-Ata, tampoco parece estar fundamentada. Sus conceptos, lo hemos dicho, son derivados directamente de las estrategias verticales; y hay derecho a temer que, en el terreno, las intervenciones selectivas sean también implantadas y aplicadas como actividades verticales. Ahora bien, éstas suponen estructuras sanitarias precisas, desplegadas desde las poblaciones hasta el Ministerio de Salud (compartimentalizaciones presupuestarias, independencia de servicios, reciclaje difícil del personal, etc.) y de las que le resultará extremadamente difícil liberarse a todo país que las haya instalado el día que quiera reorientar su política de salud en función de la APS. Es necesario no haber tenido que enfrentarse con el peso y la inercia de las estructuras sanitarias dormidas en su conformismo (tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo) para subestimar este peligro.

e) El enfoque multicausal propio de la APS muestra de un modo evidente la necesidad de una visión a largo plazo de los problemas de salud. El enfoque de problemas, por el contrario, impone pensar en un plazo para la acción y estimula entonces la puesta en práctica de programas a corto plazo. De este modo podemos preguntar de qué racionalidad se trata en las intervenciones a corto plazo que apuntan a resolver problemas durables o permanentes, es decir imposibles de erradicar con los medios actualmente disponibles.

f) Finalmente, la especificidad histórica y cultural de cada país, de la que la política sanitaria es una dimensión, hace totalmente imposible la aplicación universal de programas de acción sanitaria cuasi estandarizados. En efecto, no alcanza con tomar en cuenta la prevalencia local de las enfermedades a combatir y sus consecuencias más o menos grandes sobre la morbi-mortalidad para encontrar la especificidad de un sistema social sobre el que queremos actuar.

7.— CONCLUSIONES

Nos parece evidente entonces que la puesta en práctica de actividades selectivas de salud representa para los países en vías de desarrollo

un retroceso con respecto a la atención primaria de la salud.

Los errores de juicio que incluyen, o los ries-

gos de ineficacia que ocasionan —y esto en oposición su afirmación principal misma— son numerosos y tienen consecuencias importantes a nivel de la concepción, pero también de la realización de programas y de la organización de servicios.

Estos errores y estos riesgos tropiezan a tal punto con la experiencia y el realismo que algunos no han dudado en cuestionar la buena fe de los promotores de actividades selectivas de salud. La ideología positivista y el enfoque conservador que subyacen a estas últimas y que conducen, por ejemplo, a limitar el campo de la salud a sus aspectos bio-médicos, sugieren efectivamente una preferencia por estructuras de poder político y médico que tienden a perpetuarse en sí mismas más que a considerar las relaciones constructivas de otro orden entre tomadores de decisiones y usuarios, entre profesionales de la salud y ciudadanos, entre agencias de ayuda y países-huéspedes.

En las mejores condiciones, las actividades de salud no representan para los países en vías de desarrollo más que una demora y una carga suplementaria, antes de la puesta en lugar de estructuras sanitarias integrales, aceptables, accesibles, descentralizadas, integradas, y tomando con toda seriedad la exigencia de partici-

pación y de responsabilidad de individuos y de grupos en el desafío que representa el mantenimiento y la promoción de su salud. En el peor de los casos, paralizan simplemente una tal evolución.

Es necesario defender la causa de la Declaración de Alma-Ata, ya que UNICEF y la ayuda americana tienden en general a promover la APS selectiva. También el seminario de Anvers de noviembre de 1985 ha recordado, en un manifiesto, que con los innovadores y pragmáticos la estrategia de la atención médica primaria selectiva correría el riesgo de no ser más que una ilusión tecnocrática peligrosa.

Queda por esperar que sigan otras reacciones. No se trata en efecto de una simple discusión académica, sino de responder muy concretamente a la angustiante pregunta del inicio: "¿Cómo combatir los problemas de salud del Tercer Mundo?"

Como los países en vías de desarrollo no pueden prescindir de la ayuda en este dominio en un futuro previsible, es capital saber qué dirección va a tomar esta ayuda, qué tipos de intervención sanitaria y médica va a promover, qué estructuras sanitarias va a reforzar, qué relaciones de poder va a implicar.

— REFERENCIAS —

- (1) Se ha hecho imposible escribir las palabras "Tercer Mundo" o "países en vías de desarrollo" sin suscitar una ola de críticas que subrayan la diversidad y la diferenciación creciente de países puestos bajo estas etiquetas. No ignoramos esta realidad. Sin embargo, desde los arrozales de Bangla-Desh a los Andes peruanos, pasando por la selva del Zaire los problemas de salud y la organización de los sistemas de salud continúan presentando suficientemente características comunes que nos permiten conservar aquí una denominación única y cómoda.
- (2) Roemer M. I. Priority for primary health care: its development and problems. *Hlth Policy Plann.* 1, 58-66, March 1986.
- (3) Mercenier P. Soins de santé et développement. *Annl. Soc. belge Méd. trop. suppl.* 59, 5-11, 1979.
- (4) Les Soins de Santé Primaires. OMS, Genève, 1978.
- (5) Navarro V. A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration. *Soc. Sci. Med.* 18, 467-474.
- (6) Turshen M. and Thébaud A. International medical aid. *Monthly Rev.* 33, 7, 39-50, December 1981.
- (7) Williams G. and Satoto. Socio-political constraints on primary health care. A case study from Java. *Devl. Dialogue* 1, 1980. Si bien el fracaso de esta experiencia puede explicarse igualmente, sino más, por razones técnicas y operacionales dirigidas a la puesta en práctica del proyecto mismo, este último no constituye un buen ejemplo de las implicaciones políticas locales de la APS. Para una reflexión más teórica: Banerji D. Health as a lever for another development. *Devl. Dialogue* 1, 19-25, 1978.

(8) Esta presentación se inspira en una entrevista dada por Hannu Vuori, responsable de la OMS de la AMP para Europa, a la revista belga del GERM (Grupo de Estudio para una Reforma de la Medicina). *Actual. Santé* 61/62, avril-mai 1984.

(9) Gish O. The political economy of primary care and "Health by the People": an historical exploration. *Soc. Sci. Med.* 13C, 203-211, 1979.

(10) Para un ejemplo concreto: Sevagram Medico Friend Circle, La Santé n'est pas un souci prioritaire dans les villages. *Forum Mond. Santé* 4, 411-413, 1983.

(11) Algunos señalan que los progresos de la medicina en Occidente no deben nada a esta concepción integral de la acción médico-sanitaria: "Nos encontramos en Bélgica con una expectativa de vida de 75 años. Esto no está tan mal y estoy gustoso de reconocer a todos los que han luchado para legarme este regalo. Son numerosos y vienen de todos los horizontes. ¿Cuál ha sido el rol del enfoque integral?". Laurent Ph. Commentaires à propos du texte de Jos Orenbuch: Les Universités et la Coopération dans le Domaine de la Santé. *Accroître les inégalités ou Changer le Cours des Choses? Cahiers Nord/Sud, Bruxelles, ULB, Vol. 1, Nº 1, pp. 28-37, April 1983.* No podemos hacer lo contrario. Porque si la expectativa de vida ha progresado realmente en dos siglos en Europa, es porque el enfoque de problemas ha sido tan integral como es posible: mejora del hábitat, desecación, potabilización del agua, aumento de ingresos, leyes sociales, etc. Además las vacunaciones y los antibióticos han sido bienvenidos a participar en este proceso. Por lo tanto el enfoque ha sido integral a pesar de la práctica médica y a espaldas de los actores, efectivamente numerosos "y provenientes de todos los horizontes". Hacer aprovechar hoy a los países del Tercer Mundo esta lección es precisamente hacer conciente y voluntaria una gestión que en nosotros fue inconciente y no investigada.

(12) Amat T. Les structures médico-sanitaires de première ligne. *Prévenir* 12, 61-65, 1986.

(13) Mercenier P. L'agent de Santé Communautaire. Working Paper Nº 9, URESP (Unité de Recherche et d'enseignement en Santé Publique), Institut de Médecine Tropicale, Antwerpen, Belgique, 1984.

(14) Equipe du Projet Kasongo. Le Projet Kasongo. Une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Annl. Soc. belge Méd. trop. suppl.* 60, 1981.

(15) Walsh J. A. and Warren K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New Engl. J. Med.* 301, 967-974, 1979.

(16) GOBI-FFF:

- Growth Chart: seguimiento de la curva de peso de los niños.
- Oral rehydration: rehidratación oral en caso de diarreas.
- Great feeding: lactancia materna.
- Immunisation: vacunaciones.
- Family planning: planificación familiar.
- Food supplementation: suplementación nutricional.
- Female status: promoción de la mujer.

En realidad, al pasar sucesivamente del programa, GOBI al GOBI-FFX, luego al GOBI-FFF, el UNICEF muestra a pesar de sí mismo que es muy difícil escapar al aspecto múltiple e integral de la acción para la salud.

(17) CCCD: Combatting Childhood Communicable Diseases (Lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance): Malaria, Diarrhée, et Programme Elargi de Vaccinations (PEV).

(18) Gish O. Selective primary health care: old wine in new bottles. *Soc. Sci. Med.* 16, 1049-1054, 1982.

(19) Authors' reply. Comments of K. S. Warren, Comments of J. A. Walsh. *Soc. Sci. Med.* 16, 1059-1061, 1982.

(20) Banerji D. Les soins de santé primaires doivent-ils être sélectifs ou globaux? *Forum Mond. Santé* 5, 347-350, 1984.

(21) Thébaud A. Le jeu des organismes internationaux de la santé. *Prévenir* 12, 89-97, 1986.

(22) Unger J. P. and Killingsworth J. R. Selective primary health care: methods and results. *Soc. Sci. Med.* 22, 1001-1013, 1986.

(23) The Kasongo Project Team. Influence of measles vaccination on the survival pattern of 7-35 month-old children in Kasongo, Zaire. *The Lancet* 764-767, April 4, 1981.

(24) Berman P. A. Selective primary health care: is efficient sufficient? *Soc. Sci. Med.* 16, 1054-1059, 1982.