

Kenneth Newell: el comadrón de la Atención Primaria en Salud

Sócrates Litsios

A mediados de la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la atención primaria de salud (APS) como medida clave para mejorar la salud de las poblaciones más necesitadas. Kenneth Newell fue el principal responsable de dar forma a este enfoque y de promover su amplia aceptación. Lo hizo, en gran medida, a través de sus publicaciones. La Unión Soviética se sintió amenazada por la percepción generalizada de que los médicos descalzos de China eran el mejor ejemplo de la práctica de la atención primaria. Maniobraron para que la OMS organizara una conferencia mundial sobre APS en la Unión Soviética en 1978, en Alma-Ata. La APS fue entonces objeto de críticas por parte de quienes creían que un mejor enfoque para mejorar la salud era la acción sobre problemas puntuales como, por ejemplo, el control de enfermedades individuales. Newell se opuso firmemente a la APS “selectiva” hasta su prematura muerte en 1990, a la edad de 64 años.

Los antecedentes de Newell

Newell comenzó su carrera como médico en la región maorí de Te Araroa, en Nueva Zelanda; como testimonio de su trabajo allí, la tribu Ngati Porou vendió parte de su ganado para financiar la continuidad de su formación en el Reino Unido.

El hospital principal más cercano a Te Araroa estaba a más de 160 kilómetros por carreteras secundarias. Newell venía de una escuela de

medicina que le había enseñado a tratar a la gente en un hospital y en situaciones urbanas; a explicarles su responsabilidad en cuanto al registro de nacimientos y defunciones, en la alimentación, el agua limpia y en la vacunación infantil, omitiendo cuál era su papel como trabajador de la salud en una comunidad.

Aunque rápidamente llegó a conocer a las familias del policía, al maestro de escuela, al hostelero, al dueño de la tienda del pueblo y a varios de los grandes agricultores, apenas llamaron a su puerta a solicitar consulta. Los bebés nacían sin su ayuda y algunos morían. Los niños y los adultos también fenecían por diversas causas, pero ninguno era paciente suyo, ni gente que él hubiera visto. Las raíces de la “salud por el pueblo” se evidencian claramente en este relato de su experiencia.

Una misión de dos años como epidemiólogo de la OMS en Indonesia le permitió realizar la siguiente observación crítica sobre las políticas neozelandesas relativas a los embarazos:

Las políticas actuales animan a las mujeres embarazadas a dar a luz en los hospitales, con el fin de que todos los partos tengan lugar allí (el costo de los cuales subvenciona el estado). Se argumenta que los resultados de los embarazos varían y que el tener el parto en un hospital, con personal y recursos especiales, puede aumentar la seguridad de éste, pero: ¿Debe extenderse esto a todos los partos?

A esta pregunta el sistema de salud respondió: No se pueden predecir de antemano todas las complicaciones de un parto, por lo que uno en casa conlleva riesgos adicionales para la madre y para el bebé. ¿Por qué quieren entonces tener a sus bebés en casa?

Sócrates Litsios, PhD. Se trasladó a Suiza para trabajar con la Organización Mundial de la Salud en Ginebra (1967). Fue científico principal de la División de Control de Enfermedades Tropicales cuando se jubiló en 1997. Ha publicado cinco libros y numerosos artículos de revistas. Correo-e: litsios@bluewin.ch

A este encargo le siguió un periodo de cinco años como director de estudios de campo en el Centro Internacional de Investigación y Formación Médica de Cali, Colombia, un proyecto que posteriormente vinculó a la Facultad de Medicina de Cali, con la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane, en Nueva Orleans, Estados Unidos de América, lugar en donde lo conocí en 1967.

Investigación en Epidemiología y Ciencias de la Comunicación (IECC)

El Dr. Marcelino Candau, Director General de la OMS (1953-1973), propuso en mayo de 1963, ante la 16ª Asamblea Mundial de la Salud, la creación de un Centro Mundial de Investigaciones en Salud (CMIS), argumentando que había una “necesidad urgente de crear un centro mundial de comunicaciones e información sobre investigaciones en salud”.¹

Tras un “largo estudio con la ayuda de un gran número de expertos de todo el mundo”, se pidió al Director General que “tomara las medidas necesarias para desarrollar las actividades y servicios de investigación de la OMS en materia de epidemiología y aplicación de las ciencias de la comunicación”, es decir, un programa interno. Esto condujo a la creación de la IECC en 1967, con Newell como director, yo me incorporé como Jefe de Investigaciones Operativas.

En aquella época había cinco Directores Generales Asistentes, uno por cada una de las principales potencias. Aunque trabajaba en Estados Unidos, Payne era de nacionalidad británica. El gobierno del Reino Unido decidió no sustituirle tras su prematura muerte por otra persona de su país, a condición de que el Dr. Halfdan Mahler, que había sido jefe de la unidad de tuberculosis de la OMS antes de convertirse en director del Proyecto de Análisis de Sistemas (PAS) fuera nombrado como Director General; esto tuvo lugar en 1973.

Presión de la Unión Soviética

Durante las décadas de 1950 y 1960, la máxima prioridad de la OMS era la erradicación del paludismo y el control de algunas otras enfermedades. Su compromiso con la campaña de

erradicación de la malaria fue promovido en gran medida por el gobierno de los Estados Unidos y se obtuvo a mediados de la década de 1950, en un momento en que los soviéticos no participaban en el trabajo de la OMS, ya que se habían retirado en 1949, para luego reintegrarse en 1957.

Las críticas a la campaña de erradicación comenzaron a principios de la década de 1960, procediendo en gran parte de aquéllos, incluidos los soviéticos, que consideraban que el desarrollo de los servicios de salud no estaba recibiendo atención adecuada por culpa de la centralidad que se estaba prestando a la malaria. A medida que se hizo más evidente que la erradicación era imposible, los soviéticos tomaron la iniciativa de pedir una revisión de la campaña. Esa revisión tuvo lugar en 1969 y, esencialmente, condujo al abandono del objetivo de erradicación.

El fracaso de la campaña de erradicación dejó la puerta abierta para que los soviéticos adoptaran una posición de liderazgo en relación con el desarrollo de los servicios de salud. Después de haber librado la batalla contra las campañas verticales de la OMS de los años 60, era natural que trataran de obtener la mayor ventaja política posible de lo que habían logrado en este campo. A Venediktov se le brindó una oportunidad de oro cuando la Junta Ejecutiva (JE), en enero de 1971, tuvo que seleccionar un tema para su Estudio Organizativo Futuro.

La Secretaría propuso tres temas:

- a) el uso de servicios informáticos en los programas de la OMS,
- b) el alcance de los sistemas de información en la OMS, y
- c) el papel de las nuevas ciencias de la gestión en la administración de la salud pública.

Los delegados se mostraron divididos en su opinión hasta que el del Reino Unido, por razones que no detalló más allá de indicar que la mayoría de los estudios anteriores “habían sido relativamente sofisticados y quizá sólo interesaban a los países más desarrollados”, sugirió “un estudio sobre métodos de promoción de los servicios médicos básicos”.

Venediktov aceptó la sugerencia, indicando que “era el más interesante y el más desafiante”. Los

demás estuvieron de acuerdo y, de pronto, la JE se vio involucrada en un tema radicalmente distinto a los que habían sido propuestos por la Secretaría.

El interés de la IECC por la planificación sanitaria hizo que la Unión Soviética invitara a Newell a enviar un equipo a su país para evaluar su enfoque de planificación, del cual estaban bastante orgullosos, y con razón. Me uní a él, junto con otros dos miembros de la IECC, esto tuvo lugar en el otoño de 1971.

La historiadora Anne-Emmanuelle Birn, quien entrevistó a Venediktov, dice que Newell le pareció a éste un hombre “muy brillante, muy brillante”. Los rusos “le temían porque introducía nuevos métodos metodológicos, modelización matemática, enfoque de sistemas, etc. Pero sabíamos que intentaba encontrar una alternativa al socialismo, y eso no podíamos tolerarlo”.²

Puedo creer perfectamente que los rusos tuvieran miedo de Newell, pero me resulta difícil asociar a Newell con la modelización matemática. Mucho más importante fue la oposición de Newell al sistema sanitario soviético, el cual estaba altamente centralizado y dominado por los médicos.

Llegados a este punto, pasamos a un desarrollo paralelo de cierta importancia en esta historia, a saber, la unión de la Comisión Médica Cristiana (CMC) con la OMS.

La CMC y la OMS unen sus fuerzas

En el verano de 1973, la CMC había dado a conocer al mundo un buen número de proyectos que ofrecían formas innovadoras de mejorar la salud de las poblaciones de los países en desarrollo. La OMS, bajo su nueva dirección, intensificó los esfuerzos para buscar enfoques alternativos que satisficieran las necesidades básicas de esas mismas poblaciones.

Se creó un grupo de trabajo conjunto con Nita Barrow, subdirectora del CMC, y Newell (designados como representantes del CMC y de la OMS, respectivamente) para decidir cómo explorar “la posible colaboración y los mecanismos de actuación”.³ Newell asistió a la

reunión anual del CMC en julio de 1974, donde se discutió la declaración conjunta.

Tras la reunión, McGilvray escribió a Mahler que ésta fue “acogida con entusiasmo por nuestros miembros”. En su informe anual, McGilvray señaló que⁴ “la colaboración ya ha comenzado a un nivel muy práctico”. Refiriéndose a la inclusión de los proyectos apoyados por el CMC en los informes que prepara la OMS, expresó su alegría “por este hecho, no tanto por la credibilidad que nos confiere, sino porque mejora significativamente nuestros esfuerzos mutuos para garantizar los servicios de salud a quienes ahora carecen de ellos”.⁵ Esos proyectos se incluyeron en las publicaciones *Enfoques alternativos para satisfacer las necesidades básicas de salud en los países en desarrollo* y *La salud por el pueblo*, las cuales se comentan a continuación.

Mahler invitó al CMC a presentar la APS a los directores de la OMS en 1974. Nita Barrow, entonces subdirectora del CMC, cuenta que respondió: “Pero esto es como David y Goliat”. “Sí”, respondió Mahler, “pero yo soy hijo de un párroco y sé lo que David le hizo a Goliat”.⁶

El estudio del Consejo Ejecutivo sobre los servicios de salud básicos

La IECC quedó prácticamente suprimida a principios de 1972, cuando se fusionó con la División de Organización de Servicios Sanitarios para convertirse en la División de Fortalecimiento de los Servicios Sanitarios (FSS). Al ser nombrado director de FSS, Newell heredó la responsabilidad de atender al grupo de la JE formado para realizar este estudio. El grupo presentó su informe a la JE en enero de 1973. Su principal conclusión fue que el enfoque de los servicios sanitarios básicos, desarrollado y promovido por la OMS desde principios de los años 50, había fracasado, y que estaba “a punto de desarrollarse una gran crisis” que debía afrontarse de inmediato.

La crisis se reflejaba en la “insatisfacción generalizada de las poblaciones” por razones que incluían “un sentimiento de impotencia por parte del consumidor, que siente (con razón o sin ella) que los servicios de salud y el personal que los integra avanzan por un camino propio e

incontrolado que puede ser satisfactorio para el profesional de la salud pero que no es lo que quiere el consumidor”. El lenguaje dramático utilizado me sugiere que Newell jugó un papel destacado en su redacción.

El estudio de la Junta hizo hincapié en:

1. El continuo bajo estado de salud de la mayoría de la población.
2. La falta de coherencia entre los servicios de salud y otros servicios, la cual podría influir sobre los principales precursores de la mala salud.
3. La concentración de recursos en instituciones centralizadas de alta tecnología que se ocupan de condiciones altamente puntuales e inusuales.
4. La incapacidad de los servicios de salud para funcionar como un sistema.
5. Las prácticas de selección y formación de los profesionales de la salud, que los separan de la población a la que sirven.
6. La incapacidad de concretar la responsabilidad pública por la asignación de recursos a nivel local.⁷

Venediktov, tras señalar que “el Grupo podría haberse basado más en la resolución WHA23.61”, identificó tres deficiencias en el informe. En primer lugar, ignoraba a los países socialistas, en los cuales tales problemas “se habían abordado con éxito”. En segundo lugar, carecía de una definición de “salud pública”. Y, en tercer lugar, objetó el hecho de que el informe indicara que “no existe, o debería existir, ninguna lista de requisitos mínimos para las acciones de los servicios sanitarios”, mientras que consideraba que “era posible elaborar un modelo de sistema de servicios sanitarios que todos los países encontrarán útil”.

Enfoques alternativos para satisfacer las necesidades sanitarias básicas en los países en desarrollo

Una historia paralela, de gran importancia para el perfeccionamiento del concepto de APS fue un estudio encargado, en febrero de 1972, por el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria (CMPS) para evaluar los servicios de salud básicos existentes.

Este estudio fue crucial, ya que permitió al personal de FSS recopilar información de una amplia gama de fuentes, a partir de la cual se hizo una selección de “programas prometedores”.⁸ Se visitaron algunos de estos programas y se preparó un proyecto de informe para una consulta que tuvo lugar a mediados de 1974. El informe final, *Enfoques alternativos para satisfacer las necesidades sanitarias básicas en los países en desarrollo*, se presentó en la vigésima reunión del CMPS, en febrero de 1975, para su aprobación y, posteriormente, en la Junta Directiva de UNICEF, en mayo de 1975, asimismo, para su aprobación.

En este informe se incluyeron diez estudios de caso:

- 1.1. Bangladesh: enfoque del desarrollo de los servicios sanitarios.
2. La atención en salud en la República Popular China.
3. El sistema de atención a la salud de Cuba.
4. La República Unida de Tanzania: un enfoque innovador para el desarrollo de los servicios sanitarios.
5. Venezuela. El programa de “medicina simplificada”.
6. El programa de salud en Ivanjica, Yugoslavia.
7. Proyecto integral de salud rural, Jamkhed, India.
8. Utilización de trabajadores de la salud de las aldeas y parteras tradicionales formadas en el Departamento de Maradi, Níger.
9. Sistemas indígenas de medicina: la medicina ayurvédica en la India.
10. Nigeria: uso de la radio bidireccional en la prestación de servicios de salud.

Se formularon una serie de recomendaciones de gran alcance para la OMS y la UNICEF, que deberían adoptar un programa de acción destinado a extender la APS a las poblaciones de los países en desarrollo, en particular, a las que ahora no reciben una atención adecuada, como las poblaciones rurales y remotas, los habitantes de tugurios y los nómadas. La OMS y la UNICEF deberían estudiar en detalle, no sólo las innovaciones descritas en este estudio, sino las que se producen continuamente en diferentes partes del

mundo bajo diversos patrocinos; deberían registrarlas y supervisarlas; aprender de ellas; evaluarlas; dar amplia difusión a sus resultados; apoyarlas cuando sea necesario; adaptarlas; basarse en ellas y fomentar esfuerzos similares.

La salud por el pueblo

Newell se basó en los proyectos presentados en el CMPS para preparar *La salud por el pueblo*, una publicación que concibió como “una extensión” del estudio de enfoques alternativos, y que permitió a quienes habían participado en la preparación de esos estudios de caso aportar más detalles sobre “lo que realmente ocurrió”.⁹

Newell clasificó los ejemplos de China, Cuba y Tanzania como representativos del cambio a nivel nacional. Los ejemplos de Irán, Níger y Venezuela le parecían “extensiones del sistema existente”, mientras que los tres ejemplos presentados anteriormente se clasificaron bajo el epígrafe “desarrollo de la comunidad local”.

Mahler, en su introducción a *La salud por el pueblo*, escribió

*Considero que dentro de esta diversidad de experiencias y perspectivas hay algunos mensajes y cualidades comunes, además de las peticiones de ayuda. Deberíamos escuchar estas voces y añadirlas a nuestro propio conocimiento, y luego considerar si sus conclusiones podrían influir en nuestras actitudes y acciones.*¹⁰

Newell expresó su “entusiasmo” por lo que se había demostrado en estos proyectos. Se mostró especialmente entusiasmado por lo que se había logrado en relación con el desarrollo comunitario:

Los temas más amplios presentados incluyen: productividad y recursos suficientes para que la gente pueda comer y educarse; un sentido de responsabilidad e implicación de la comunidad; una organización comunitaria que funcione; autosuficiencia en todos los asuntos importantes y una dependencia de los recursos externos sólo para las emergencias; una comprensión de la singularidad de cada comunidad junto con

el orgullo y la dignidad individuales y grupales asociados a ella; y, por último, el sentimiento que tiene la gente de una verdadera unidad entre su tierra, su trabajo y su hogar...

*... tales ideas pueden ser... más difíciles de traducir a la acción que el control de la malaria o el suministro de agua. Se requiere un esfuerzo consciente para aceptar estas ideas como cualidades esenciales o para admitir que sin ellas solo se puede fracasar. Es fácil decir que lo que necesita un niño desnutrido es comida y que el desarrollo comunitario es un mecanismo que puede utilizarse para suministrarla. Es difícil decir que el desarrollo comunitario es un objetivo y que las comunidades en proceso de desarrollo encuentran la manera de que los niños reciban alimentos.*¹¹

Ayudar a la gente a ayudarse a sí misma

Este artículo, publicado en abril de 1975, comienza con una descripción algo dramática de una familia rural pobre cuya vida es como la del 80% del mundo en desarrollo. El hijo ha muerto; es pequeño para su edad y claramente un superviviente de una infección previa por malaria, y lleva una carga completa de parásitos intestinales recogidos del agua y el suelo infectados, así como del polvo de la casa.

*Este niño, que tenía lo que llamaríamos una infección menor, ha tenido una enfermedad mortal por la falta de alimentos, la falta de conocimientos, la falta de asistencia sanitaria, la falta de atención, pero no por la falta de amor... Cualquiera que sea la forma en que miremos a este pueblo o a esta familia en particular, está claro que algo anda mal. Este niño ha muerto por razones estúpidas.*¹²

A continuación, Newell analizó las soluciones habituales que podrían ofrecer los países: un educador en salud especialmente formado, con estudios secundarios o, posiblemente, universitarios, podría aconsejar el hervido del agua, el lavado de manos antes de comer y la eliminación segura de la basura y las heces; un programa de alimentación complementaria organizado por las autoridades; la excavación de

un pozo en la aldea o la provisión de un suministro de agua por tuberías, cuyo mantenimiento podría ser costado por la aldea, o no. Como la aldea está a menos de 10 km de una clínica de salud, está “cubierta”. Pero “si se construyera una clínica gratuita a cinco kilómetros de distancia, ¿estamos seguros de que este niño no habría muerto? Parece poco probable”.

Newell continuó sugiriendo que “hay que preguntar a la gente lo que quiere o necesita, en lugar de imponerle prioridades o soluciones”. Se puede aprender que la gente entiende la terrible situación en la que se encuentra, y Newell sugiere que su conciencia proporciona “un potencial de cambio, y una voluntad local que hay que aprovechar”. En situaciones que son irresolubles por los individuos, pero que requieren los esfuerzos combinados de muchos o la mayoría de los habitantes, un primer paso podría ser el establecimiento de una organización comunitaria “que tenga autoridad real desde la propia aldea y que pueda ser el mecanismo de acción”. Cuando la salud es el gran problema, “rara vez adopta la forma de servicios básicos, tal y como los conocemos en la actualidad”.

La expresión local de la necesidad puede dar lugar a un programa de alimentación infantil con productos de los nuevos huertos de la aldea, la escuela o la familia; puede llevar al aprovechamiento de la mano de obra de la aldea para cavar un pozo o canalizar el agua del río bajo la autoridad y la administración del comité de la aldea; es posible que tome la forma de un acuerdo que conduzca a una mayor disponibilidad de vacunas o medicamentos en la tienda de la aldea, y los servicios de la partera o curandero tradicional”. Los trabajadores de la salud de las aldeas o los trabajadores de atención primaria de la salud “pueden ser seleccionados, nombrados y administrados por miembros de la aldea”, pero para sobrevivir éstos “necesitan apoyo, comprensión y una educación práctica continúa dirigida a los problemas a los que se enfrentan continuamente”.

Newell volvió al niño moribundo al concluir su artículo:

*El niño de la familia de nuestra aldea no murió porque no tuviera comida, medicinas o una familia cariñosa. Fue víctima de nuestra falta de comprensión ante la forma en que las personas organizan sus vidas y de nuestra debilidad cuando intentamos enfrentarnos a los problemas de los demás de forma individual o tratamos de HACER cosas PARA la gente. La pregunta actual no es qué debemos hacer, sino si tenemos la suficiente humildad para utilizar nuestros propios recursos para ayudar a las personas a ayudarse a sí mismas y dejar que se lleven el mérito.*¹³

Principios de la atención primaria de salud presentados al Consejo Ejecutivo

Newell se encargó de preparar el siguiente informe del DG a la JE sobre este tema. Se presentó a la JE en enero de 1975. Titulado *La promoción de los servicios nacionales de salud*, proclamaba que el desarrollo de “los servicios de atención primaria de salud a nivel comunitario se considera la única manera en que los servicios de salud puedan desarrollarse rápida y eficazmente”. Este desarrollo debía guiarse por siete principios que subrayaban la necesidad de:

- a) configurar la APS
- b) para que la población local participe
- c) para que se utilicen “al máximo los recursos disponibles en la comunidad”, sin sobrepasar las limitaciones presupuestarias
- d) para que se aplique un “enfoque integrativo de servicios preventivos, curativos y de promoción, tanto para la comunidad, como para el individuo” e) que todas las intervenciones se lleven a cabo “en el nivel más periférico posible de los servicios sanitarios por el trabajador más básicamente capacitado para esta actividad”
- f) que los demás niveles de servicios se diseñen en torno al apoyo de las necesidades del nivel periférico; y
- g) que los servicios de APS estén “plenamente integrados con los servicios de los demás sectores implicados en el desarrollo de la comunidad”.¹⁴

El Consejo adoptó la Resolución EB55.R16 *Promoción de los servicios nacionales de salud*, que, entre otras cosas

Pidió al Director General que elaborara un programa de actividades en el ámbito de la atención primaria de salud, que incluyera la identificación de las actividades de atención primaria de salud más adecuadas para las poblaciones de los países en desarrollo, la evolución de los métodos de promoción de dichas actividades en la comunidad, la planificación y ejecución de la formación del personal de atención primaria de salud, la coordinación y participación en las medidas técnicas y financieras para el establecimiento y mejora de la atención primaria de salud en el ámbito nacional, y la evaluación y presentación de informes sobre los principales esfuerzos de desarrollo de sistemas de atención primaria de salud;

*En vista de la importancia y la urgencia de la promoción de los servicios nacionales de salud, en particular de la atención primaria de salud, la Asamblea Mundial de la Salud tal vez desee, en el momento oportuno, realizar una evaluación de las experiencias de los servicios de salud de diversos países en cuanto a la prestación de la atención primaria de salud, así como de los principios y los progresos del programa de la Organización Mundial de la Salud en esta esfera.*¹⁵

De camino a la Conferencia de Alma-Ata

La reacción de Venediktov a la resolución EB55.R16 fue señalar que el tema “era demasiado amplio para ser considerado en una sola sesión del Consejo o, incluso, de la Asamblea de la Salud”, y pasó a proponer una “conferencia de la misma escala que la Conferencia Mundial de Población”.

Cuando Newell presentó el informe sobre la APS a la JE de 1976, indicó que el Director General “no estaba convencido de que fuera el momento oportuno (para una conferencia internacional) ... consideraba que la acción debía dirigirse a los niveles regional, subregional y nacional y llevarse a cabo con un claro conocimiento y conciencia de los problemas y soluciones actuales de cada país”.

Venediktov respondió inmediatamente y de forma tajante: “No entiendo cómo se puede cuestionar ahora la conveniencia de celebrar la conferencia”.

Indicó que Newell había omitido mencionar que la URSS también había propuesto que se celebrara una conferencia en 1977, en cualquiera de sus repúblicas. Además, su gobierno estaba dispuesto a poner a disposición “importantes recursos financieros ... en particular para cubrir los gastos de los participantes de los países en desarrollo”. Mahler se disculpó ante Venediktov, explicando que la resolución se había referido a la “conveniencia” de celebrar la conferencia; ahora correspondía a la Junta “considerar el momento más apropiado para dicha conferencia”.

Tras un largo debate, la Junta votó a favor de que la conferencia se celebrara en 1978. Estableció un comité *ad-hoc* de la JE para decidir “los objetivos detallados, el orden del día, el lugar, la fecha, los participantes y la naturaleza de los pasos preparatorios necesarios para cumplir los objetivos de una conferencia internacional sobre atención primaria”. Este comité comenzó a reunirse a finales de marzo de 1976.

Cuando el grupo *ad hoc* se reunió, la única propuesta viable era la de la Unión Soviética. Buscar otro lugar más aceptable para los que se oponían a que la Conferencia se celebrara en la Unión Soviética, sólo provocaría nuevos retrasos y correría el riesgo de iniciar una nueva escalada de tensiones con los soviéticos.

Una razón clave por la cual los soviéticos presionaron para que la Conferencia se celebrara en su territorio era su temor a que el programa de médicos descalzos de China sirviera de modelo para la APS, un temor que Venediktov confió a David Tejada, el Subdirector General de la OMS, responsable de organizar la Conferencia de Alma-Ata. Cuando Tejada le preguntó a Venediktov por qué los soviéticos estaban dispuestos a dar dos millones de dólares para una conferencia internacional, Venediktov respondió: “Porque la atención primaria de salud ya ha sido aceptada por la Asamblea Mundial de la Salud, y esto es una victoria china. No podemos permitir una victoria china”.¹⁶ Los chinos no participaron en la Conferencia de Alma-Ata.

La atención se centró en la preparación de un documento de referencia para la Conferencia, Mahler dijo que sólo conocía a dos personas que

podían escribir ese documento: Newell o Carl Taylor, presidente fundador del Departamento de Salud Internacional de la Escuela de Salud Pública Bloomberg, de Johns Hopkins.

Newell fue el primero en hacerlo. No cabe duda de que dados los cambios personales y profesionales que se estaban produciendo en su vida en aquel momento, tuvo grandes dificultades para prestar la debida atención a este trabajo. No obstante, terminó el primer borrador en junio de 1977 y el segundo en octubre de ese mismo año. Ambos borradores tuvieron amplia difusión en la OMS y la UNICEF.

Todos encontraron en “excelente material” en estos borradores, pero la línea de presentación que eligió resultó demasiado compleja para la mayoría y demasiado “académica” para que muchos la siguieran. Ambos se consideraron demasiado largos y demasiado argumentativos, destacando las limitaciones y los problemas en detrimento de un enfoque en las soluciones. Finalmente, los borradores de Newell se dejaron de lado y se invitó a otras personas a seguir contribuyendo a la elaboración de varios temas y cuestiones que se habían identificado para incluirlos en el documento de posición que se presentaría en Alma-Ata.

La atención primaria de salud en los países industrializados

La última vez que vi a Newell fue en esa conferencia, que tuvo lugar en Nueva York del 12 al 14 de diciembre de 1977, y en la que presentó un documento sobre los objetivos, el papel y las promesas de la atención primaria de salud.¹⁷ Se trata de una ponencia difícil de resumir. En su lugar, he escogido extractos de la misma que creo ilustran su espíritu combativo:

Las conferencias que se están celebrando indican una agitación y un cuestionamiento en torno la salud y la atención sanitaria que incluye a proveedores, gobiernos, organizaciones internacionales y comités de aldea, así como a una serie de madres preocupadas y niños enfermos.

Existe una incapacidad de los servicios de salud para ofrecer un nivel de cobertura

sanitaria nacional adecuado para satisfacer las demandas declaradas y las necesidades cambiantes de las diferentes sociedades.

Cuando se han visto obligados a enfrentarse a estos problemas, los profesionales sanitarios se han clasificado, generalmente, como agentes pasivos de la política social nacional y han trasladado permisivamente la responsabilidad de la corrección a las autoridades nacionales o a los procesos políticos. Por lo tanto, se puede considerar que se trata de una crisis médico-política.

Que la opinión profesional sitúe las necesidades personales y sociales de las madres y las familias como inconvenientes menores en comparación con los riesgos que amenazan la vida no es inesperado. Que algunas personas cuestionen ahora este equilibrio públicamente y estén dispuestas a respaldar las opiniones con acciones y el uso de recursos es algo nuevo e importante.

Venediktov también estuvo presente en esta conferencia, donde presentó: *Organizar la atención primaria de salud en un enfoque sistémico de atención primaria en salud.*¹⁸ ¡Me parece algo irónico que promoviera el enfoque sistémico que antes había acusado a Newell de introducir!

Al igual que Newell, señaló que “las demandas del público, en general, en todos los países, para que se garanticen adecuadamente los derechos de todas y cada una de las personas y de toda la población, para la protección y la promoción de la salud, se han agudizado y, por tanto, se han convertido en una necesidad política”. No utilizó su documento para argumentar la superioridad del enfoque socialista de asistencia sanitaria, aunque su presentación, muy estructurada y con una serie de complejos dibujos, sí sugiere que sólo un sistema político fuertemente centralizado sería capaz de organizar la asistencia sanitaria, según las líneas deseables. El autor esbozó el papel del análisis de sistemas de la siguiente manera:

Un análisis sistémico de las funciones de la atención primaria de salud, que incluya la educación en salud y la participación de la comunidad, la aplicación de medidas preventivas, la prestación de atención médica elemental y la

remisión de los pacientes, cuando sea necesario, a los establecimientos adecuados para que reciban atención médica especializada cualificada, debe considerarse una parte integral del sistema sanitario nacional. Los establecimientos centrales deben reforzar las sucursales periféricas con asesoramiento especializado, los recursos necesarios y una supervisión adecuada para que los trabajadores de la salud primaria mejoren sistemáticamente su cualificación; a medida que el sistema sanitario se desarrolle, podrán ser sustituidos por trabajadores más cualificados.¹⁹

La atención primaria selectiva, una estrategia provisional para el control de enfermedades en los países en desarrollo²⁰

Este es el título de un artículo escrito por Julia Walsh y Kenneth S Warren, publicado en el *New England Journal of Medicine*, en 1979. El título habla por sí solo: se centra en la enfermedad y no en la salud. En su artículo, identificaron los puntos de entrada a través de los cuales se podrían desarrollar los servicios básicos en salud, empezando por un paquete de intervenciones técnicas de bajo coste para abordar los principales problemas de enfermedad en los países pobres. Newell identificó esta estrategia como “la contrarrevolución”.²¹ Los lectores observarán que el documento de Newell fue escrito nueve años después del de Walsh y Warren. Además, en esa época ya no estaba en Nueva Zelanda, pues había aceptado un puesto en el Departamento de Salud Comunitaria Internacional de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool.

Para el convencido defensor de la APS, argumentaba Newell,

... las propuestas de APSS (Atención Primaria de Salud Selectiva) no son en absoluto APS, sino su antítesis. Son programas de control de enfermedades ideológicamente similares al desastre de la erradicación de la malaria y suponen una regresión a las propias cualidades de los sistemas impuestos que se describieron en el Estudio Organizativo... En ningún caso comparten los objetivos de la APS... la estructura vertical de gestión de programas, aparentemente preferida, es muy diferente de la descentralización horizontal que es un componente esencial de la APS...

Newell ilustró la diferencia comparando la solución de la APSS al niño desnutrido (suministro de alimentos adecuados) con la de la APS (un pueblo sano alimenta a sus niños).²²

En un documento que utilizó para promover la importancia de los sistemas de salud de distrito, continuó su argumentación contra la APSS diciendo que defendía “una serie de programas verticales de control de enfermedades que pueden destruir la atención primaria de salud y retrasar el desarrollo sanitario durante décadas”. La erradicación de la malaria fracasó, en parte, porque no había una presencia cotidiana y domiciliaria en las aldeas, las propuestas actuales fracasarán por razones similares”.²³ A los lectores les interesará saber que los esfuerzos mundiales para eliminar/erradicar la malaria sufren de problemas similares.²⁴

Comentarios finales

La promoción de Newell del concepto de ayudar a la gente a ayudarse a sí misma estaba profundamente arraigada en su propia historia personal. A ello se sumaba su desconfianza hacia los elementos de la clase médica que querían imponer sus soluciones a las poblaciones, siendo el ejemplo más flagrante de esto el de las mujeres embarazadas a las que se les aconsejaba que dieran a luz en los hospitales, en lugar de sus casas.

Que las ideas de Newell son tan relevantes hoy como entonces es evidente para cualquiera que esté familiarizado con las necesidades en salud de los más necesitados de ayuda. Sólo puedo esperar que este artículo reavive el interés por sus ideas y creencias.

Referencia

- ¹ Off. Rec. Wld Hlth Org. 128, 39-40
- ² Email from Birn to Litsios, 29 September 2018.
- ³ Memorandum dated March 26, 1974 from Newell to Tom Lambo (WHO Deputy Director-General) on the subject of the Christian Medical Commission.
- ⁴ Letter dated July 22, 1974 from McGilvray to Mahler.
- ⁵ CMC, “seventh annual meeting”, Zurich, Switzerland, July 1974: 3-6.
- ⁶ S. Litsios. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A personal reflection. *International Journal of Health Services*, Volume 32, Number 4, 2002, p715.

- [7](#) Ken Newell. Goals, Role and Promises of Primary Health Care. Primary Health Care in Industrialized Nations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume 310, 1978, p15
- [8](#) Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries
- [9](#) Newell, “Health by the People”: xi.
- [10](#) Newell, “Health by the People”: vii.
- [11](#) Newell, “Health by the People”: 191-192.
- [12](#) K Newell. Helping People Help Themselves. WHO, April 1975, p4
- [13](#) Ibid, p.7
- [14](#) World Health Organization. Official Records, No. 226, Annex 15, Geneva, 1975
- [15](#) Largely drawn from my paper Litsios, S. The Long and Difficult Road to Alma Ata: A personal reflection. *Intl J Hlth Services*. 2002; 32(4):709-32.
- [16](#) Transcript of an oral interview with Dr David A Tejada de Rivero, recorded in December 2005.
- [17](#) Ken Newell. Goals, Role and Promises of Primary Health Care. Primary Health Care in Industrialized Nations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume 310, 1978, P.16
- [18](#) Dimitri Venediktov, *Organizing Primary Health Care in a Systems Approach to Primary Health Care* Primary Health Care in Industrialized Nations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume 310, 1978,
- [19](#) Ibid, 96
- [20](#) Julia Walsh and Kenneth S Warren. Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *New England Journal of Medicine* 301 (1979), 967-974.
- [21](#) Kenneth W Newell. Selective Primary Health Care: The Counter Revolution. Vol. 26 No. 9, pp 903-906, 1988.
- [22](#) Ibid, p905.
- [23](#) Kenneth Newell. The way ahead for district health systems. *World Health Forum* Vol 10, 1989.p85
- [24](#) See Socrates Litsios. The World Health Organization’s Changing Goals and Expectations Concerning Malaria (1948-2019). *Journal Historia, Ciencias Saude – Manguinhos* (with the editor).

Recibido: octubre, 2020.

Aceptado: diciembre, 2020.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos