

1. Presidente, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Financiamiento: Propio del autor

Conflicto de interés: Ninguno

Recibido: 1 octubre 2018

Aceptado: 3 octubre 2018

Correspondencia:

✉ pmascaros@hotmail.com

Citar como: Mascaró Sánchez. Editorial. La salud en el Perú a 40 años de la Conferencia de Alma Ata. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):317-319. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2091>

# La salud en el Perú a 40 años de la Conferencia de Alma Ata

## Health in Peru 40 years after the Alma Ata Conference

Pedro Mascaró Sánchez<sup>1</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2091>

El 12 de setiembre de 1978, la OMS, UNICEF y 134 países firmaron en Alma Ata (Ciudad de la Ex Unión Soviética) la declaración de atención primaria de salud (APS), con la esperanza de lograr en el año 2000 'Salud para Todos'.

Aun cuando es evidente que los objetivos planteados en este compromiso no se llegaron a alcanzar en el período propuesto, su planteamiento ha significado un hito importante para la Salud Pública en el mundo y ha trascendido al contexto actual, toda vez que estableció la necesidad de construir un nuevo sistema de salud en las naciones firmantes, empezando por definir el concepto de salud y su significado como un estado de bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, ubicándolo como un derecho humano fundamental, en el cual deben participar otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud.

En este contexto, siendo la Atención Primaria de Salud uno de los principales problemas abordados, habiendo transcurrido ya 40 años, es pertinente revisar, analizar y responder a la pregunta ¿Qué ha pasado con la APS en el Perú?, ¿cuál ha sido su contribución, que tanto hemos avanzado y qué experiencias podemos extraer de la búsqueda de aplicación de los 10 puntos de la declaración de Alma Ata, enunciados para proteger y promover la salud para toda la población mundial?

Así, del análisis de estos puntos, que por su importancia pueden ser asumidos como principios, el I principio, de Equidad, reconocía que su ausencia constituía una política social y económicamente inaceptable, generando la existencia de una gran desigualdad en la calidad de la salud de las personas, entre países desarrollados y subdesarrollados, así como a lo interno de los mismos países; esta situación, si bien ha disminuido, se mantiene y su reducción sigue siendo un objetivo en el país.

En cuanto a los puntos III y IV – el acceso a la salud como parte del desarrollo socio económico y el acercamiento al derecho de la salud – estos se han logrado consolidar más en concepto que en los hechos, debido a francas limitaciones, pues si bien no se discute su validez, aun dependen de factores económicos y organizacionales, así como de una limitada participación ciudadana, lo que ha llevado a que a lo largo de estas cuatro décadas estos puntos continúen como parte de la agenda pendiente para el Sector Salud en nuestro país. Como consecuencia, los pacientes y su familia no participan en la comunidad para la organización y toma de decisiones para atender su salud y la de las personas de su entorno; sin embargo, hay algunas experiencias aisladas de participación comunitaria en salud, en los conos de Lima, Huancavelica, Apurímac, Puno, entre otros.



Respecto al V compromiso, sobre la Responsabilidad Gubernamental, el proceso de descentralización del Ministerio de Salud debilitó grandemente su rol rector en el país y en las Regiones. Las organizaciones de salud, lejos de empoderarse y llegar con más facilidad a la comunidad, se han atomizado y burocratizado, agravando la crisis y motivando abandono de la población y la centralización de los servicios hospitalarios en las grandes ciudades y la capital, abandonando el I nivel de atención y agravando la desconfianza de la población que opta por acudir directamente a los servicios de II y III nivel de atención. Asimismo, en cuanto al financiamiento en salud, a lo largo de estos años, el presupuesto ha oscilado entre 4,5 y 5,5 del PBI, siendo totalmente insuficiente para sostener infraestructura, equipamiento, recursos humanos y medicamentos en los servicios de salud, de manera particular en el I nivel de atención, pasando luego de las políticas populistas de la subvención a la oferta a la subvención de la demanda, para proponer el aseguramiento universal a través del SIS, el mismo que no ha tenido el adecuado financiamiento, motivando la quiebra de muchos servicios.

Respecto al VI principio, la definición de atención primaria de salud es uno de los legados de Alma Ata que ha permanecido vigente, planteándola como la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad, a un coste aceptable por la comunidad y el país, para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo. A cuatro décadas, este concepto sigue siendo un norte para organizar la APS en nuestro país, aun cuando no se haya logrado pasar a la práctica cada uno de sus componentes. Por esto, en relación a la práctica clínica y entrega del servicio, nos hemos quedado en una Atención Primaria de Salud (APS) con muchas limitaciones y carencias, con un servicio asistencial de mala calidad y acciones preventivas ausentes; se podría decir servicios de salud desacreditados ante la población, sin recursos humanos necesarios, sin un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia y ausencia de información en salud para una adecuada toma de decisiones.

El VII principio, de los componentes de la atención primaria de salud, establece que para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, incluyendo:

- La educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos.
- La promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada.
- El desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica.
- El cuidado maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar.
- La vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas.
- La prevención y control de enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
- Proporcionar los medicamentos esenciales.

Al respecto, queda aún mucho por hacer en cada uno de estos, en particular en el cuidado maternal e infantil, con un punto de énfasis en la planificación familiar, aspecto de la salud pública en que el país ha retrocedido sustantivamente, tanto como en las coberturas de vacunación.

Finalmente, los ítem VIII, IX y X enfatizan la necesidad de políticas públicas, forjar una cultura solidaria en torno a la APS y el uso apropiado de los recursos del país en el gasto de salud, priorizado sobre otros, como por ejemplo, la compra de armas. Estos aspectos no han tenido mayor desarrollo en nuestro país y, en políticas de salud, el Perú sigue teniendo un sistema sanitario fragmentado, constituyéndose en el principal obstáculo para alcanzar la universalización planteada, que no ha permitido aprovechar el potencial generado por los cambios científicos, tecnológicos, sociales, culturales y políticos, que han producido sustanciales cambios en el mundo globalizado y la realidad sanitaria. Todo



esto se ha visto complicado por las transiciones demográficas y epidemiológicas, que han modificado sustantivamente los problemas de salud y sus prioridades.

Recorrido este camino, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología rinde homenaje a los forjadores de la declaración de principios de Alma

Ata, a quienes anónimamente han trabajado para lograr su implementación, y dedica este número de nuestra revista institucional en su volumen 64 n° 3 a la difusión de varios artículos que enfatizan la plena vigencia de la APS y la necesidad de seguir trabajando a la luz de las experiencias extraídas para alcanzar salud integral para todos en el año 2030.

