

DECLARACION DEL ALMA ATA; a cinco años de la meta

Dr. Santiago Saco Méndez (*)

I. INTRODUCCION

Hace dieciséis años, en septiembre de 1978, en la ciudad de Alma Ata, capital de la República de Kazakhstan, miembro de la ex Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas, se reunieron los representantes de todos los países del mundo, y después de haber hecho el análisis de la situación mundial concerniente a la salud, elaboraron una estrategia, una alternativa para resolver los problemas de salud y llegar a la meta: «Salud para todos en el año 2000». Esta estrategia es la «Atención Primaria de Salud».

Han pasado 16 años, en el transcurso de los cuales se ha desarrollado una serie de actividades en casi todos los países del mundo con diversos resultados.

El presente trabajo revisa y analiza las evaluaciones que han hecho diferentes autores, instituciones (OMS-OPS, UNICEF) de la aplicación de esta estrategia, de sus logros y limitaciones durante estos 16 años de la «Atención Primaria de Salud» por la importancia que dicha declaración tiene en el desarrollo de la salud.

II. LA DECLARACION DE ALMA ATA

En la reunión de Alma Ata que- do establecida una estrategia y una filosofía específica, distinta a las utilizadas hasta entonces, para llevar a cabo la política de

«Salud para todos el año 2000», esta estrategia se definió como la «Atención Primaria de Salud» (APS). (1) (17)

La APS, según la Declaración de «ALMA ATA», implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud y una organización de los servicios de salud que permitan servicios globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia (20)

1. DEFINICION: LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD ES:

- La asistencia sanitaria esencial
- Basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados.
- Aceptado universalmente, accesible a todos los individuos y a todas las familias de la comunidad.
- Con plena participación comunitaria.
- A un costo que la comunidad y el país puedan asumir a todos los niveles de su desarrollo dentro de un espíritu de autorresponsabilidad y auto-determinación, y
- Convoca la Cooperación Internacional (1)(2)(16).

2. OBJETIVOS

Según la declaración, la APS permitirá a los poderes públicos de realizar los objetivos de la «Salud para todos en el año

2000», a saber: dar a todos los pueblos del mundo un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

3. CONTENIDO

La APS comprende fundamentalmente:

- La educación sobre los problemas de salud y su prevención
- La promoción de buenas condiciones alimentarias y nutricionales
- El aprovisionamiento adecuado de agua potable y saneamiento básico
- La protección materno-infantil y la planificación familiar
- La vacunación, la prevención y el control de las enfermedades endémicas.
- El tratamiento de enfermedades y lesiones frecuentes
- La administración de medicamentos esenciales.

4. ESTRATEGIAS

Las principales estrategias que tiene las APS para el logro de sus objetivos, son:

- **La participación:** Según Mahler (1986) el compromiso de las colectividades y de los individuos con los programas de salud que les concierne directamente, constituye el aspecto esencial de la APS; el que la caracteriza y le diferencia mejor de otras estrategias. Esta participación demanda que la colectivi-

(*) Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

dad deba identificar sus necesidades, tomar parte del funcionamiento de sus servicios de salud, y también de su gestión, es decir de su planificación de su organización, de su control y evaluación.

La participación debe permitir establecer una comunicación en dos sentidos, de los servicios de salud, con las bases y viceversa. La consecuencia evidente de este compartir de conocimiento y de poder, es la desmitificación de un gran número de técnicas, de tratamientos y servicios (20)

- **La multisectorialidad:** El sector salud debe buscar la asociación de otros sectores que contribuyan al desarrollo global, como la agricultura, la ganadería, la producción alimentaria, la industria, la educación, la vivienda, las comunicaciones, etc. buscando su acción coordinada.

- **El trabajo en equipo:** Las diferentes categorías de personal de salud y los agentes comunitarios son convocados para buscar resolver en equipo las necesidades de salud demandadas por la colectividad.

5. LA FILOSOFIA GENERAL:

La APS se fundamenta en los siguientes principios filosóficos:

- **La autorresponsabilidad:** de parte de la comunidad y del personal de salud.

- **Movilización global:** La salud se forja gracias a los esfuerzos comunes, de todos los factores y contribuyentes.

- **Desarrollo:** Su objetivo es el desarrollo general y el progreso de los pueblos hacia una existencia menos precaria que lleve a una mejor calidad de vida y por ende de salud.

- **Justicia social:** La prioridad a los más desamparados está explícitamente mencionada, bus-

cando la equidad y la accesibilidad a la salud. Su meta es corregir el desequilibrio centenario entre el mundo urbano y el mundo rural.

III. LA EVALUACION

a. **LA DEFINICION:** La definición de la APS según varios autores no ha sido clara desde el inicio de ALMA ATA (13) (17), se dice que siendo vaga, permite todas las interpretaciones las deformaciones, las hipérboles y las críticas, tal vez la declaración de ALMA ATA, avaló esta definición así de imprecisa para lograr un consenso.

También se dice que el concepto de APS tiene el riesgo de ocultar los otros niveles de intervención en salud, como la secundaria y la terciaria, así como el rol de los hospitales.

M. Malher aclara en este sentido: «El rol del hospital es de apoyar la APS y no de sustituirla. Los hospitales deben dar cuidados clínicos de calidad, con métodos aceptables por los individuos y a un precio abordable, ellos deben recibir a los enfermos que les son enviados por los servicios, lo más adecuadamente posible, ellos deben guiar a las comunidades y a los trabajadores de APS, en lo que concierne a los cuidados de salud».

Por tanto, la estrategia de la APS no excluye los de salud secundaria ni terciaria (16) ni a los hospitales, por el contrario exige que ellos se complementen.

Es también importante aclarar el término «primaria» que no significa «sumario», «elemental» o todavía de «grado inferior», pero sí «primero», «primordial» y/o «primer recurso».

La Declaración de ALMA ATA plantea un acercamiento multicausal de los problemas de salud, y una organización de servicios de salud que permitan cuidados de salud globales, continuos integrados y distribuidos equitativamente (20).

Algunos años después de la formulación de la estrategia de APS, ésta se vio replanteada por grandes organismos internacionales que financian programas de salud en el tercer mundo, quienes, en nombre de la urgencia, del realismo y del rendimiento, plantean lo que se llama «APS selectiva», que busca concentrar todos sus esfuerzos sobre algunas intervenciones dirigidas hacia grupos específicos de población (madres y niños).

Se busca con la APS selectiva atacar prioritariamente a grandes patologías seleccionadas según los criterios siguientes: su frecuencia, su tasa de morbilidad y de mortalidad y su vulnerabilidad a un tratamiento fácilmente disponible.

Así la UNICEF plantea su programa GOBI-FFF (Crecimiento y Desarrollo, Rehidratación Oral, Lactancia Materna, Vacunas, Planificación Familiar, Alimentación Complementaria y Promoción de la Mujer). La USAID lanza su programa: CCCD (Combating Childhood Communicable Disease), Lucha Contra las Enfermedades Transmisibles del Niño: malaria, diarrea y vacunas.

b. **EL CONCEPTO DE SALUD:** La conferencia se adhirió al concepto de salud de la OMS «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Este concepto es todavía motivo

de muchas discusiones y controversias entre diferentes sectores que trabajan en salud, es considerado como muy ambicioso, idealista y romántico, para unos, irrealizable o utópico por otros, ya que consideran que es muy difícil alcanzar este completo bienestar físico, mental y social; y mucho más difícil en el año 2000, dadas las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas en que actualmente vivimos; sus defensores consideran que esta definición debe ser considerada como una meta, un objetivo que la humanidad debe tener, así como fue «La igualdad, la solidaridad y la fraternidad» de la revolución francesa, y que no se debe ver con pesimismo, sino al contrario, debe servir de estímulo para mejorar la situación actual de salud. (9).

c. LA PARTICIPACION COMUNITARIA: En lo que se refiere a la participación comunitaria, la Declaración de Alma Ata ha señalado «Todo ser humano tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la puesta en obra de los servicios de salud que le son destinados» (1).

El rol de la colectividad en la APS, a la fecha, es desconcertante, se admite largamente la importancia de la participación comunitaria a la acción de la salud, pero se practica mucho menos. Se exige su participación y se le impone reglas a través de los programas, y normas que impiden desarrollar iniciativas creadoras.

La participación de la colectividad en la APS no es un refinamiento social, es una necesidad técnica.

En efecto, los programas de APS no pueden realizar una cobertura y lograr la eficacia sin la plena participación de la colectividad. Los progresos decisivos que se operan en la salud de las comunidades dependen finalmente de la decisión de los individuos de hacerse vacunar, de alimentar a sus hijos adecuadamente, de recurrir a la planificación familiar, de emplear la terapia de la rehidratación oral, de buscar aprovisionarse y utilizar el agua limpia, de proteger el medio ambiente de la contaminación o de modificar su modo de vida. (7)

Por tanto, en el período de la de-



finición de los problemas, debe consultarse a la colectividad y si es posible, hacerlos participar efectivamente en la búsqueda de informaciones. Se podría, por ejemplo, pedir a la comunidad de organizar investigaciones sobre sus principales y/o sentidos problemas. Las informaciones demandadas y las preguntas deben, naturalmente, ser presentados de una forma pertinente que la colectividad pueda comprender y estimular su intervención.

La colectividad tendrá igualmente su palabra a decir cuando considere lo que debe hacerse. (7)

La participación de la colectividad constituye la razón más

acertada, ya que ella es un aliado indispensable de la planificación, organización y gestión de los servicios de salud y permite que ella posea así los medios para exigir los servicios adecuados y eficaces.

Algunos países señalan que es difícil de obtener que las comunidades participen en la acción sanitaria, principalmente porque el control de recursos y la toma de decisión esta muy centralizada, y no se tiene claro lo que las comunidades deberían hacer y por qué las comunidades tienen limitaciones en participar.

En razón de los recientes problemas económicos, las instituciones centrales se preocupan más que nunca de conservar el control de sus reservas financieras (3), lo que repercute directamente en la participación.

Una población poco instruida que cree con fatalismo que un mal estado de salud es inevitable, tendrá necesaria-

mente una actitud pasiva, esto está favorecido por largo tiempo de dependencia en todo lo concerniente a la acción práctica y al uso de los recursos. (3)

La participación comunitaria es también difícil, en el sector rural debido a la mentalidad del campesino, que no es diferente de cualquier campesino del mundo: Una mentalidad, conservadora, desconfiada, observadora, (¿entonces savia?). Si los cambios de las técnicas de cultivo, e irrigación, etc. toman muchos años antes de ser aceptadas, los cambios en los hábitos de cuidados de salud, (19), en esta racionalidad, con más razón demorarán más en producirse.

Es también, singularmente, difícil de obtener la participación de la comunidad en el medio urbano, sobre todo en las grandes aglomeraciones, donde hay una dislocación de la estructura comunal y/o familiar que compromete una desaparición de los valores tradicionales, así como la lucha diaria que ellos deben librar para satisfacer sus necesidades esenciales, todo para sobrevivir en un medio hostil, reduciéndose las oportunidades de poder movilizar la colectividad por una acción común de auto-asistencia. (3)

En los países industrializados, las mujeres, madres, jóvenes, etc, han solicitado y obtenido el apoyo y la intervención de la colectividad en la solución de problemas de salud que les afecta, sin embargo es difícil asegurar esta participación comunitaria de una manera sostenida.

La mujer juega un rol capital en la puesta en obra efectiva los programas de APS y de la participación. el hogar es el epicentro de la APS porque es ahí que las familias viven de una manera propicia a la salud, o al contrario en situación de riesgo; donde los vecinos influyen sobre el comportamiento y donde son tomadas las decisiones que tiene una incidencia sobre la salud. (7)

Las madres deben poseer los conocimientos, teniendo la autonomía que les permita actuar para promover y proteger la salud en el seno de la familia (7)., debiendo por ello los profesionales de los servicios, realizar actividades de capacitación, de acuerdo a necesidades.

Donde la participación comunitaria ha progresado, ésta se hizo en base al reforzamiento a nivel local de los valores tradicionales

gracias al concurso de los curanderos y de los jefes religiosos y por la constitución de asociaciones de asentamiento humanos, de grupos de acción social y de comités sanitarios de distritos. Algunos países han creado nuevos órganos locales a nivel de distrito como consejos distritales, centros comunitarios u otras instituciones dotadas de responsabilidad y recursos bien definidos. (3)

En estos últimos años se busca la participación a través de los SILOS (Sistemas Locales de Salud)/ZONADIS (Zonas de desarrollo integral de salud), y la Administración Compartida de los Servicios de Salud, a través de los CLAS (Comité Local de Administración de Salud). Esperamos que esta nueva estrategia se consolide y sea eficaz en brindar cuidados de calidad a la población.

La eficacia de la participación comunitaria se manifiesta directamente ligado al progreso de la descentralización y de la coordinación intersectorial. Si algunas tendencias alentadoras son observadas en lo concerniente es debida a la descentralización de la acción, de los recursos y de las decisiones.

Queda por desarrollar en la mayoría de países una auténtica y permanente alianza entre los sistemas de salud y la comunidad. (3)

C. LA MULTISECTORIALIDAD

Sobre la multisectorialidad, la Declaración de Alma Ata ha señalado «entraña la participación, además del sector sanitario de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en parti-

cular, la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige esfuerzos coordinados de todos esos sectores" (1).

La «Salud para todos» no debe considerarse como una vía diferente al de la promoción social y económica y que el desarrollo de la salud no se logrará sin un desarrollo global (19).

El objetivo último de la APS es de incrementar la calidad de la vida cotidiana, permitiendo así a cada uno la más grande autonomía, para lograr la realización de sus aspiraciones personales, una mejor participación a su vida familiar y social (20).

Para ser eficaz, el desarrollo sanitario necesita una acción concertada de todos los sectores de la actividad, pero la capacidad del sector salud a comunicarse eficazmente con los otros sectores es muy restringida. En consecuencia el sector salud mismo en las reuniones políticas, se muestra como aliado débil cuando se trata de elaborar políticas socio económicas (3), y muchas veces es sólo utilizado como un caballo de batalla por los políticos (19).

En la mayoría de los países desgraciadamente, el acuerdo general sobre la coordinación intersectorial, no es todavía traducido en acciones concretas. Los divergentes puntos de vista, de intereses, la superposición de actividades y las controversias de orden institucional y burocrático son por tanto un obstáculo a superar antes que pueda instaurarse un desarrollo con equidad.

En muchos países como en el Perú, el problema es todavía más

grave, ya que a pesar de la existencia de diversas instituciones que se encargan de servicios de salud (Ministerio de Salud, Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Municipio, Iglesias, e instituciones privadas) éstas no coordinan sus actividades de salud entre sí, ni en la comunidad, lo que implica duplicidad de esfuerzos de una parte y de servicios inexistentes de otra parte, queda al Ministerio de Salud recobrar su rol rector.

D. EL TRABAJO EN EQUIPO:

Sobre el trabajo en equipo; la Declaración de Alma Ata ha declarado: «Se basa tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad».(1)

Existen serios problemas concernientes al personal de salud y el trabajo en equipo en la mayoría de los países, el resultado es negativo en este punto. Se señala también que esto es debido a que este personal es formado en un medio hospitalario, orientado hacia las tareas curativas y centralizado en las grandes ciudades (1).

Sobre los médicos caen las mayores críticas, señalándose que su

formación es cada vez más especializada y muy poco motivada para los aspectos de la promoción y prevención de salud y por ello su actividad está concentrada en los medios urbanos, y por el contrario se señala a la enfermera que trabaja en los servicios rurales y urbano marginales como la más sensible a los problemas de la comunidad, estas enfermeras son frecuentemente la clave, el alma, la llave maestra (Cheville Ouvriere) del servicio de salud primario (7).

Hay propuestas de revisión de los estudios médicos y de las otras profesiones de salud, ya que los actos de salud por simples que sean, no deben ni pueden reposar



en el voluntariado ni en amateurismo (19) (11) (22) de los promotores de salud.

De otra parte los problemas de salud (en el sentido amplio de su definición) no son tan sencillos y requieren para su solución de un grupo profesional más preparado que el promotor de salud.

Los agentes sanitarios o promotores de salud, que en muchos países han sido formados con el propósito de que sean los elementos que den los servicios primarios de salud en su comunidad, asimismo, de que promuevan la participación de la comunidad en la solución de sus pro-

blemas de salud, de mejorar cuantitativa y cualitativamente los contactos entre los servicios de salud y la población.

De ellos se señala que en muchos casos están mal formados, aislados, con una pobre supervisión y limitada conexión con los servicios de salud, siendo por tanto débil la capacidad de referencia, no cuentan en muchos casos con el apoyo ni aceptación de parte de la comunidad, no se integran dentro de las estructuras decisionales (los consejos de ancianos o notables, juntas directivas) ni de los curanderos tradicionales.(15) (18)

De otra parte la gran mayoría no cuenta con recursos (medicamentos, instrumentos) para realizar su labor.

Otro problema que encuentran los promotores de salud es la remuneración, en muchas comunidades este trabajo es considerado como un servicio del promotor a la comunidad, en al-

gunos otros en recompensa le hacen sus trabajos agrícolas; en ningún caso, al menos en el Perú reciben un salario del sector de salud.

Todo esto termina por desalentar y motivarlos a abandonar su trabajo como promotores de salud.

Asimismo, el rol que se le quiso y se le quiere dar al promotor de salud fue y es disímil y poco preciso. D. Werner considera que debe ser el «libertador» de su pueblo, (23) Mucho han asociado a los promotores de salud con la APS, asumiendo el promotor la labor del profesional de salud



en la comunidad, y otros consideran esto una estrategia inadaptada a los países pobres (18), y contrario a la ideología de la APS.

También es importante señalar que en muchos casos el personal de salud: médicos, enfermeras y promotores de salud no se sienten motivados ni identificados, mucho menos, comprometidos con la comunidad, ni con la APS. Sus perspectivas profesionales, reforzada con su formación médica los hace reacios a los cambios, y por tanto ajenos a su realidad.

LA COOPERACION INTERNACIONAL

Sobre la Cooperación Internacional, la Declaración de Alma Ata señala: «Todos los países deben cooperar con espíritu de solidaridad y de servicio a fin de garantizar la APS para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto el informe conjunto OMS/UNICEF sobre la APS constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la APS en todo el mundo». (1)

En los años 80 y los primeros del

90, la economía mundial ha sufrido graves dificultades, caracterizado por una crisis económica prolongada, con una aceleración del alza de las tasas de interés y de graves fluctuaciones de las tasas de cambio. Los países en desarrollo han estado brutalmente confrontados a problemas de balance de pagos y al pago de la deuda externa, lo que le obligó a reducir sus programas sociales, los salarios y las importaciones, todo esto ha provocado una baja del nivel de vida y graves problemas en los servicios de salud.

A pesar de estos problemas hubo y hay una ayuda internacional en el campo de la salud, y sobre todo en la APS, los organismos internacionales, OMS, OPS UNICEF, la Cooperación Internacional y las ONGs desarrollan múltiples actividades en el campo de la promoción y prevención de la salud, apoyando programas nacionales o locales, así como las campañas de vacunaciones, programas de planificación familiar, alimentación infantil, etc.

Pero los problemas de salud de los países en vías de desarrollo son tan grandes que toda la ayuda no es suficiente, por lo que muchos representantes de estos países han señalado su preocupación por las diferencias y la

desigualdad existente entre los países y dentro de cada país en materia de salud, y han llamado la atención sobre las dificultades que presentan los países para poner en obra sus estrategias debido a la falta de medios económicos, y hacen un llamado a la necesidad del «Nuevo orden económico internacional» que garantiza la paz, el desarrollo y una comunidad mundial más solidaria.

EL COMPROMISO POLITICO

La conferencia internacional de Alma Ata sobre el compromiso político señala «Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la APS como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con los otros sectores para ello será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles». (1)

El principio esencial de la «salud para todos» es la equidad en el campo de la salud, educación, economía, de las oportunidades etc. Es entonces fundamental que las autoridades políticas se comprometan a reducir las diferencias socio-económicas.

La evaluación ha mostrado que casi todos los países han aprobado la estrategia mundial de «Salud para todos en el año 2,000» y muchos de entre ellos han formulado una estrategia nacional inspirada en los mismos principios. (3)

Algunos han proclamado claramente que la estrategia da un impulso nuevo y muy importante y aporta un marco más racional al

desarrollo sanitario, donde se reafirma los compromisos y las acciones de salud en curso.(3)

Además la estrategia ha incitado al personal de los sectores de la salud a tomar en consideración los otros factores que tradicionalmente no eran percibidos como que afectarían el desarrollo sanitario.(3)

La traducción de ese compromiso político en actos se reflejan en la repartición de recursos. Algunos países han señalado que ellos afectarían ventajosamente los recursos a los grupos de la población menos favorecidos y a los sectores de desarrollo social, en particular a la salud y la educación, sin embargo las orientaciones no han sido suficientes, y la gestión de los servicios de salud no son eficaces todavía.(3)

El escenario clásico es el siguiente: el compromiso político es tomado con las mejores intenciones del mundo, pero la salud no tiene prioridad que ella debería tener en el presupuesto nacional. El presupuesto de la salud es frecuentemente minúsculo (de 1% a 5% del conjunto de gastos públicos).(7)

Esto además se ve minimizado con las altas tasas de inflación que en muchos países de América Latina en la década del 80 fue por encima de 1000% (7)(15).

Generalmente la salud no dispone de apoyo efectivo dentro de los grupos de poder, y los acuerdos que se operan dentro de las prioridades presupuestales son el resultado de una relación de fuerzas.

De otra parte los programas sociales son reducidos y utilizados políticamente.

Puede ser que los problemas económicos que los gobiernos tienen compromete seriamente la ejecución de políticas y estrategias que habrían sido aprobadas en principio en el nivel más alto del estado. Sin embargo subsiste la impresión que ciertos gobiernos no están todavía plenamente comprometidos en favor de la «salud para todos» y que ellos deben todavía estimular una acción simultánea dentro de diversos sectores conexos.

CONCLUSIONES

La primera conclusión que podemos hacer es señalar que la política de «salud para todos en el año 2,000» y la estrategia de la «Atención Primaria de Salud» han abierto un debate muy importante y necesario en la escena mundial, regional y local sobre la salud, sus problemas y las posibilidades de solución. La Declaración de Alma Ata ha suscitado un movimiento mundial en favor de la salud pública, el concepto de APS y la política de «salud para todos» gana terreno a nivel mundial, regional y local.(4)(19)

2. A nivel de la Educación Médica la declaración cuestiona y replantea la actual educación médica orientada a las ciudades, hospitales y a la especialización. Producto de esto, muchas facultades introducen, otras consolidan en sus planes de estudios, aspectos preventivo promocionales y la estrategia de la APS, tanto en la teoría como en la práctica.

3. Tiene también mérito de haber promovido y logrado en muchos casos la descentralización de los servicios de salud, condición Sine Qua non para la accesibilidad a un número más grande de beneficiarios (15) (20).

4. El precio de la implementación de la APS en su verdadera dimensión es mucho más oneroso de lo que se había calculado inicialmente (16). Lamentablemente dicha evaluación se hizo tardíamente. Deberían los gobiernos planificar y destinar presupuestos adecuados.

5. La APS debe ser global porque la realidad misma de la salud y la enfermedad es «global» es decir multidimensional, y por qué su objetivo último es «global» es decir más ambiciosamente social que estrictamente médico.

6. Hacer de la APS una real estrategia de desarrollo, estrategia adaptada a la voluntad de la comunidad, y no solo un caballo de batalla de los políticos (19).

7. Debe buscarse la sencillez necesaria para hacer frente a la gran diversidad de situaciones, tener en cuenta la demanda, evitar los esquemas y planes rígidos y estandarizados. Debe plantearse proyectos y estudios de largo tiempo, multisectorial; considerar la salud desde el punto de vista del desarrollo global.

8. Toda política de APS debe tener como base la investigación en salud y la evaluación constante de su desarrollo sobre el terreno.

9. Debe trabajarse más y mejor para lograr la acción coordinada de un equipo de salud consolidado con los otros sectores.

10. La participación comunitaria se constituye en el eje principal de la APS y es necesario buscar nuevas formas para seguir impulsándola.

11. Existen dificultades de la evaluación de la APS y de su im-

pacto, debido a la complejidad de los factores de riesgo y de los efectos de las numerosas intervenciones y el difícil y complejo cálculo real de los costos.

RESUMEN

La realización de la APS 16 años después presenta una serie de logros y fracasos: La participación comunitaria, estrategia base para el logro de la APS, tiene a la fecha un desarrollo limitado debido a políticas centralistas, autoritarias y/o paternalistas del estado y a la actitud desconfiada y pasiva de la comunidad. La acción multisectorial también clave para el desarrollo comunal y de la APS, todavía no se plasma en acciones concretas, esto debido a intereses creados y obstáculos burocráticos.

El trabajo en equipo del sector salud todavía ofrece muchos problemas, la formación inadecuada de los profesionales de salud, sobre todo el médico, en aspectos de salud pública y su falta de motivación social hacen que el desarrollo de la APS no tenga el impulso debido. La labor de los promotores de salud también es limitada debido a deficiencias en su capacitación, a la falta de apoyo de la comunidad y de los servicios de salud. Dicha labor también es cuestionada considerándose que su implementación es un error y contrario al espíritu de ALMA ATA.

Los gobiernos, con respecto a la APS, en su gran mayoría han proclamado su adhesión a la APS, mas en la práctica son pocos los que han materializado su compromiso proporcionando los recursos financieros y legales adecuados, debido, en muchos casos, a la crisis económica y en otros a una falta de verdadera identificación.

La cooperación internacional se ha producido por intermedio de organismos internacionales (OMS, OPS, UNICEF y ONGs), pero los problemas de salud en los países en desarrollo sobrepasan dicha cooperación.

Todas estas limitaciones, económicas, culturales, sociales y políticas, sobre todo en los países en desarrollo nos deben hacer ver más realísticamente que la «salud para todos en el año 2,000» no logrará todos sus objetivos y que debemos comprometernos a hacer más esfuerzos para lograrlo, tal vez unos años más tarde.

PALABRAS CLAVES: ALMA ATA - APS - EVALUACION

REFERENCIAS

1. OMS - Unicef. Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata, 1978.
2. Deliege D. «Politique de Santé», UCL 1989. Université Catholique de Louvain.
3. «La Sante pour tous: De la parole aux actes». Forum Mondial de la Santé, Vol 9, 1988.
4. E.S.W. Bidwel: «La voie vers la santé pour tous». Forum Mondial de la Santé, Vol 9, 1988.
5. Mahler Halfdn: «Le combat pour la santé: Forum mondial de la santé, Vol. 9, 1988.
6. Nakajima Hiroshi: «La santé pour tous: la voie a suivre» Forum Mondial de la Santé. Vol 9, 1988.
7. Bryant, John: «La sante por tous: le rêve et la réalité», forum mondial de la santé. Vol. 9, 1988.
8. Animer l'action de santé, Table Ronde, Forum mondial de la santé. Vol. 9, 1988.
9. Quiroz Carlos; Alarcón Jorge: «Rol metodológico del concepto de salud en la evaluación de salud para todos en el año 2000» Revista Educación médica y salud. Vol 19, N° 3, 1985, OPS.
10. La Trente neuvième Assemblée mondiale de la Santé évalué la progression vers la santé pour tous. Chronique OMS 40(3) 99-118. 1986.

11. Stanislas, Haumont: «Pour une autre école de médecine» Revue Louvain, mai-juin 1989.
12. Kroeger, Axel; Luna Ronaldo: «Atención Primaria de la Salud; principios y métodos», OPS 1992, México.
13. Debabar Banerji. Les Soins de Santé primaire doivent-ils être sélectifs ou globaux?. Forum Mondial de la Santé. Vol 5. 1984.
14. Ken Cox: Animer l'action de Sante pour tous. Forum Mondial de la Santé. Vol. 9. 1988.
15. Unger J.P. Soins de Santé primaires dans le tiers-monde: Les alternatives methodologiques et leur enjeux politiques et economiques. Ann. Soc. Belge Med. Trop. 1985. 65.229.232.
16. Gentilini, Marc. Alma Ata ou la grande illusion?. Santé, Medicaments et developpement. Paris 1990
17. Gigase, Paul. Les Fondements des soins de Santé Primaires: Exigences, objectifs ou mythes? Santé, Medicaments et developpement. Paris 1990
18. Knebel Peter, L'agent de santé villageois: Beaucoup por rien, ou rien pour beaucoup. Santé, Medicaments et developpement. Paris 1990.
19. Sow-Abdourahmane. Quels sytemes de soin pour l'Afrique. Santé, Medicaments et developpement. Paris 1990.
20. Grodos, Daniel et de Bethune Xavier: Les interventions sanitaires selectives: Un piège pour les politiques de sante du tiers monde. Soc. Sci. Med. Vol. 26 N° 9, pp 879-889. 1988.
21. Lechat. MF. Impact of Research, and tecnology on the efficiency of primary health care in tropical regions. Comission of the European communities. 1986.
22. Lechat, Michel; Borlée, Irene. Preparez les étudiants en Médecine á exercer dans le tier monde. Forum Mondial de la Santé. Vol 8. 1987.
23. Werner David. El agente de salud ¿Lacayo o libertador? Foro Mundial de la Salud. 1981. Vol. 2 - N° 1.
24. FEPAFEM. La Atención Primaria, una aproximación a su comprensión, Caracas, Venezuela 1986.
25. World Health Organization, Achieving, Health for all by the year 2,000 Midway Reports of Country Experiences Geneve 1990.