

¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veintiuno

Fran Baum

Introducción

En 1978, dos organizaciones de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés: *United Nations Children's Fund*), llevaron a cabo un gran congreso conjunto en Alma Ata, en la entonces Unión Soviética. En esta reunión, la salud fue asumida como un derecho humano del que todos somos titulares, por lo que fue establecido el objetivo de alcanzar: "salud para todos" (en el año 2000). "La Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria a la Salud" surgió de este evento (en adelante, la Declaración, conocida mundialmente simplemente como "La Declaración de Alma Ata"), fue suscrita el 12 de septiembre de 1978 y ha inspirado a las siguientes generaciones de activistas en salud. Se ha convertido en terreno de encuentro donde trabajadores del área de la salud pública con ideas similares pueden discutir y comparar estrategias, refiriendo su discusión a un documento común. El eslogan "Salud para Todos en el Año 2000", que no ha sido logrado, se ha convertido en una razón para la organización de demostraciones de diversos grupos progresistas de activistas y trabajadores de la salud. La Declaración también ha inspirado al "Movimiento de Salud de los Pueblos" (*People's Health Movement*) y dos Asambleas de Salud de los Pueblos (*People's Health Assembly*). El concepto de "Atención Primaria a la Salud" ha sido crucial para el mejoramiento de los sistemas de salud de muchos

países y, aunque su significado ha sido interpretado de maneras diversas, la lucha por el ideal de la "Atención Primaria Integral a la Salud" todavía motiva a trabajadores de la salud de todo el mundo que buscan asegurar un sistema de salud eficiente, efectivo y centrado en la personas y sus comunidades y países. Por lo tanto, la Declaración es un documento extraordinario que ha impactado de un modo en que pocos otros lo habían hecho antes.

Este artículo describe el contexto internacional que permitió el bosquejo y la adopción de la Declaración, también analiza al documento y evalúa su importancia, así como las dificultades por los ideales y las estrategias de la Declaración, en un clima cada vez más hostil hacia estos ideales, propio de los años 80s y 90s. Finalmente, son revisados los prospectos para revivir "El Espíritu de Alma Ata".

Larga tradición de acción en las bases

La Declaración surgió después de dos décadas en las que la medicina había hecho progresos significativos a través de vacunas y quimioterapias contra las enfermedades infecciosas. Sin embargo, las soluciones técnicas no fueron suficientes y el reto de brindar acceso igualitario a los servicios de salud a la población mundial continuaba presente. En los años sesentas y setentas, ejemplos como el del movimiento de los "Médicos Descalzos", en China, el programa mexicano de "Trabajador de Salud", inspirado por David Werner [1], el programa "*Jamkhed*", en la India [2], y los movimientos de base en América Latina, demostraban que de haber una intención política adecuada, la tecnología existente sería suficiente para lograr mejoramientos significativos en la salud a un costo razonable. Entre los años de 1973 y 1978, China, con apoyo de la Unión Soviética y otros

Departamento de Salud Pública, Universidad de Flinders
GPO Box 2001

Adelaida, South Australia, 5001

Miembro del Comité Consultivo

Movimiento de Salud de los Pueblos

Correo-e : fran.baum@flinders.edu.au

estados africanos, trabajó para persuadir a la OMS de la necesidad de perspectivas de base para la atención de la salud, así como de atención sanitaria que enfatizara la atención primaria y las raíces sociales de la enfermedad [3]. Fueron las lecciones de las iniciativas de base como éstas, las que formaron el bosquejo de la Declaración. Este documento también sustrajo el legado histórico de la medicina social y el trabajo de activistas del siglo diecinueve, tales como Rudolf Virchow, quien fue homenajeado en la primera edición de esta revista [4]. La conferencia de Alma Ata fue patrocinada de manera conjunta por la OMS y el UNICEF; la Declaración original fue publicada bajo los auspicios de estas dos organizaciones [5]; el texto refleja la visión y el liderazgo inspirador del entonces director general de la OMS, el Dr. Halfdan Mahler, y constituyó una transición significativa para la OMS con respecto a su etapa anterior, con ella adquirió prestigio y autoridad profesional médica para atender los problemas de salud mundiales [6].

¿Qué dice la Declaración?

La Declaración estuvo basada en los siguientes acuerdos:

- La importancia de la salud como un derecho humano fundamental, que debe ser alcanzado a través de acciones colectivas llevadas a cabo por las sociedades, y que es una responsabilidad de los gobiernos garantizar.
- La inaceptabilidad de las desigualdades generales en los niveles de salud, especialmente aquéllas existentes entre los países pobres y los ricos.
- El entendimiento de que el principio de buena salud para todos mejorará el desarrollo social y económico y la paz mundial.
- La importancia de la participación popular en la atención a la salud como derecho y como responsabilidad.
- El reconocimiento de que la atención primaria a la salud debe ser universalmente accesible, de tal manera que la comunidad y el país puedan costearla; debe llevar la atención sanitaria tan cerca como sea posible a donde la gente vive y trabaja y debe incluir servicios de promoción,

prevención, curación y rehabilitación.

- El reconocimiento de que el lograr salud para todos requerirá de un esfuerzo coordinado de todos los sectores que tienen un impacto en la salud.
- El tomar en cuenta de que su implementación requerirá de la voluntad política para movilizar recursos para la atención primaria a la salud.
- La aceptación de la interdependencia entre países y que el hecho de que: la obtención de salud de cualquier grupo de personas en cualquier país, concierne de manera directa y beneficia a todos los otros países.
- El reconocimiento de que el gasto en armas y los conflictos militares restan recursos para el logro del objetivo de salud para todos y que la paz y el desarme, en cambio, liberal recursos para ser destinados al desarrollo social y económico.

El documento es inspirador y visionario. Su tono de esperanza y posibilidades, deja sentir sus aspiraciones como hechos que pueden lograrse, son eminentemente sensibles, a la vez que idealistas. Evita una visión de la salud basada únicamente en soluciones técnicas y la ve como un tema social y político; la Declaración es clara en cuanto a que los desarrollos económico y social están entrelazados y que los niveles de salud afectan a ambos. En contraste con el espíritu de la Declaración, las dos mayores Comisiones lanzadas por la OMS en la década pasada, han separado los factores sociales y económicos, sin embargo, la Comisión de Macroeconomía y Salud [7] vio la importancia de la salud como un medio para promover el desarrollo económico. La crítica de este enfoque simplista (*single-minded*) de la Comisión es una de las razones por las que la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) fue lanzada por la OMS en el 2005 [8]. Leer la Declaración sugiere que la OMS que lo suscribió no hubiera establecido dos comisiones diferentes, sino que hubiera formado una sola sobre los determinantes sociales y económicos de la salud. Por tanto, el releer la Declaración brinda una sensación de que los aspectos sociales y económicos de la vida no son fácilmente divisibles del modo en

que se han fraccionados bajo las políticas neoliberales.

Además, debido a la dirección de los sistemas de salud desde 1978, es importante considerar lo que la Declaración NO dijo. Al releer el documento con ojos del siglo veintiuno, se ve que la Declaración está libre de propuestas sobre la necesidad de cambiar conductas para promover salud; asimismo, el comportamiento mundial no es tomado en cuenta por la Declaración. También transmite la idea del camino a la salud como uno basado en la solidaridad y en el colectivismo, en vez de la ideología del individualismo que ha venido a caracterizar los debates sobre la salud desde los años setentas. Por lo tanto, mientras la salud es reconocida como un "derecho humano fundamental", también es vista como una "meta social mundial". El discurso de participación en la Declaración es uno que hace eco a la imagen de ciudadanos con derechos y obligaciones. Esto contrasta con el término de "consumidor" que es usado en algunos sistemas de salud, este lenguaje de "consumidores" es prestado de ideologías de mercado e implica una persona que compra servicios de salud de un "productor", que es el sistema de salud [9]. Estas relaciones tienden a ver a los derechos humanos interpretados como el derecho de todos los servicios de salud que se puedan pagar. No implica la obligación de los ciudadanos de formular demandas en términos de lo que es bueno para la comunidad como un todo y para su propio bienestar.

La Declaración no se refiere a temas ambientales y de desarrollo sustentable, desde el punto de vista del siglo XXI esta es una ausencia importante. Los problemas que son claramente identificados hoy en día, como el impacto potencial y real del cambio climático en la salud; el agotamiento de recursos no renovables, especialmente el petróleo; los problemas de la contaminación y la disminución de la biodiversidad, no fueron identificados por OMS como asuntos importantes para la atención primaria en los años setentas.

Diluyendo lo que abarcaba Alma Ata

A un año de la reunión en Alma Ata, el concepto de Atención Primaria a la Salud Selectiva (APSS) fue promulgado. Walsh y Warren [10] [1979, 152]

propusieron:

Hasta que la atención primaria de salud no sea accesible a todos, la implantación de servicios dirigidos hacia las enfermedades más importantes puede ser la medida más efectiva de mejorar la salud del mayor número de gente. El punto crucial es cómo medir la efectividad de las intervenciones médicas.

Su propuesta liberó a la atención primaria de su compromiso comunitario, su visión redistributiva y de mayor cambio social la puso firmemente de vuelta en el marco médico. MacDonald [11] dice que la atención primaria a la salud selectiva "no es una amenaza o un reto particular para nadie; va bien con el estilo y los objetivos de muchas agencias de donación y encaja en la ingeniería del modelo de atención a la salud". Continúa diciendo que la APSS puede ser descrita de manera más certera como Atención Médica Primaria. El tema de la selectividad no se ha agotado de la agenda de las políticas de salud y los debates sobre su valor e impacto se han intensificado en los últimos años. Esto ha sido como respuesta a la inversión extensiva en programas de salud verticales que se enfocan en la intervención en una enfermedad. Las soluciones tienden a ser técnicas y "basadas en la evidencia". Los críticos dejan ver que esta aproximación tiende a fragmentar a los sistemas de atención a la salud y a retirarlo de una aproximación más amplia, intersectorial y participativa. Desde la perspectiva de un país pobre, Banerji [12] describe el cambio hacia la atención primaria a la salud selectiva como "fascismo intelectual" y afirma que la evidencia, que es la base de los logros de las aproximaciones selectivas, no está basada en buena ciencia, muestra que estas aproximaciones son profundamente ahistóricas y que no se sustentan en conocimientos y experiencia local. El autor cita los ejemplos de Kerala, India, y Sri Lanka, regiones que han obtenido muy buenos resultados en salud, a pesar del hecho de que ambas son comunidades de bajos ingresos. Cuba es otro ejemplo, en donde, a pesar del mucho menor ingreso *per capita*, la expectativa de vida no es mucho menor que la de países más ricos, como los Estados Unidos.

La salud primaria selectiva se preocupa por soluciones técnicas para enfermedades particulares como: la malaria, el paludismo, la tuberculosis y el HIV/SIDA. En cambio, la Atención Primaria Integral a la Salud empieza con la construcción de una infraestructura comunitaria de centros de salud accesibles, atendidos por trabajadores bien entrenados, basada en el involucramiento comunitario, sensible a la definición comunitaria de necesidad y dedicada a la construcción de fortalezas y resiliencias. Esta infraestructura es diseñada para responder a las necesidades de salud múltiples y cambiantes que enfrentan las comunidades, y se encuentra bien posicionada para desarrollar vínculos efectivos y de larga duración con otros sectores clave como: la educación, la agricultura, la vivienda y la planeación. Las aproximaciones selectivas, sobre todo aquéllas impuestas desde afuera, no utilizan los conocimientos locales ni construyen la sustentabilidad que pueden lograr las aproximaciones integrales. Las aproximaciones selectivas paralelas llevarán a la fragmentación, a la falta de coordinación y acabarán con los recursos y las competencias de los principales sistemas de salud. En otras palabras, serán ineficientes y descoordinadas.

Las diferencias clave entre la Atención Primaria a la Salud selectiva y la integral se muestran en la Tabla 1. Estas diferencias demuestran que la aproximación selectiva depende de intervenciones médicas y control profesional, mientras que la aproximación integral se basa en el compromiso con las comunidades locales, en el involucramiento de muchos sectores y en el manejo de factores estructurales subyacentes que amenazan a la salud. Estas diferencias dejan claro porqué la atención primaria a la salud selectiva no puede ser más aceptable no cuestiona las relaciones de poder existentes o a la organización social. En contraste, el empoderamiento de los ciudadanos, el establecimiento de las necesidades de salud basado en las perspectivas de la comunidad y el cuestionamiento de la hegemonía médica requieren un cambio en el reparto del poder.

Sanders [13] describe en detalle las dificultades políticas que apuntalan las razones establecidas para el mejoramiento de la salud. En un trabajo posterior, escrito en co-autoría [14], esta dificultad es tratada a través de un análisis del modo en que la solución de rehidratación oral fue promovida por la OMS y el UNICEF, y deja ver la necesidad de la atención primaria a la salud con enfoque integral. UNICEF aceptó la lógica del enfoque selectivo al adoptar el GOBI (por sus siglas en inglés: *Growth Monitoring, Oral rehydration Solution, Breastfeeding and Immunization*; control del crecimiento, rehidratación oral, alimentación con leche materna y vacunación) como las prioridades para el mejoramiento de la de los niños y sus madres. Jam Swasthya Sabha [15], del Movimiento de Salud de los Pueblos en India, comentan estas estrategias selectivas: "en vez de que sean las comunidades las que deciden sus prioridades de salud, como es postulado en la Declaración, las prioridades son establecidas en la lejana capital o en el Banco Mundial, e impuestas sobre la población entera".

Quizá uno de los temas principales asociados al fracaso de los países que han implementado el mensaje de la Declaración de Alma Ata es que, como ha dicho Tejera de Rivero [16] (antiguo Director General Adjunto de la OMS)

Para Mahler y otros, Salud para Todos era una meta social y política pero, sobre todo, un grito de guerra para convocar a la gente a la acción. Su significado, sin embargo, ha sido mal entendido, ha sido confundido con un concepto simple de programación, que es más bien técnico en vez de social y más burocrático que político.

Pero, quizá el verdadero significado de Alma Ata fue bien entendido por aquellas agencias que prefirieron la opción de la atención primaria a la salud selectiva que no cuestionaba al poder existente y a la autoridad, que dejó la puerta abierta para la privatización de los servicios de salud de un modo en que la implementación de la visión de la atención a la salud de Mahler no lo hubiera hecho.

Tabla: El contraste entre la Atención Primaria a la Salud Selectiva y Comprehensive

Característica	Selectiva	Integral
Objetivo principal	Reducción de una enfermedad específica - enfoque técnico	Mejoramiento de la salud de la comunidad e individuos- salud para todos como meta social y política
Sectores involucrados	Fuertemente centrado en el sector salud- involucramiento limitado de otros sectores	El involucramiento de otros sectores es fundamental
Estrategias	Se enfoca en la curación, poca atención en la prevención y promoción	Estrategia comprensiva e integral con curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud que busca remover la causa de la enfermedad
Planeación y desarrollo de estrategias	Programas externos, a menudo "globales", con pocas modificaciones a circunstancias locales.	Prioridades locales y generadas comunitariamente. Profesionales dispuestos, no en puestos
Participación	Involucramiento limitado, basado en los términos de los expertos. Participación esporádica.	Participación comprometida que empieza con las fortalezas de la comunidad y el análisis de la situación sanitaria por parte de la comunidad. Es permanente y su objetivo es el control por parte de la comunidad.
Relación con la política	Es profesional y se dice ser apolítica	Reconoce que la Atención Primaria a la Salud es inevitablemente política y se vincula con estructuras locales políticas
Evidencia	Se dirige de manera reducida a las estrategias de prevención limitadas, basadas en métodos tradicionales epidemiológicos , generalmente llevados a cabo fuera de contexto y extrapolados a la situación.	Métodos de investigación complejos y variados. Incluyen la epidemiología y métodos cualitativos y participativos

Fuente: F Baum, 'Primary health care: can the dream be revived?', *Development in Practice*, Vol. 13, Núm. 5, noviembre 2003.

Tejara de Rivero también señala que aunque fue perfectamente aclarado, raramente es entendido que la salud es, ante todo, "un proceso complejo social y político que requiere de toma de decisiones políticas, no nada más a nivel sectorial sino también a nivel de estado, para que éstas actúen entretejiendo

a todos los sectores sin excepción". En otras palabras, la atención primaria a la salud es más que un compromiso del sector de salud, es también una filosofía de igualdad y de compromiso por otorgar las condiciones para el vivir de manera sana por todos los miembros de la sociedad.

Por medio de los resultados de Alma Ata, fue notorio que sus mensajes fueron escuchados y en algunos casos integrados por países del mundo desarrollado, pero la mayoría de los países desarrollados veía a la atención primaria a la salud como conveniente para países pobres, e irrelevante para los países más ricos. Lo que de algún modo cambió esta visión fue la Declaración de Ottawa en 1986 [17]. Ésta emergió del pensamiento canadiense y europeo y repercutió directamente en los entendimientos fundamentales de Alma Ata. Sus cinco puntos clave se han convertido en un mantra para los promotores progresistas de salud. Éstos son: la importancia de construir una política pública saludable, la necesidad de contar con ambientes que brinden apoyo, la necesidad de acciones colectivas, la importancia de la construcción de habilidades personales para que la gente pueda participar, proteger y promover su propia salud y la necesidad de reorientar a los sistemas de salud. El camino de Alma Ata a Ottawa fue filosóficamente claro y ambos documentos proveen una base para acciones progresistas de salud. La convocatoria de Salud para Todos fue utilizada por el Movimiento de Salud de los Pueblos de muchos países. En los años setentas algunos países ricos, como Canadá y Australia, desarrollaron movimientos de salud comunitaria particularmente progresistas, que promovieron centros de salud donde intentaron implantar APS integral en la práctica, aún en contra de la corriente principal del sistema de salud [18]. Movimientos indígenas de salud también entendieron e, incluso, antecedieron a Alma Ata [19]. La determinación propia y la realización de la importancia central de las determinantes sociales de la salud han sido centrales en muchas de estas luchas por la salud. Para estos grupos la Declaración de Alma Ata ha sido una inspiración importante para mantener la lucha por la salud en lo que es frecuentemente un sistema de salud hostil que continúa privilegiando la atención hospitalaria y continúa invirtiendo una abrumadora cantidad de sus recursos en la atención en hospitales.

Quizá el factor más importante en el ambiente post Alma Ata fue el cambio en el clima político y económico. El lanzamiento de la Declaración Alma Ata coincidió con la crisis económica mundial del

final de los años setentas y con el cambio político hacia la derecha en algunos de los países industrializados. Esta situación sentó las bases para la introducción de Programas de Ajuste Estructural (PAE) por parte del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) como condición para recibir préstamos de rescate de sus economías. Estas políticas de ajuste -que redujeron los salarios reales, subsidios alimentarios y el presupuesto para salud pública y educación- causaron más daños que beneficios a la salud de la gente pobre [20].

Otro suceso crucial de los años noventas fue la pérdida de la posición de liderazgo de la salud pública por la OMS. La publicación del reporte del Banco Mundial *Investing in Health* (Invirtiendo en salud), en 1993, convirtió al Banco en un actor principal, y su prescripción sobre la salud no coincidía con Alma Ata. Consideraba que las "inversiones" serían lo mejor para la salud de la población y sus prescripciones recomendaban soluciones verticales, focalizadas en enfermedades. Su proyecto más amplio de imponer PAEs sobre países pobres ha sido ampliamente visto como una manera de remover control local y debilitar fuertemente la infraestructura del sector público, hasta el punto en que es difícil imaginar cómo podrían llevar a cabo los cambios pensados en Alma Ata los sectores de salud de algunos países pobres.

Por lo tanto, el clima internacional se había vuelto hostil hacia los ideales de la Atención Primaria a la Salud, desafortunadamente, la OMS tampoco continuó con los ideales propugnados por la Declaración de Alma Ata y al final de los noventas la sede de la OMS soltó del todo la batuta de Alma Ata, a excepción de una única publicación que trató de renovar el enfoque en la Atención Primaria a la Salud en el siglo veintiuno [21]. La OMS se concentró más en programas verticales sobre enfermedades y se apegó a la agenda del Banco Mundial. Este fue el periodo que culminó con la formación de la Comisión de Macroeconomía y Salud. En los años noventas la OMS mostró muy poco interés en continuar el trabajo anterior sobre la manera de hacer significativos trabajos retóricos sobre participación comunitaria. Hubieron algunas excepciones, por ejemplo: el Programa Global Ciudades Saludables, originalmente iniciado con

base en las propuestas de la Declaración de Ottawa, que trabajaba de modo directo con los gobiernos de la ciudad e incluía entre sus pautas un mandato de trabajar de modo cercano con las comunidades. Este movimiento ha conducido a muchos experimentos innovadores basados en la comunidad y en acciones intercostales que buscan la promoción de la salud [22]. Desafortunadamente, el entusiasmo del movimiento nunca ha sido respaldado por financiamientos de investigaciones para evaluar de manera detallada las políticas y prácticas que Ciudades Saludables ha propiciado [23]. El espíritu de Alma Ata ha sido recordado en regiones de la OMS, de manera notoria en la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Un vistazo a su página virtual, construida en el 25 aniversario de Alma Ata, lo atestigua [24].

Al final del siglo XX era evidente que “Salud para Todos” no sería alcanzado. En algunos países de África Subsahariana, la expectativa de vida retrocedía y otros indicadores, como la tasas de vacunación, estaban en declive [25]. Por lo tanto, hubo poco que celebrar en materia de salud en el 2000. Sin embargo, algo de esperanza brilla en el horizonte. La globalización ha visto la posibilidad para hacer una Atención Primaria Integral de la Salud cada vez más global, como es ejemplificado por el crecimiento rápido del Movimiento de la Salud de los Pueblos (MSP) [26]. Este movimiento se basa en Alma Ata y mucha de la gente involucrada en establecer esta red había sido inspirada ya por Alma Ata en su vida laboral. El MSP surgió de ocho grupos no gubernamentales que se reunieron para organizar la Primera Asamblea de Salud de los Pueblos, llevada a cabo en Savar, Bangladesh, en diciembre del 2000; 1,500 personas de 91 países atendieron a esta reunión. Muy significativo fue el hecho de que ningún funcionario importante atendió a ésta y, sin embargo, Halfdan Mahler, el Director General de la OMS que estuviera a cargo cuando la Declaración fue formulada, estuvo ahí y dio su aprobación para el MSP y la Declaración que fue promulgada.

La Declaración de Salud de los Pueblos es un documento largo que está disponible en línea: <http://www.phmovement.org/resources/phchart> [er](#) y ha sido traducida a treinta y dos idiomas, el

hecho de que es un resultado de Alma Ata queda claro en esta cita:

La salud es un asunto social, económico y político y, sobre todo, un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia e injusticia son la causa de la enfermedad y la muerte de la gente pobre y marginada. Salud para Todos significa que intereses poderosos deben ser desafiados, que la globalización debe ser contradicha y que las prioridades políticas y económicas deben ser retadas. (Preámbulo de la Declaración de la Salud de los Pueblos)

El documento convoca hacia un sector sanitario basado en la persona y en la Atención Primaria Integral a la Salud. Cada ideal incrustado en Alma Ata está presente en este nuevo documento. El texto demanda la transformación radical de la OMS, para evitar aproximaciones verticales, para promover que asegure independencia de intereses corporativos y que se integre a la organización popular en la Asamblea Mundial por la Salud. También data de las ideas de Alma Ata el examinar el impacto del neoliberalismo y la globalización económica en la salud. El documento se refiere a mucho más que tan sólo servicios de salud y formula una serie de recomendaciones acerca de los determinantes más amplios de salud (incluyendo las PAE, las deudas y el comercio). También señala la importancia crucial de la protección del medio ambiente, algo que Alma Ata no hizo.

Si la atención primaria a la salud integral hubiera sido progresivamente implementada en los 80 y los 90 y las PAE no hubiera dejado a los países sin fondos para invertir en sus sistemas de salud, se concluye fácilmente que la epidemia del VIH/SIDA no hubiera tomado la fuerza en África del modo en que lo hizo [27]. Habían señales de que el Dr. LEE Jong Wook, antes de su abrupto fallecimiento en abril del 2006, estaba preparado para reivindicar por lo menos algo de la visión de la Declaración de Alma Ata. El doctor formó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en el 2005, estaba entablado relaciones con el Movimiento por la Salud de los Pueblos, y el *Reporte Mundial de*

Salud del 2005 [28] señaló la falta de coordinación en los sistemas de salud y el modo en que la multitud de programas verticales y centrados en la enfermedad minan la capacidad de los ministerios de salud y el desarrollo de sistemas de salud integrados. Su sucesora, la Dra. Margaret Chan, tomo posesión en enero del 2007. Sus primeros discursos, reportados en la página web de la OMS, sugieren que continuará el compromiso con prácticas comprensivas, así que debemos tener esperanza en que éste será seguido de los necesarios cambios culturales en la cultura de la organización, así como con el presupuesto necesario.

Reviviendo el espíritu: hacia el camino para avanzar en el siglo XXI

¿Florecerá de nuevo el espíritu de Alma Ata en este siglo? Como miembro activo del Movimiento de Salud de los Pueblos, en donde la pasión por este espíritu es del todo evidente, creo que tendrá que florecer si somos capaces de evolucionar hacia sistemas de salud diseñados para satisfacer las necesidades de las personas, en lugar de las de los complejos masivos médico-industriales. La medicina y la atención a la salud se vuelven rápidamente una de las industrias globales más grandes, los riesgos de esto fueron presagiados en la petición de Alma Ata de "tecnología apropiada" que sea asequible. Hoy en día la tecnología médica sólo está disponible para personas de países ricos y los países pobres han tenido que luchar por el acceso a medicamentos como los retrovirales en tiempos en que el HIV/SIDA está devastando a tantos países, sobre todo en África.

La industria tiene poco interés en las enfermedades que afectan a la gente pobre y se esfuerza cada vez más en la "mercantilización de la enfermedad" [29] enfocada a las poblaciones de los países más ricos.

Los costos de la atención sanitaria se elevan en los países ricos, por un lado, por esta mercantilización y por el crecimiento de nuevas tecnologías médicas y farmacéuticas. El tema de los costos crecientes en cuanto a salud se convierte en un asunto clave de la política en muchos países. La Atención Primaria a la Salud ofrece una manera de crear un sistema de salud sustentable tanto en países ricos como en países pobres. Más que nada, ofrece

una aproximación centrada en la persona y sustentable, que podría ser accesible para todos. La evidencia nos sugiere que la Atención Primaria a la Salud ofrece un sistema de salud que es más equitativo, tiene mejores resultados en salud [30], es más asequible [31] y su implementación efectiva lleva a un sistema de salud mejor coordinado [32]. No cabe duda de que los niveles de riqueza en el mundo en el siglo veintiuno pueden brindar atención primaria a la salud integral y así alcanzar las metas del desarrollo del milenio para la población del mundo. Nuestro reto es asegurar que no se trata de un asunto de recursos, sino que implica conocimientos técnicos y voluntad política.

Escribo este comentario a la mitad de mi periodo de tres años como Comisionado de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud establecida por la OMS en marzo del 2005, por lo que mi relectura de la Declaración de Alma Ata a sido un ejercicio saludable. Mucho de lo que estamos tratando de lograr por medio de la Comisión fue presagiado en ésta: la necesidad de asegurar todos los aspectos de la vida es promover la salud, el enfoque sobre la importancia crucial del trabajar de manera conjunta con otros sectores, la importancia central del lograr salud equitativa, la necesidad de servicios de salud accesibles y apropiados, la necesidad del involucramiento civil y comunitario, el hecho de que la salud es importante para el desarrollo social y económico y su logro es un derecho humano y social, el enfoque en la solidaridad y su importancia para alcanzar salud extensa. Por lo tanto, la declaración sirve como un recordatorio vital de que las buenas intenciones y las palabras bonitas no son suficientes para lograr el cambio social. Sin embargo, también es un recordatorio del valor de una visión y un ideal alrededor de la cual la gente se puede reunir. Por lo tanto, el cambio hacia CDSS es asumir la batuta de Alma Ata y producir una visión igualmente inspiradora que pueda organizar soporte político y social de la sociedad civil y los gobiernos que están comprometidos con una promoción de la salud equitativa. La Atención Primaria a la Salud no es un paquete de medidas técnicas que pueda ser impuesto desde afuera, surge y florece de la experiencia vivida por las personas en sus comunidades y es

fortalecido por las acciones colectivas y por un estado que ve su meta central, no el desarrollo económico, sino el aseguramiento de que la salud y el bienestar de sus ciudadanos esté maximizado. Cuando la Atención Primaria a la Salud sea implementada del todo, la seguridad y esperanza que traerá consigo verán un crecimiento en la solidaridad y la voluntad de las personas para continuar la lucha por “Salud para Todos”.

Agradecimientos

A Danny Broderick y Paul Laris por sus atinados comentarios a una versión anterior de este artículo.

Referencias

1. Werner, D. (1978) *Where There are No Doctors*, California: Hesperian Foundation
2. Jan Swasthya Sabha, 2004
3. Lee S. WHO and the developing world: the contest for ideology. In Cunningham A, Andrews B. (eds.) *Western Medicine as Contested Knowledge*. Manchester: Manchester University Press; 1997.
4. Waitzin, H. One and a half centuries of forgetting and rediscovering: Virchow's lasting contribution to social medicine. *Social Medicine*, 2006, 1(1) February,; 5-10.
5. World Health Organization. *Primary Health Care. Report of the International Conference on primary Health Care, Alma -Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: WHO; 1978.
6. Brady, M. *Indigenous Australia and Alcohol Policy*. Sydney: UNSW Press; 2002.
7. Sachs, J. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO; 2001.
8. See http://www.who.int/social_determinants/en/ (accessed 3rd August 2006)
9. See discussion in Baum F. *The New Public Health*. 2nd Edition. Melbourne: Oxford University Press; 2002
10. Walsh JA and Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*. 1979;301: 967-974.
11. Macdonald JJ. *Primary Health Care. Medicine in its Place*. 1992 London; Earthscan p. 77.
12. Banerji D. A fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF, and the World Bank: instances of the practice of “intellectual fascism” and totalitarianism in some Asian countries. In: Navarro, V. ed. *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. Amityville, New York: Baywood Publishing Company, Inc.
13. Sanders, D. *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment*. London: MacMillan; 1985.
14. Werner D, Sanders D. *Questioning the Solution. The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Palo Alto CA; HealthWrights.
15. Jan Swasthya Abhiyan (People's Health Movement – India) *Health for All , Now! The People's Health Source Book*, Chennai, India: AID-India; 2004 p. 83.
16. Tejada de Rivero DA. *Alma Ata Revisited. Perspectives in Health Magazine. The Magazine of the Pan American Health Organization*. 2003; 8, 2 available on line http://www.paho.org/English/dd/pin/Number17_article1_4.htm (accessed 5th August 2006).
17. World Health Organisation. *The Ottawa Charter for Health Promotion, Health Promotion*. 1986 1 (4): i-v.
18. Baum F, Fry D, Lennie I. Eds. *Community Health. Policy and Practice in Australia*. Sydney; Pluto Press; 1992. Lomas J. *First and Foremost in Community Health Centres: The Centre in Sault Ste. Marie and the CHC alternative*. Toronto: University of Toronto Press; 1984.
19. Brady *op cit*
20. Werner and Sanders *op cit*, Lewis S. *The Race Against Time*. Toronto: Anansi; 2005. Labonte R, Schrecker T, Sanders, d Meeus W. *Fatal Indifference. The G8, Africa and Global Health*. Ottawa: International Development Research Centre; 2004. Breman A, Shelton C. *Structural adjustment and health: a literature review the debate, its role players and the presented empirical evidence*. WHO Commission on Macroeconomics and Health Working Paper WG6:6. Geneva: WHO; 2001.
21. <http://www.paho.org/English/dd/pin/almaata25.htm> accessed 5th August 2006.
22. Ashton J. ed. *Healthy Cities*. Milton Keynes: Open University Press; 1992. World Health Organization. *Twenty Steps for developing a Healthy Cities project*. Copenhagen, FADL 2nd Edition; 1995. Baum F, Jolley G, Hicks R, Saint K, Parker S. *What makes for sustainable Healthy Cities initiatives? - a review of the evidence from Noarlunga after 18 years*. Health Promotion International. 2006 forthcoming
23. de Leeuw E. and Skovgaard T. *Utility-driven evidence for Healthy Cities: problems with evidence generation and application*. *Social Science and Medicine*. 2005 61 (6) 1331-1341.
24. <http://www.paho.org/English/dd/pin/almaata25.htm>
25. WHO, UNICEF and World Bank. *State of the world's vaccines and immunization*. Geneva: WHO, 2002. pp. 3
26. http://www.unicef.org/publications/files/pub_sowvi_en.pdf (accessed 3rd August 2006), UNICEF. *Child mortality statistics*. <http://www.childinfo.org/cmr/revis/db2.htm> (accessed 3rd August 2006)

27. <http://phmovement.org/> (accessed 3rd August 2006)
28. Lewis op cit.
29. World Health Organization. World Health report 2005. Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO; 2005.
30. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002; 324;886-891(13 April).
31. Shi L, Starfield B, Kennedy B, and Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *The Journal of Family Practice*. 1999; 48:(4)275-284.
32. Agdestain S, Roemer M I. Good health at a modest price: the fruits of primary care. *World Health Forum* 1991; 12; 428-31.
33. Saltman RB, Rico A, Boerma GW. Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European primary care. Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2006.

