

DE LA SALUD INDIVIDUAL A LA SALUD GLOBAL EN LA BÚSQUEDA DE UN MUNDO MEJOR

FROM INDIVIDUAL HEALTH TO GLOBAL HEALTH IN THE SEARCH FOR A BETTER WORLD

María Isabel Rodríguez

mirsalva2@gmail.com

Resumen

El presente artículo, de carácter inédito, fue originalmente una conferencia dictada el 19 de julio de 2007 en Salvador de Bahía, Brasil, en el marco de las “Conferencias Juan César García”, máxima distinción de los congresos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. En él, se analiza las corrientes de pensamiento que han impregnado las acciones en salud de las comunidades académicas latinoamericanas durante los siglos XX y XXI, desde el enfoque del derecho a la salud. El papel jugado por organismos de Naciones Unidas, particularmente las agencias especializadas en Salud, en especial la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), merece ser estudiado. El análisis de los campos de conocimiento responsables del tratamiento de la problemática de salud en nuestra región, de la conformación del campo de la salud internacional y de las grandes desigualdades en el mundo actual y su impacto en salud dan cuenta de la necesidad urgente de incorporar una nueva visión de salud internacional. Es preciso romper con los criterios de ayuda paternalista y dependiente, que no contribuyen al desarrollo de las potencialidades de los países en desarrollo, con el objetivo de colocarlos en condiciones de contribuir a la construcción de un mundo mejor, saludable y seguro.

Abstract

This unpublished article was originally a lecture given on July 19, 2007 in Salvador de Bahia, Brazil, within the framework of the “Juan César García Conferences”, highest distinction of the congresses of the Latin American Association of Social Medicine. It

analyzes the lines of thought that have permeated the health actions of Latin American academic communities during the twentieth and twenty-first centuries, from a right to health approach. Within these, the role played by United Nations agencies, particularly the specialized agencies in Health, especially the Pan American Health Organization (PAHO) and the World Health Organization (WHO), deserve to be studied. The analysis of the fields of knowledge responsible for the treatment of the health problem in our region, the conformation of the field of international health and the great inequalities in the current world and its impact on health realize the need to incorporate a new vision of international health. It is necessary to break with the criteria of paternalistic and dependent assistance, which is not successful in developing the potential of developing countries, with the aim of placing them in conditions of contribution to the construction of a better, healthy and safe world.

Palabras claves: Salud Pública; Salud Internacional; Organización Panamericana de la Salud; Medicina Social Latinoamericana; América Latina.

Keywords: Public Health; International Health; Latin American Social Medicine; Pan American Health Organization; Latin America.

Introducción

El hilo conductor de este trabajo será el desarrollo de las corrientes de pensamiento que han impregnado las acciones en salud de nuestras comunidades académicas particularmente latinoamericanas, en el siglo XX y lo que va del XXI y el *desideratum* frente a las grandes desigualdades sociales y económicas que ha vivido y que sobre todo vive la humanidad y su impacto en las condiciones de salud de nuestros pueblos.

En ese proceso de construcción de caminos para lograr mejores condiciones de salud en el mundo y en nuestro continente, muchos de los miembros de las comunidades académicas de nuestra región, y de nuestras universidades, como de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), han sido actores centrales. En este marco, el papel jugado por organismos de Naciones Unidas, particularmente las agencias

especializadas en Salud, en especial OPS y OMS —cuya composición y actuación no son ajenas a esas comunidades académicas a quienes se rinde homenaje en este trabajo— merece particular atención. En estas agencias estará puesto el foco de análisis.

Es por ello que considero fundamental reflexionar sobre el papel jugado por nuestros salubristas, nuestros científicos sociales, nuestros investigadores en los distintos campos de la salud. Todos ellos formados en su mayoría en nuestras escuelas y universidades y que, luego, articulados en organismos como OPS/OMS, han sido entes críticos y generadores de conocimiento. Muchos de ellos, además, han sido socios solidarios de los grupos nacionales con quienes, a través de esfuerzos de cooperación y trabajo, han sido responsables de la construcción de las grandes políticas, metas y estrategias mediante las cuales se han buscado respuestas a los grandes problemas de salud de nuestras poblaciones. Este trabajo parte del enfoque de la salud como un derecho humano fundamental y como componente central del bienestar de toda la humanidad.

El artículo se estructura en cinco partes. La primera presenta y analiza los campos de conocimiento que a lo largo de la historia han sido responsables del tratamiento de la problemática de salud y el lugar que ocupan en nuestra región. La segunda aborda la conformación del campo de la salud internacional. La tercera analiza las grandes desigualdades en el mundo actual y su impacto en salud. La parte busca reflexionar en torno a las grandes políticas, metas y estrategias orientadas a alcanzar la salud en el mundo. Y la última intenta plantear algunos desafíos de cara al futuro y qué hacer en este escenario.

Los campos de conocimiento y el abordaje de la salud en nuestra región

Cinco grandes campos de conocimiento y de práctica social, con sus respectivas especialidades, han sido actores fundamentales en el último siglo en la lucha por alcanzar la salud de todos los pueblos del mundo, desde el desarrollo temprano y ancestral de la Medicina Individual hacia la Salud Colectiva, la Salud Pública, la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Internacional hasta la Salud Global.

En su accionar, su contribución, producto de los grandes avances en el conocimiento de las ciencias biomédicas, sociales, económicas y políticas, ha generado toda una gama de especialidades y especialistas, científicos y técnicos,

unidos a los grandes sectores organizados y no organizados de la población, todos los cuales tienen un rol fundamental que en ninguna forma se inscriben en campos excluyentes, por el contrario deben coadyuvar y lo han hecho históricamente para el tratamiento o abordaje del gran problema responsabilidad de todos: la salud.

La contribución de cada uno de los distintos campos del conocimiento que hemos mencionado antes sigue siendo y es válido al presente. ¿Acaso la definición de Salud Pública que elaboró nuestro bien recordado Milton Terris¹ en 1991, haciendo una adaptación de la definición de Winslow de 1920, sigue siendo válida? Las simplificaciones posteriores no han añadido ni aportado nuevos horizontes en la construcción del campo de la salud pública.

En este sentido, hay que tener en cuenta que la sistematización del conocimiento en Salud Pública en América Latina, producto de una estrecha asociación entre las comunidades científicas de nuestras universidades y la OPS, a través de su Departamento de Educación Médica —posteriormente transformado en Departamento de Recursos Humanos—, se desarrolla en el marco de dos programas que han sido esenciales.

El primero de ellos se refiere a los seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social que se realizaron en Viña del Mar, Chile, en 1955, y Tehuacán, México, en 1956 (OPS, 1957). Las recomendaciones surgidas de ambos seminarios fueron adoptadas por las escuelas de Medicina del continente. De hecho, Viña del Mar acogió 78 participantes, de los cuales 33 fueron brasileños, en el contexto de 60 profesores procedentes de diferentes escuelas del continente. El seminario de Tehuacán, México fue atendido por 82 participantes, 29 de los cuales fueron mexicanos, 15 colombianos, además de al menos dos representantes de los restantes países latinoamericanos. Ambos seminarios impactaron en forma decisiva en la enseñanza de la Salud Pública Latinoamericana (García, 1984).

Diez años después de realizados estos seminarios, la OPS convoca en su sede en Washington a dos reuniones (García, 1984) que, a mi juicio, fueron decisivas en la orientación de la enseñanza de la Salud Pública y en la consolidación de la corriente de pensamiento que se vuelve aparente en la región a partir de 1968, es decir a la construcción del campo de la Medicina Social. Fue una estrategia por demás interesante que aprovechó el programa de libros de texto de la OPS/OMS para la unificación de criterios sobre objetivos, planes de estudio, evaluación y material bibliográfico adecuados para la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social.

El segundo programa se refiere a los Comités del Programa de Libros de Texto de OPS/OMS, en las escuelas de Medicina de América Latina. Dos aspectos fundamentales, entre otros, surgen del análisis del papel de los comités. En primer término, me voy a referir a la composición de los comités, en donde aparecen figuras que fueron partícipes en los seminarios de Viña del Mar (1955) y Tehuacán (1956), pero más aún es desde allí donde se reclutan muchos de ellos para integrar o fortalecer el núcleo básico de Recursos Humanos de OPS/OMS, incluyendo su director y el propio director de OPS. No puede pasarse por alto la constitución de ese núcleo generador de conocimientos, de su difusión y consolidación, en el cual jugó un papel fundamental Juan Cesar García y que, a partir de 1966, va a ser la figura clave en la reorientación de la Educación Médica y la construcción del campo de la Medicina Social. Cuando se realiza la primera reunión en 1968, ya Juan César García realizaba sus estudios sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en la región, el cual derivó en ese extraordinario análisis sobre el proceso de formación de médicos y su relación con la práctica médica y la estructura social que culminó con la publicación del libro *La educación médica en América Latina* (García, 1972).

El Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS de 1974 marca una inflexión en el abordaje de la salud pública a la medicina social. Por primera vez se profundiza, en esas reuniones, en una definición del objeto de la Medicina Social. El Comité estuvo de acuerdo en:

“considerar como objeto de la medicina social el estudio de las acciones en medicina, entendiéndose por tal el campo de la práctica y conocimientos relacionados con la salud. Teniendo este objeto como su preocupación principal, la medicina social trata de estudiar la sociedad, de analizar las formas corrientes de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica. Específicamente, el análisis de la atención médica bajo la conceptualización anteriormente descrita permitirá el entendimiento de diferentes momentos y los mecanismos de control que podrían asegurar una transformación de la práctica médica para mayor beneficio de la población”. (OPS, 1974: 44)

Igualmente, el Comité consideró “que la organización de la enseñanza de la medicina social debe establecerse en función de su objeto”. Sus conclusiones avanzaron en el sentido de considerar que “esa enseñanza en función del objeto de la medicina social implica el estudio de la realidad concreta donde se sitúa la unidad y la Escuela en un determinado momento” (OPS, 1974: 47).

Los esfuerzos de las asociaciones latinoamericanas e internacional de

Medicina Social han venido a sistematizar una rica producción teórica de muchos grupos y décadas, así como a consolidar un campo profesional legitimado además por la proliferación de sus posgrados.

Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social

Tal como se mencionó en el apartado anterior, en el marco de la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, dos seminarios han sido centrales. Asimismo, es preciso nombrar dos reuniones del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, en 1968 y en 1974, ambas en Washington, D.C.

En los cuadros 1 y 2, es posible observar una sistematización de las conferencias de Salud Pública y el desarrollo de la Medicina Social en este contexto, respectivamente:

Cuadro 1: conferencias de escuelas de Salud Pública

Número	Año	Lugar	Conferencia
1 ^a	1959	México, San Miguel	Objetivos de las escuelas de Salud Pública
		Regla	
2 ^a	1963	Venezuela	Enseñanza de la Estadística
3 ^a	1963	Brasil	Enseñanza de la Administración en Salud Pública
4 ^a	1965	Puerto Rico	Enseñanza de la Epidemiología
5 ^a	1967	Argentina	Enseñanza de la Administración de atención médica y hospitalaria
6 ^a	1969	Colombia, Medellín	Funciones de las escuelas de Salud Pública frente a los cambios socio-económicos en la América Latina
7 ^a	1971	Cuba, La Habana	Las escuelas de Salud Pública en el proceso de desarrollo de Recursos Humanos en Salud
8 ^a	1974	Perú, Lima	Evaluación de las escuelas de Salud Pública
9 ^a	1976	Brasil, Rio de Janeiro	La atención de la Salud en el nivel primario
	1977	Washington D.C.	Reunión Especial. Programas de posgrado en Salud Pública y Medicina Social en América Latina y el Caribe
10 ^a	1979	Venezuela, Caracas	Investigación aplicada a los servicios de salud
11 ^a	1981	Jamaica, Kingston	Políticas y estrategias de formación de Recursos Humanos en Salud ALAESP - ASPII - OPS

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2: Desarrollo de la Medicina Social

DESARROLLO DE LA MEDICINA SOCIAL	
1968-1973	Ciencias Sociales en Salud
1972	Cuenca Ecuador. Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la Medicina
1973	Posgrado de Medicina Social. Instituto de Medicina Social, Universidad Estadual de Rio de Janeiro, curso para médicos
1975	Maestría de Medicina Social, UAM Xochimilco, México
1983	Cuenca Ecuador. Tendencias y perspectivas en las investigaciones en ciencias sociales en América Latina
1984	Brasil, Ouro Preto. Constitución de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
1985-1997	Siete congresos latinoamericanos de Medicina Social
1987-1988	Reuniones en México, Venezuela, Argentina, Brasil, Colombia y Puerto Rico.
1988	Puerto Rico, Gran Encuentro Ibero Panamericano de Salud Pública: Promoción de Liderazgo en Salud Pública.

Fuente: Elaboración propia

Construcción y sistematización del campo de salud internacional

En este entrecruce de campos, no puede quedar afuera la construcción y sistematización del campo de salud internacional, cuyo ámbito y desarrollo la enfrenta a este tan discutido mundo de la globalización.

Los estudiosos actuales de la medicina social, y más aún de la salud internacional, encontrarán en estos tempranos historiadores de la medicina, de la salud pública, de la medicina social y de la salud internacional muchas fuentes de inspiración. Para el caso, Milton Roemer (1960: 18) culmina un análisis sobre el trabajo de Sigerist señalando que “en verdad su vida personal, sus enseñanzas y sus servicios a la humanidad son todos de carácter internacional, constituyendo una verdadera encarnación del internacionalismo en el trabajo de salud. Henry Sigerist escribió, actuó y vivió como ciudadano del mundo”.

Elizabeth Fee, como historiadora de la salud pública y de la Educación en

Salud, nos ofrece el puente hacia este rico campo de la Salud Internacional. Ella remonta los inicios del término de Salud Internacional a lo que los ingleses y franceses llamaron medicina tropical como parte de las acciones destinadas a mantener saludable a sus fuerzas, las expediciones exploradoras. La administración de todas esas fuerzas de conquista exigía conocimiento de enfermedades asociadas a regiones tropicales. También nos señala que el término de Salud Internacional fue popularizado por la Fundación Rockefeller con la creación de la Comisión de Salud Internacional en 1913 y luego con la creación del Internacional Health Board.

En las escuelas, institutos y universidades del Primer Mundo, el primer concepto de Salud Internacional que se maneja es el de salud de los subdesarrollados; y más aún, instituciones de prestigio llegaron a ampliar su definición a la salud de las poblaciones marginadas del propio país. Nuevos grupos, nuevos abordajes, nuevas explicaciones y la vivencia de un mundo cada vez más internacionalizado llevaron a muchos estudiosos de la Salud Internacional a involucrarse no sólo en la práctica sino en el análisis y redefinición del campo, que va más allá de la antigua visión con que se conoció, referido sobre todo al control de epidemias a través de las fronteras.

La redefinición del campo de Salud Internacional, al igual que el campo de la Salud Pública, recoge evidencias de una práctica social temprana que genera prácticas educativas e investigaciones, siendo muy tarde, aun ya avanzados los procesos de profesionalización, cuando aparecen los esfuerzos de su redefinición y sobre todo los planteamientos críticos sobre su objeto de estudio.

Es así como en los últimos años ese objeto de estudio y transformación conocido como Salud Internacional admite dos enfoques o perspectivas de análisis: uno es la salud como asunto internacional y el otro, las dimensiones internacionales de la salud (Rovere, 1992; Panisset, 1992). Ambos abordajes no son dicotómicos ni excluyentes, sino, por el contrario, sólo la interacción de ambos permite abordar y entender de manera integral, en una dinámica compleja y multidimensional, el campo de conocimiento y la práctica de la Salud Internacional.

El campo de conocimiento de la Salud Internacional exige para su análisis y explicación el concurso obligado de las ciencias políticas, sin las cuales la política internacional y las relaciones internacionales directamente involucradas no podrán ser explicadas.

La multiplicidad de actores en el campo de la Salud Internacional, y sobre todo

en actividades como la cooperación técnica y financiera en un mundo internacionalizado, mal llamado globalizado, ha crecido vertiginosamente en las últimas dos décadas y su papel se vuelve cada vez más influyente en las condiciones de salud de la población mundial.

En un buen número de publicaciones recientes, se señala que el término Salud Global está reemplazando rápidamente el término de Salud Internacional, pese a que los mismos autores reconocen que el término de salud global es aún poco claro.

Cuando nos referimos a Salud Global, pensamos más bien en un gran movimiento que, con la participación de todos los pueblos del mundo, lucha por un mundo más saludable. Va más allá de las acciones de los gobiernos, surge como un gran movimiento de la sociedad civil que tiene sus raíces en organizaciones populares alrededor del mundo. Este movimiento no puede ser considerado de ninguna manera sustitutivo o reemplazante de los campos de Salud Internacional o Medicina Social; por el contrario, hace suyas las declaraciones que por largo rato han surgido de las grandes reuniones de Salud Pública, de la Medicina Social y de la Salud Internacional. Importante es el llamado que hace a los pueblos del mundo a convertirse en garantes del derecho a la salud. Las dos primeras grandes reuniones realizadas en Bangladesh y en Ecuador ponen en manos de todos los habitantes de la tierra la Salud de Todos. Recuérdese que esa es la meta de Salud para Todos en 2000, pero este movimiento lleva a la práctica la movilización de nuevos actores y nuevas formas de participación, más allá de los gobiernos, organizaciones intergubernamentales y agencias de cooperación.

El siguiente gráfico resume las principales acciones orientadas al fortalecimiento, reorientación, definición y redefinición de los campos de conocimiento relacionados con la salud de la población.

Gráfico 1

Salud Pública	1950	Seminarios/Reuniones, Grupos Académicos-OPS, Departamentos de Salud Pública. ALAESP
Medicina Social	1970	Amplia Producción Teórica Maestrías y Doctorados ALAMES
Salud Internacional	1980	Nuevos Enfoques y redefiniciones. Publicaciones, Seminarios. Nuevos modelos de formación
Salud Global	2000	Asambleas Mundiales de Salud de los Pueblos (Bangladesh, Cuenca)
Determinantes Sociales de la Salud	2005	Comisión de Alto Nivel-OMS (CDSH). Carta de Toronto

Fuente: Elaboración propia

Las grandes desigualdades actuales y su impacto en la salud

Pese a los compromisos adquiridos por todas las naciones del mundo en pro de la meta de Salud para Todos y la búsqueda de un mundo mejor, las inequidades han seguido creciendo.

Una buena revisión de las inequidades más aparentes nos lleva desde la academia a señalar que no podemos enorgullecernos de un mundo en que la llamada sociedad del conocimiento y la información convive con la sociedad de la pobreza, la desnutrición, la incultura y la ignorancia.

En relación a la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), en 1970, los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se comprometieron a otorgar el 0,7 por ciento de su Producto Interno Bruto como ayuda oficial al desarrollo. En 2005, es decir 35 años después del compromiso, el promedio de dicha ayuda era de 0,33 por ciento y sólo cuatro países —Suecia, Noruega, Luxemburgo y Holanda— alcanzaron y sobrepasaron el compromiso adquirido por todos del 0,7.

La paradoja de todo esto es que la AOD es, en muchos casos, un espejismo o un arma de doble filo pues, dada su conceptualización, un préstamo puede ser incluido si es prestado a intereses ligeramente más bajos que los del mercado. La ayuda militar puede ser igualmente incluida, aunque todos sabemos lo que las armas y las guerras acompañantes hacen a nuestros países. No obstante, buena parte de

estos fondos, si son empleados en estimular diversas facetas del desarrollo y la demanda por su incremento hasta cumplir las metas autoimpuestas y más allá, debería ser una demanda permanente de la comunidad de naciones.

Obviamente, para que la ayuda sea realmente tal y contribuya al desarrollo no basta con que se incremente, deberían normarse explícitamente sus destinos para ser tipificada como tal y evitar que se sigan contemplando como AOD cuestiones que son de exclusivo interés de los países centrales y que no tienen nada que ver con desarrollo (como la seguridad internacional, la lucha contra el terrorismo, los costos militares derivados del envío de tropas “para mantenimiento de la paz”, becas absorbidas por los migrantes y muchas otras). Estos tópicos deberían dejar de ser considerados como AOD reconociendo que la erradicación de la pobreza (no su alivio) y el desarrollo humano son un objetivo en sí mismos.

A propósito de AOD y la inclusión en ella de la ayuda militar, es conveniente detenerse un poco en la inversión que se hace en armamentos y equipos como la punta del iceberg que nos refleja la magnitud de su incidencia en el desarrollo, en la paz y en la salud de los pueblos.

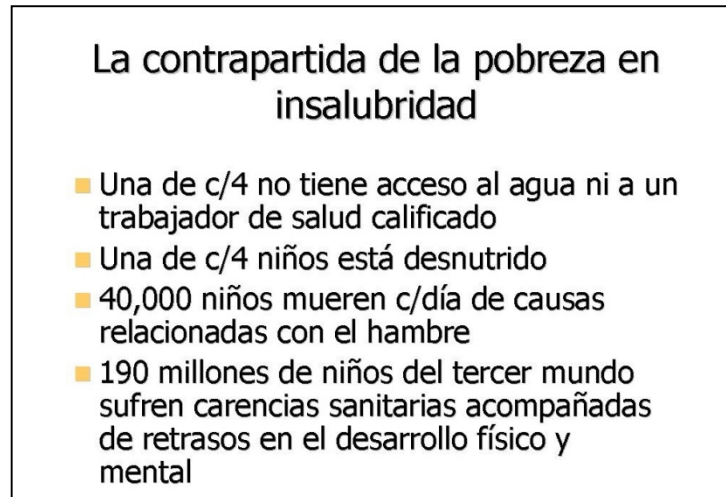
En relación con el tipo de desarrollo que buscamos, la información sobre lo que se consume en el mundo, comparando consumidores y el crecimiento del consumo mundial, Gro Harlem Burtland (ONU, 1987) planteó que con 6.300 millones de personas consumiendo como desarrollados necesitaríamos cinco planetas tierra para satisfacer sus necesidades

Otro punto interesante es la relación entre las políticas de subsidios agrícolas y la inseguridad alimentaria, ya que esto constituye la base de la quiebra de nuestra producción agrícola.

Otro punto a tener en cuenta es el que se refiere a la innovación tecnológica. Mucho se ha dicho en relación con la brecha tecnológica creciente a nivel mundial.

Para cerrar este apartado, es necesario detenernos a analizar brevemente la contrapartida de la pobreza en insalubridad, que ciertamente constituye un panorama desolador (Gráfico 2).

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia

Las grandes políticas, metas y estrategias orientadas a alcanzar la salud en el mundo

Pese a los esfuerzos realizados por las naciones del mundo a partir de la Segunda Guerra Mundial, que llevan a la constitución de las Organización de las Naciones Unidas en 1945 y la casi inmediata fundación en 1946 de la Organización Mundial de la Salud, que en su artículo 1 establece como su finalidad alcanzar para todos los pueblos del mundo el grado más alto posible de salud, las reiteradas crisis de la salud conllevan al establecimiento de medidas, de las cuales dos pueden considerarse las de mayor impacto o trascendencia: en primer lugar, la declaración de Alma Ata, en 1978; y en segundo lugar, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en 2000.

La Declaración de Alma Ata en 1978 denunció como intolerables las inequidades existentes entre países y al interior de los países. Señaló que era posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares.

2000 llegó con un rezago del compromiso adquirido 22 años atrás, después de una década en la que el privilegio de la dimensión económica en todas las formas del quehacer humano abatió los logros y aspiraciones que había generado Alma Ata. Al mismo tiempo crecieron las inequidades entre las naciones y al interior de ellas. Se configuró un escenario complejo en el que las enfermedades emergentes y

reemergentes hicieron su aparición.

Un nuevo intento tuvo lugar ante el incumplimiento de la propuesta de Alma Ata. Los países miembros de la ONU, en busca de respuestas a las graves desigualdades sociales y económicas que afectan a la humanidad, suscribieron una nueva propuesta: los Objetivos del Milenio, que suponían una meta a ser alcanzada en 2015. Lastimosamente, y sobre todo para el área de la salud, las metas fueron menos ambiciosas y se enmarcaron en una visión del mundo más economicista e independiente que la visión de Alma Ata, la cual continuamos creyendo que sigue siendo válida y factible si el mundo fuera más solidario.

El cuadro siguiente representa un intento de comparación entre Alma Ata y ODM.

Cuadro 3

	Alma Ata	ODM
Objetivos	Mejoría integral de la salud	Avance en indicadores
Metas	Salud para Todos	Salud para la mitad
Valores	Salud como un derecho humano fundamental	Libertad, igualdad, Solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza, responsabilidades compartidas, democracia y cumplimiento de la ley
Estrategia	APS integral	“Éxitos rápidos”
Objetivo General	Equidad y justicia económica	Hacer de la globalización una fuerza positiva
Contexto Económico	Desarrollo basado en un Nuevo Orden Económico Internacional	Desarrollo del “libre” comercio
Paz	Política de independencia, paz y desarme	Asociación global con el sector privado y la sociedad civil
Contexto Internacional	Redireccionar el gasto en armamento y los conflictos militares	Seguridad colectiva (amenaza de conflictos, terrorismo, armas de destrucción masiva, crimen organizado y violencia civil)

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

A la luz de las reflexiones anteriores, sometemos a consideración las siguientes propuestas.

En primer lugar, es necesario considerar la Declaración de Alma Ata como la más clara denuncia y un llamado urgente a todos los pueblos del mundo a unirse en la búsqueda de salud para toda la humanidad y la promoción de principios fundamentales como solidaridad, equidad y participación social. En este sentido, y ante el incumplimiento de la meta de Alma Ata, es válida la búsqueda de estrategias en el mundo que permitan dar respuesta a las graves desigualdades sociales y económicas que afectan a la humanidad.

En segundo lugar, los Objetivos de Desarrollo del Milenio están tratando de contribuir a dar respuesta a las demandas incumplidas derivadas de Alma Ata: fomentar una asociación mundial para el desarrollo que debería interpretarse como coadyuvante en el esfuerzo de salud para todos y sus demandas incumplidas 22 años después.

Así, la Movilización de los Pueblos del Mundo (Bangladesh, 2000; Cuenca, 2005; foros de Mumbai, India, y Toronto, Canadá) plantea un camino para la lucha por la salud mundial que debe ser apoyada y profundizada en la concepción de salud global; ser parte de esta movilización es una obligación de los trabajadores de la salud que, de espectadores, debemos convertirnos en actores.

Además, es preciso tener en cuenta que, a partir de 2004, se sistematiza oficialmente el creciente trabajo desarrollado sobre el estudio de los determinantes sociales de la Salud. Se trataría, entonces, de analizar el papel que debe jugar este esfuerzo en la reorientación no sólo de políticas y estrategias sino de acciones concretas que modifiquen el curso de las grandes desigualdades de salud en el mundo.

Existe la necesidad urgente de incorporar una nueva visión de salud internacional que obligue a romper con los criterios de ayuda paternalista y dependiente que no contribuyen al desarrollo de las potencialidades de los países en desarrollo para colocarlos en condiciones de contribuir a la construcción de un mundo mejor, saludable y seguro.

Finalmente, con este escrito quiero rendir homenaje a las mujeres y hombres latinoamericanos que han formado parte de esta historia, y en particular a aquellos

que desde ABRASCO, ALAMES y ALAESP han sido actores claves. Sobre todo, este homenaje está dirigido a Juan César García y todos sus compañeros.

Referencias bibliográficas

GARCÍA, J. C. (1972). *La educación médica en la América Latina*. Washington D.C.: OPS.

GARCÍA, J. C. (1984). Juan César García entrevista a Juan César García. En E. Nunes, *Las ciencias sociales en salud en América Latina: tendencias y perspectivas* (1986), pp. 21-29. Montevideo: OPS-CIESU.

ONU. (1987). *Informe Brundtland*. Nueva York: ONU.

OPS. (1957). *Seminarios sobre la enseñanza de medicina preventiva*. Washington D.C.: OMS.

OPS. (1974). *Informe del Comité del Programa de libros de texto de la OPS/OMS para la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina*. Washington D.C.: OPS.

PANISSET, Ulises. (1992). Reflexiones acerca de la salud como asunto internacional. En *Salud Pública Internacional, un debate Norte-Sur*, pp. 169-195. Washington D.C.: OPS.

ROEMER, M. (1960). *Sigerist on the sociology of medicine*. New York: MD Publications.

ROVERE, Mario. (1992). Dimensiones internacionales de la Salud. En *Salud Pública Internacional, un debate Norte-Sur*, pp. 153-167. Washington D.C.: OPS.

TERRIS, Milton. (1991). Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas. En *La crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate*, pp. 185-204. Washington D.C.: OPS.

Notas

¹ “La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (Terris, 1991: 187-188).

Fecha de envío: 11 de setiembre de 2019. Fecha de dictamen: 28 de octubre de 2019.
Fecha de aceptación: 08 de noviembre de 2019.