

DE LA SALUD INDIVIDUAL A LA SALUD GLOBAL EN LA BUSQUEDA DE UN MUNDO MEJOR¹

Dra. María Isabel Rodríguez*²

Permítanme en primer término, agradecer a la sociedad de Salud Colectiva (ABRASCO), a la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y a la Asociación Latinoamericana de Políticas de Salud (IPHA) por el alto honor que me confieren al invitarme a participar en la conferencia con que se honra la figura y obra de nuestro querido compañero y maestro Juan César García.

En la figura de Juan César rindo también homenaje a un gran grupo de compañeros, algunos aquí presentes y otros que, como el insustituible Sergio Arouca, Cecilia Donangelo, María del Carmen Troncoso y otros más que se nos adelantaron en la recta final.

El hilo conductor de esta charla pretende ser 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 han sido actores centrales muchos de los miembros de nuestras comunidades académicas, de nuestras universidades, de ALAESP, ABRASCO Y ALAMES. A este respecto quiero traer a cuentas 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 quiero rendir homenaje.

Por esa razón les pido acompañarme a reflexionar sobre el papel jugado por nuestros salubristas, nuestros científicos sociales, nuestros investigadores en distintos campos de la salud, personajes formados en su mayoría en nuestras Escuelas y Universidades y que luego,

■ **Salud como derecho humano fundamental y como componente central del bienestar de toda la humanidad.**

articulados en organismos como OPS/OMS han sido entes críticos y generadores de conocimiento, muchos de ellos 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.

Trabajaremos sobre la salud como un derecho

¹ Presentación en la Conferencia Juan Cesar García, máxima distinción del Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 19 de julio de 2007. Salvador de Bahía, Brasil.

² * Rectora de la Universidad de El Salvador.

Para el desarrollo de la reflexión que propongo, abordaremos los siguientes aspectos:

- I. Los campos de conocimiento que a lo largo de la historia han sido responsables del tratamiento de la problemática de salud. Su abordaje en nuestra región.
- II. Las grandes desigualdades en el mundo actual y su impacto en salud.
- III. Las grandes políticas, metas y estrategias orientadas a alcanzar la salud en el mundo.
- IV. ¿Qué hacer?

PARTE I LOS CAMPOS DE CONOCIMIENTO QUE A LO LARGO DE LA HISTORIA HAN SIDO RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD. EL ABORDAJE 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 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 al 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 Terris en 1991, haciendo una adaptación de la definición de Wislow de 1920, no sigue siendo válida? Las simplificaciones posteriores no han añadido ni aportado nuevos horizontes en la construcción del campo de la salud pública.

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 a través de dos programas 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 Tehuacan, México en 1956. Las recomendaciones surgidas de ambos seminarios fueron adoptados por las Escuelas de Medicina del Continente. De hecho, Viña del Mar acoge 78 participantes, de los cuales 33 fueron brasileños, en el contexto de 60 profesores procedentes de diferentes Escuelas del Continente. El seminario de Tehuacan, México es 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 la enseñanza de la Salud Pública Latinoamericana.

Diez años después de realizados estos seminarios, la OPS convoca en su sede en Washington a dos reuniones 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, me refiero 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 y Tehuacan, 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 papel fundamental la persona cuyo nombre lleva esta conferencia y que a partir de 1966 va a ser figura clave en la reorientación de la educación médica y la construcción del campo de Medicina Social. Cuando se realiza la primer 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” en 1972.

El Comité 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 la 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.”

Igualmente consideró el Comité “que la organización de la enseñanza de la medicina social debe establecerse en función de su objeto. Sus conclusiones avanzan 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”. A las grandes reuniones claves a que nos hemos referido antes, debemos en esas décadas.

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 postgrados.

Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social

Seminarios sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social:

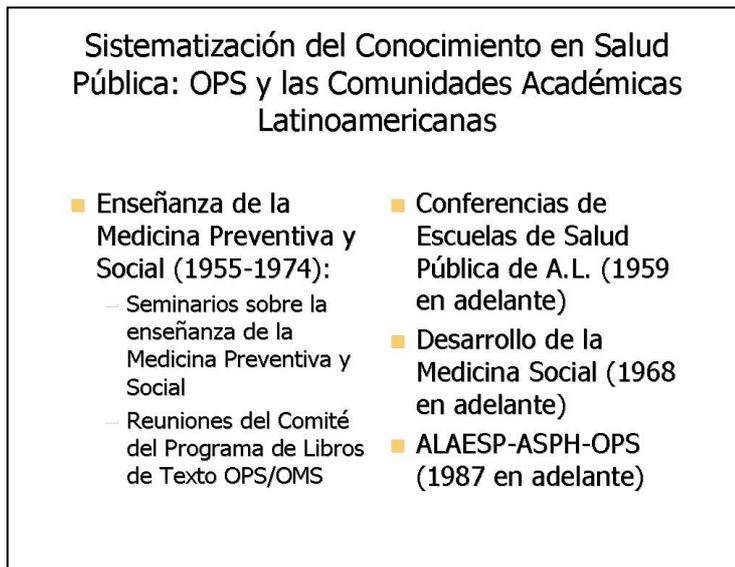
- 1955; Viña del mar, (Chile)
- 1956, Tehuacan (México)

Reuniones del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la enseñanza de la Medicina Preventiva y Social:

- 1968, Primera Reunión, Washington, D.C.
- 1974, Segunda Reunión, Washington, D.C.

CONFERENCIAS DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA	DESARROLLO DE LA MEDICINA SOCIAL
<p>1ª. 1959 México, San Miguel Regla Objetivos de las Escuelas de Salud Pública</p> <p>2ª. 1963 Venezuela. Enseñanza de la Estadística</p> <p>3ª. 1963 Brasil. Enseñanza de la Administración en Salud Pública</p> <p>4ª. 1965 Puerto Rico. Enseñanza de la Epidemiología.</p> <p>5ª. 1967 Argentina. Enseñanza de la Administración de atención médica y hospitalaria</p> <p>6ª. 1969 Colombia, Medellín, Funciones de Las Escuelas de Salud Pública frente a los cambios socio-económicos en la América Latina</p> <p>7ª. 1971 Cuba, Habana. Las Escuelas de Salud Pública en el proceso de desarrollo de Recursos Humanos en Salud</p> <p>8ª. 1974 Perú, Lima. Evaluación de las Escuelas de Salud Pública</p> <p>9ª. 1976 Brasil, Río de Janeiro. La atención de la Salud en el nivel primario 1977 Reunión Especial. Washington D.C. Programas post-grado en Salud Pública y Medicina Social en América Latina y el Caribe</p> <p>10ª. 1979 Caracas, Venezuela. Investigación Aplicada a los servicios de salud</p> <p>11ª. 1981 Kingston, Jamaica. Políticas y estrategias de formación de Recursos Humanos en Salud ALAESP - ASPII- OPS</p>	<p>1968-1973 Ciencias Sociales en Salud</p> <p>1972 Cuenca Ecuador Aspectos Teóricos de Las Ciencias Sociales aplicadas a la Medicina</p> <p>1973 Post-Grado de Medicina Social Instituto de Medicina Social Universidad Estadual de Río de Janeiro - Curso para médios</p> <p>1975 Maestría de Medicina Social UAM Xochimilco, México</p> <p>1983 Cuenca Ecuador. Tendencias y perspectivas en las investigaciones en Ciencias Sociales en América Latina</p> <p>1984 Brasil. Constitución de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. (ALAMES)</p> <p>1985-1997 Siete Congresos Latinoamericanos de Medicina Social</p> <p>1987- 1988 Reuniones en México, Venezuela, Argentina, Brasil, Colombia y Puerto Rico.</p> <p>1988 Puerto Rico, Gran Encuentro Ibero Panamericano de Salud Pública: Promoción de Liderazgo en Salud Pública.</p>

En este entrecruce de campos no puede quedar por fuera la construcción y sistematización del campo de salud internacional, campo 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 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, expediciones exploradoras. La administración de todas esas fuerzas de conquista que 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 de International 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, aún 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 que es Salud como asunto internacional y el otro las dimensiones internacionales de salud.

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 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, han 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 pone en manos de todos los habitantes de la tierra la salud de todos. Recuérdese que esa es la meta de salud para todos en el año 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.

La siguiente gráfica resume las principales acciones orientadas al fortalecimiento, reorientación, definición y redefinición de los campos de conocimiento relacionados con la salud de la población:

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

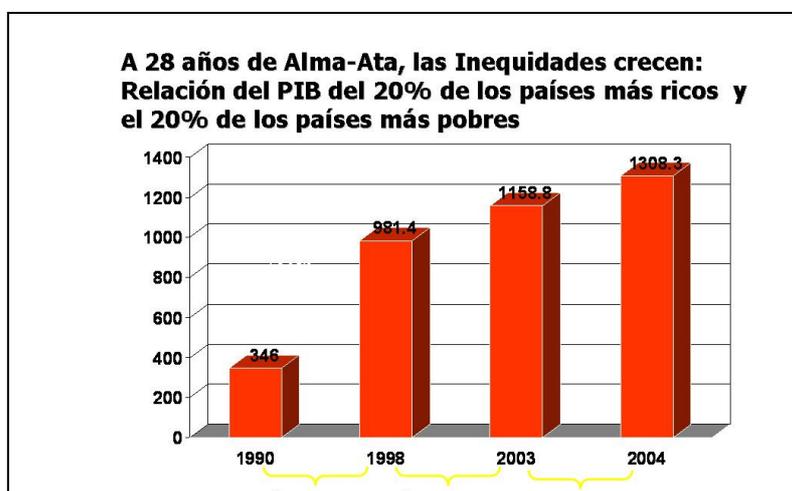
II. Las grandes desigualdades actuales y su impacto en la Salud.

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.

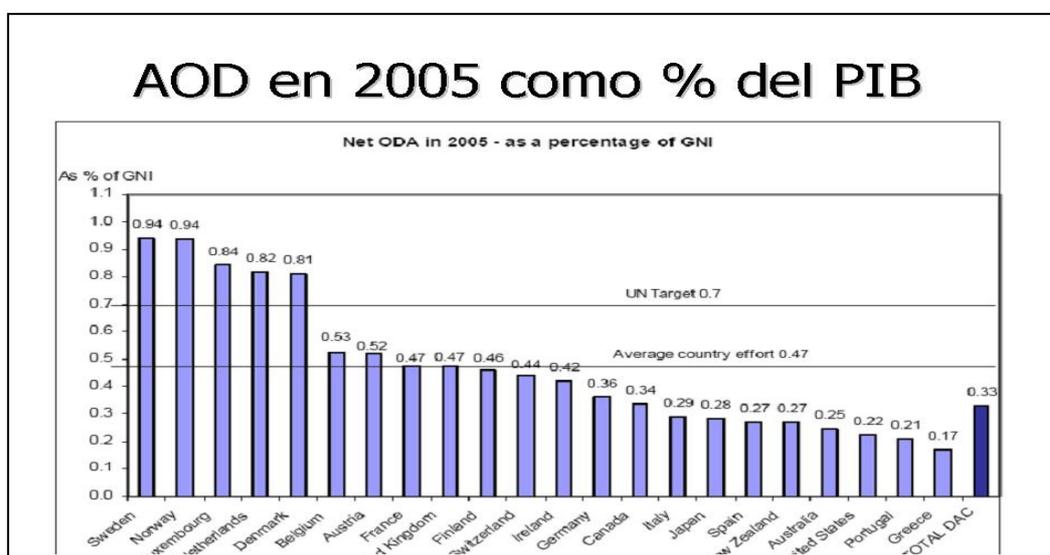
Una buena revisión de las inequidades más aparentes nos lleva desde la academia a señalar que no podemos enorgullecernos de un mundo en que la llamada sociedad del conocimiento y la información convive con la sociedad de la pobreza, la desnutrición, la incultura y la ignorancia.

Detengámonos apenas en unos cuantos datos:

- En lo que respecta a la relación del producto interno bruto entre el 20% de los países más ricos comparados con el 20% de los más pobres, reportados en el Informe de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, muestra que en el período de 1990 a 1998 esa relación se ha modificado de 346:1 en el 90 a 981.4 en el 98, esto es en 8 años; mientras del 98 al 2003, es decir en 5 años creció a 1158.8:1, mientras que del 2003 al 2004 es decir en un solo año subió a 1,308.3:1



- Ayuda oficial al Desarrollo En 1970 los países miembros de la OECD se comprometieron a otorgar el 0.7 de su producto interno bruto como ayuda oficial al desarrollo. La gráfica siguiente muestra que en el 2005, es decir 35 años después del compromiso, el promedio de dicha ayuda era de 0.33, siendo que sólo 4 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 acá con sólo que sea 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 ello, 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 que para que la ayuda sea realmente tal y contribuya al desarrollo, no basta con que se incremento, debería normarse explícitamente los destinos de la misma para ser tipificada como tal y evitar que se siga contemplando como AID 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 la misma de la ayuda militar es conveniente detenerse un poco en la inversión que se hace en armamentos y equipo 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.

- El gasto militar comparado con la ayuda oficial para el desarrollo, en el año 2005 es insultante para el mundo sobre todo si se observan en la gráfica 11 relaciones tales como en Grecia, Estados Unidos, Portugal, Francia y Reino Unido, lo cual es cuantificar en la gráfica 12 muestra que en el año 2006 el mundo gastó 1.204 billones de dólares, 2.5% del gastonacional doméstico mundial. Estados Unidos gasta aproximadamente \$17.314 US dólares cada segundo o \$62 millones cada hora ó 1.5 billones por día.



- 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, la Dra. Gro Harlem Burtland planteó que con 6.300 millones de personas consumiendo como desarrollados, necesitaríamos cinco planetas tierra para satisfacer sus necesidades.

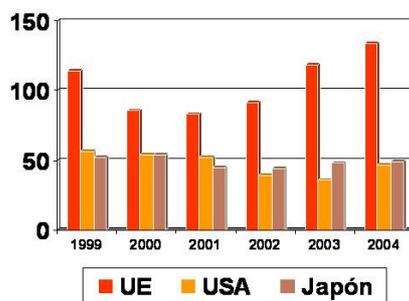
Qué tipo de desarrollo Buscamos?

- Los Consumidores
 - Pobl. Mundial: 6,300 millones
 - 1,700 millones >\$20 c/día
 - 2,800 millones <\$2 c/día
 - 1,200 millones <\$1 c/día
- En los últimos 5 años el consumo mundial creció:
 - Tres veces mas agua
 - 5 veces mas petróleo
 - 5.5 veces mas carne
 - 4 veces mas CO₂
 - Un norteamericano consume y genera basura 50 veces mas que un poblador subdesarrollado

- La relación entre las políticas de subsidios agrícolas y la inseguridad alimentaria constituyen la base de la quiebra de nuestra producción agrícola.

Subsidios Agrícolas e Inseguridad Alimenticia

Subsidios Agrícolas



- La Inseguridad alimenticia crece a medida que los subsidios agrícolas son eliminados en los países en desarrollo y crecen en los países desarrollados

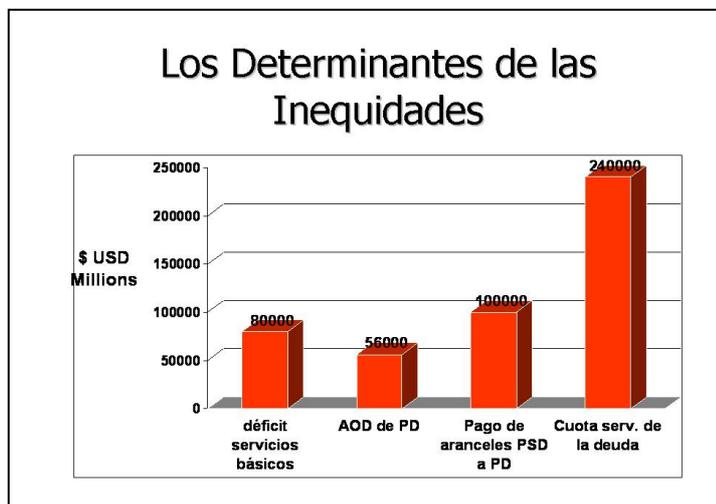
- Mucho se ha dicho en relación con la brecha tecnológica creciente a nivel mundial cuyas diferencias se muestran a continuación:

Una brecha tecnológica creciente

- Inversión Mundial en Investigación:
 - AL y Caribe.....3.1%
 - Europa.....28.8%
 - EE.UU.....38.2%
- Países de la OCDE
 - 19% de la población mundial
 - 99% de las nuevas patentes
 - 80% de los usuarios de internet
- La fuga de cerebros ha crecido desmesuradamente:
 - Solo el costo de la formación de médicos y enfermeras que del tercer mundo migran al primero es de \$500 millones anuales

- También se ha dicho mucho en relación con los problemas de la deuda en nuestros países y su impacto en nuestra economía.

A continuación se ilustra la carga económica de nuestros países en materia de aranceles y el pago a servicios de la deuda cuyos montos son considerablemente superiores a la ayuda oficial al desarrollo y que a su vez se convierte en factor de inequidad.



- Para cerrar este capítulo consideramos necesario detenernos a analizar brevemente la contrapartida de la pobreza en insalubridad que ciertamente constituye un panorama desolador.

La contrapartida de la pobreza en insalubridad

- Una de c/4 no tiene acceso al agua ni a un trabajador de salud calificado
- Una de c/4 niños está desnutrido
- 40,000 niños mueren c/día de causas relacionadas con el hambre
- 190 millones de niños del tercer mundo sufren carencias sanitarias acompañadas de retrasos en el desarrollo físico y mental

III 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, 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:

1. La declaración de Alma Ata en 1978, OMS
2. Los objetivos del Milenio en el año 2000

Pareciera que un nuevo movimiento que busca grandes acciones más precisas, se estuviera construyendo en el mundo y que puede surgir a partir del estudio de las determinantes sociales de la salud, en la que un buen número es de investigadores, sociólogos, politólogos y salubristas se han envuelto y la OMS se ha comprometido a través de la creación de dicha Comisión.

La Declaración de Alma Ata en 1978 denunció como intolerables las inequidades existentes entre países y al interior de los países. Señala que es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 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.

El año 2000 llegó con un rezago del compromiso adquirido 22 años atrás, después de una década en la que el privilegio de la dimensión económico 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 las mismas. Se configuró un escenario complejo en el que las enfermedades emergentes y reemergentes hicieron su aparición.

Un nuevo intento tiene 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 suscriben una nueva propuesta: Los objetivos del Milenio que suponen una meta a ser alcanzada en el 2015. Lastimosamente y sobre todo para el área de la salud, las metas son menos ambiciosas y se enmarcan 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.

	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	“Exitos rápidos”
Objetivo General	Equidad y Justicia Económica	Hacer de la globalización una fuerza positiva
Contexto Económico	Desarrollo basado en un NOEI	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)

A la luz de las reflexiones anteriores sometemos a consideración de los participantes en esta conferencia, la siguiente PROPUESTA

- 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.
- 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. Los ODM 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.
- 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.
- A partir de 2004 se sistematiza oficialmente el creciente trabajo desarrollado sobre el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud, se trataría 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.
- Rendimos 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.
- En particular este homenaje está dirigido a Juan César García y todos sus compañeros aquí presentes.