

Debate teórico sobre salud pública y salud internacional^a

Theoretical debate on public health and international health

Francisco Rojas Ochoa^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0321-6539>

¹Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

*Correo electrónico: rojaso@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presentan teorías, tesis y programas de salud pública de alcance internacional. Se toma 1851 como el año inicial del debate internacional sobre salud, con la Primera Conferencia Sanitaria Internacional efectuada en París. Se enfatiza la importancia de tomar en cuenta el cambiante contexto histórico (1851-2017) en que se estudia el tema. Se discute la diversa nomenclatura en torno a salud internacional, y por lo extenso del asunto, solo se comentan la fragmentación institucional de entidades que intervienen en el asunto, lo concerniente a los programas verticales, sus propósitos, la realidad de Salud para Todos y la Atención Primaria de Salud y la estrategia de acceso y cobertura universal de los servicios de salud, con énfasis en América Latina y Cuba.

Palabras clave: salud pública; salud internacional; estrategias; modelos.

ABSTRACT

This article addresses public health theories, thesis and programs of international scope. As starting year of the international debate on health is taken 1851, when the First International Sanitary Conference was held in Paris. It is emphasized the importance of taking into account the changing over time historical context in which the issue is studied (1851-2017). It is discussed the diverse nomenclature used related to international health, and due to the vastness of this issue, in the article is only commented the institutional fragmentation of the



entities involved, the vertical programs, its purposes, the reality of the terms Health for All and Primary Health Care, and the strategy of the health access and universal coverage of health services, with emphasis in Latin America and Cuba.

Keywords: public health; international health; strategies; models.

Recibido: 22/05/18

Aprobado: 28/06/2018

ANTECEDENTES

Si se retrocede en el tiempo a las más antiguas culturas, tal vez no nos sorprenda encontrar algún hecho que pueda tomarse como un componente de relaciones entre pueblos en torno a asuntos de la salud humana.

Pero el presente artículo está enfocado a partir los primeros esfuerzos organizados por gobiernos en la edad moderna, en especial, a partir de la celebración en 1851 de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en París. Entre ese año y 1938 (87 años) se efectuaron 14 conferencias con el mismo nombre y contenido.

En el excelente estudio realizado por *Norman Howard-Jones*, quien fuera Director de la División de los Servicios Editoriales y de Referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se afirma que no fue hasta la Séptima Conferencia (1892, 41 años después de la primera), que se obtuvieron resultados tangibles.⁽¹⁾ Las discusiones durante este periodo fueron matizadas por confrontaciones administrativas y de política exterior entre gobiernos. Estaban en boga las ideas de la época sobre enfermedades transmisibles –casi único asunto a tratar– presididas por la teoría de los miasmas, la curiosa idea de la epidemia como enfermedad pura y el contagio, que ya tenía defensores.

La enfermedad epidémica pura –se decía– no era directa o indirectamente transmitida de un enfermo a un sano, pero afectaba un elevado número de personas simultáneamente, debido a la influencia de ciertas condiciones climáticas y atmosféricas. Tal vez esto sugirió a *Carlos J. Finlay* su primera hipótesis sobre el origen de las epidemias de fiebre amarilla, que atribuyó a la alcalinidad de la atmósfera en ciertos momentos.⁽²⁾ El contagio no era aceptado por muchos.



La composición de las delegaciones de cada país a las Conferencias estaba formada por dos delegados, un diplomático (el Jefe) y un médico. Con un problema a la hora de votar, no votaba una representación a nombre de un país, cada miembro votaba según su criterio (aunque ahora parezca descabellado, ocurre que así se votó en alguna ocasión).

En estos primeros años de las Conferencias, de escasos resultados, vale destacar un hecho, la temprana preocupación de los pioneros de la salud pública internacional por su tenacidad en continuar con el debate.

En la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional (Washington, 1881), única celebrada en el hemisferio occidental, asistió designado por el Gobierno del Reino de España en representación de Cuba y Puerto Rico, todavía colonias del Reino, el Dr. *Carlos J. Finlay*. Como siempre el debate se dedicó a lo político y administrativo.

Un hecho trascendental, paradójicamente, lo expone en el texto citado *Howard-Jones* así:

[...] esta fue la única vez que en una Conferencia Sanitaria Internacional una teoría científica de la mayor importancia fue hecha pública por primera vez, por *Finlay*, al comunicar su convicción sobre la transmisión de la fiebre amarilla de un enfermo a un sano por un agente intermediario. Ningún participante comentó esta declaración, que no fue reconocida hasta 20 años más tarde.⁽¹⁾

Pero fue en París, en 1903, durante la 11.^a Conferencia, en que *Emile Roux*, notable bacteriólogo francés, destacó como el mayor triunfo de la salud pública los trabajos hechos en América sobre la fiebre amarilla y exaltó la labor del delegado de Estados Unidos de América (EE. UU.), *William Crawford Gorgas*. Este, al contestar a *Roux* expresó, de acuerdo con los nuevos conocimientos de la epidemiología, su confianza en que se abandonaría la práctica de la cuarentena por obsoleta, y que junto a la fiebre amarilla, se podría controlar también las epidemias de paludismo. *Gorgas*, a su vez, rindió tributo a *Finlay*, con el que había trabajado en La Habana, donde, como Jefe de la Sanidad Militar del Ejército de ocupación de los EE. UU., controló la fiebre amarilla, lo que hizo después en Panamá, facilitando la construcción del canal. También cita su carta del 2 de septiembre de 1903 al Dr. *Juan Guiteras Gener* afirmando: “Yo no creo que nada en medicina haya sido más claro que el razonamiento del Dr. *Finlay* [...] que el mosquito fuera el transmisor de la fiebre amarilla, y nadie más perseverante, y valeroso en el apego a esa idea, trabajando con ella con constancia, publicando artículos sobre el tema, desde 1881 a 1901”.⁽¹⁾

A finales del siglo XIX y principios del XX, la microbiología despejó muchas incógnitas y resolvió importantes problemas prácticos, la epidemiología comenzó a obtener resultados tangibles, la ingeniería sanitaria encontró solución notable en cuanto al suministro de agua potable y la disposición de residuales. Comenzó a pensarse en consolidar el trabajo de salud pública internacional en instituciones estables. En el campo teórico-metodológico predominó en el pensamiento médico y salubrista el biologicismo, la medicalización de la sociedad y el Modelo Médico Hegemónico (MMH).

EL CONTEXTO

El impetuoso avance en el conocimiento sobre las enfermedades transmisibles e infecciosas en general, y las resoluciones prácticas que de esto se derivaron, produjeron un notable cambio en el pensamiento médico y salubrista. Hubo importantes esfuerzos procurando un enfoque social sobre los problemas de salud en los humanos a mediados del siglo XIX. *Virchow* en Alemania, citando a *S. Neumann* declara: la medicina es “por su más íntimo núcleo y esencia, una ciencia social”;⁽³⁾ mientras que en Francia *Villermé*, *Rochoux* introduce el término “higiene social” y *Guerin*, “medicina social”; y *Federico Engels* publica “La situación de la clase obrera en Inglaterra”. Todo esto ocurre alrededor de 1848, año que Juan César García llamaría año de revoluciones.^(4,5)

En 1911, *Grotjahn* publicó en Alemania su libro “Patología social” y fundó en la Escuela de Medicina de la Universidad Humbolt, en 1920, una cátedra de higiene social.

Todos estos propósitos, y sus resultados, fueron opacados por los progresos que se obtuvieron en lo biológico y en la química farmacéutica. En 1948, terminada la Segunda Guerra Mundial (y comenzando la Guerra Fría) se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), con ello quedaron sentadas las bases para que en el “mundo occidental” se estableciera en medicina y salud pública el pensamiento biologicista y el MMH. Su fortaleza es tal que continúa su predominio, aún en sociedades en Revolución. Por tanto, la comprensión del contenido y alcance de la salud pública internacional no puede alcanzarse si no se examina en su contexto.

Hoy el mundo continúa sujeto a la estructura y dinámica de la formación económico-social capitalista, en su fase imperialista, en el estilo que alguien ha llamado capitalismo salvaje. Solo pocos pueblos se exceptúan y para ello han recurrido a la fuerza de la Revolución. No hay que esperar a que el capitalismo haga crisis, pues tiene la capacidad de superarlas, es

necesario derribarlo y llevará tiempo. Se impone resistir y, en esas condiciones, lograr el desarrollo.

El imperialismo, como sistema mundial, es muy dinámico, cambiante. Se apoya fuertemente en el desarrollo científico-técnico, en especial en el militar. Esta fortaleza, el dominio de la economía, el comercio y el de los medios de comunicación masivos –más abarcador y profundo–, hacen que sostenga una ofensiva cultural contra todo el planeta, no desligada de su ofensiva política neoliberal, fuertemente influyente sobre el campo de la salud pública internacional.

Es frecuente que se acentúe el análisis de los problemas de salud pública internacional en los aspectos metodológicos, sin abordar la estructura de la formación económico social y su dinámica del momento, que determinan los problemas que requieren análisis.

Vicente Navarro escribió al respecto en 1978 lo siguiente:

La búsqueda de la ganancia, primer motor de la acumulación del capital bajo el capitalismo, no se detiene en las fronteras nacionales ni las respeta. Y en esa búsqueda de las ganancias, los medios particulares mediante los cuales estas se obtienen son 1) la extensión de los mercados, 2) la adquisición de materias primas y 3) la explotación de nuevas fuentes de mano de obra baratas. Y en esta búsqueda, las mayores empresas monopolistas de Estados Unidos desempeñan el principal papel de la internacionalización del capital. De este modo el capitalismo se convierte en un conjunto de relaciones internacionales dominadas por las grandes corporaciones de algunos pocos países, principalmente Estados Unidos. En el proceso de expansión e internacionalización, los dueños y administradores de las principales corporaciones, que ya tienen una influencia dominante en la vida política y económica estadounidense, comienzan a dominar cada vez más la vida económica e incluso política de otras naciones.⁽⁶⁾

Más adelante en el trabajo citado, *Navarro* enumera y describe las principales políticas del gobierno de los Estados Unidos y otras potencias capitalistas para obtener un mundo seguro para el capitalismo. Se mencionan:

- a) Violación de los derechos humanos (a nivel internacional y en su propio país),
- b) exportación de la represión,



- c) intervención militar,
- d) las llamadas intervenciones encubiertas,
- e) reforzamiento del aparato del orden, y
- f) el control de las agencias internacionales de legitimación, crédito y financiamiento.⁽⁶⁾

NOMENCLATURA

En el presente texto he utilizado la expresión salud pública internacional para identificar el tema que trato. Parece fue el primero y más duradero, pero después de mediado el siglo XX ha proliferado la sinonimia o el intento de conceptualizar algo distinto al respecto. No creo que exista una justificación para inventar un nombre, incluso un acrónimo o sigla a veces acreditado a un autor que no ha hecho otra cosa que lo mencionado. Una expresión aceptable es salud internacional, tal vez la supresión de “pública” implica tener en cuenta lo privado, que sí tiene presencia en lo internacional. El resto de los términos solo crean confusión.

Ya en el siglo XXI *Anne-Emanuelle Birn*⁽⁷⁾ emplea con acierto el nombre salud internacional, mientras que rechaza el término salud global. Es oportuno citar a esta autora *in extenso*:

Hace más de dos decenios, a medida que la Guerra Fría iba perdiendo fuerza, se produjo una transición simultánea del nombre general dado a aquella época, que dejó de ser una era de polarización para convertirse en una era de globalización. Si bien solo las personas más desentendidas de la historia e ideológicamente temerarias anunciaron la globalización como un signo de triunfo innegable del capitalismo de mercado y pese a la evidente justificación de las políticas económicas neoliberales hechas por la globalización y las perspectivas totalizadoras y provocadoras de ansiedad de esta, el término se ha convertido en un vocablo omnipresente en el lenguaje corriente y el discurso académico.

Por supuesto, el campo de la salud no ha sido inmune a estos acontecimientos. Desde mediados de los años noventa un número cada día mayor de instituciones y particulares han aprovechado la moda de la globalización para rebautizar el campo de la salud internacional con el nombre de “salud global”, con lo cual propugnan toda una variedad de programas de trabajo, ya sean idealistas, oportunistas o impulsados por la *realpolitik*, lo cual indica intereses. La expresión “salud global” la habían empleado de vez en

cuando, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gobierno de los Estados Unidos y las agencias de control poblacional, así como varios movimientos progresistas en los campos antinuclear, ambiental y de atención de salud universal, lo cual indica intereses contradictorios con respecto al uso de este nombre. Sin embargo, su resurgimiento se ha acogido sin sentido crítico en términos generales con ciertas excepciones o se ha racionalizado con posterioridad ya sea como una conspiración –aunque con preocupación por la globalización unilateral o hegemónica de los Estados Unidos– o como un reto teórico o metodológico. Por cierto, varios analistas han esgrimido evaluaciones convincentes del efecto de la globalización en la salud, pero la expresión “salud global” se ha impuesto. Sin embargo, es urgente la necesidad de un análisis crítico que vaya mucho más allá de la proliferación de definiciones, con el fin de explicar por qué “salud global” ha desplazado a “salud internacional”.

En medio de este embrollo, un rasgo característico de la nueva salud global es indudablemente la enorme oportunidad de inversión de capital privado, mantenido antes bajo control por las exigencias de la Guerra Fría. Las posibilidades de ganancias rentables en el campo de la salud global se han visto sancionadas implícitamente por la explosión de asociaciones público-privadas en los últimos decenios, y fortalecida por la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud durante el periodo 2000-2002, con el doble significado del exhorto a “invertir en salud” (que se hace eco del informe publicado por el Banco Mundial con un título idéntico en 1993) como forma de mejorar la productividad económica y acumular lucros privados [...].

En todo caso la salud global se distingue no solamente como *business as usual*, sino como “mucho más negocio de lo que era habitual”, en este campo cuando se designaba “salud internacional”.

Pese a esta realidad las expresiones dominantes de la salud global excluyen debates sobre la mercantilización de la salud, los lucros privados y el papel del capitalismo de mercado. Además, a pesar de los llamados generalizados e inspiradores en nombre de la equidad, “el beneficio de todos” y “la inclusión de las voces del Sur”, los planteamientos predominantes guardan silencio sobre la razón por la cual en primer lugar, se han creado desigualdades sociales en salud y como podrían abordarse fundamentalmente.⁽⁷⁾

De la excelente presentación de *Birn* de la que he tomado larga cita se derivan ideas sobre los resultados desfavorables a que conduce la idea globalizadora ortodoxa del Norte, sobre



la que sus defensores guardan silencio. En breve enumeración apunto: privatización de la seguridad social, privatización de los servicios de salud, liberalización del comercio, desregulación de la legislación laboral y en salud ocupacional, desregulación medio ambiental, inseguridad económica, condicionalidades de los centros financieros internacionales, fraude, corrupción.

De la numerosa sinonimia que da nombre al tema se han comentado los términos más utilizados y, sobre todo, el que está “de moda”, a este le he dado importancia porque lo veo como un diversionismo político, por todo lo que oculta y por su adherencia a las políticas neoliberales. De otros términos solo los mencionaré en una lista que confecciono según lo encontrado en mis lecturas. A saber: salud pública internacional, salud internacional, salud pública global, salud universal, sanidad internacional, higiene internacional, diplomacia médica, salud colectiva. Algunos términos no se han utilizado como nuevos o sinónimos, pero están en íntima relación con el tema: colaboración internacional, cooperación internacional.

LA FRAGMENTACIÓN

En años recientes la ONU ha dado importancia y ha promovido la colaboración entre los sectores público y privados (APP). En salud internacional han aparecido entidades de este enfoque: Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, la Alianza Global de Vacunas e Inmunizaciones (GAVI), la Alianza para hacer Retroceder el Paludismo y la Alianza Alto a la Tuberculosis.⁽⁸⁾

En 2008 la OPS convocó al Primer Diálogo Multipartito para la Salud en las Américas. El Diálogo tuvo como eje central la articulación, alineación y armonización de esfuerzos entre las partes representadas, constituyéndose en una importante oportunidad para orientar y coordinar la acción interinstitucional, interagencial e interprogramática.⁽⁸⁾

La OPS/OMS ha propiciado varias de estas asociaciones, entre ellas: Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas, Alertas Mundiales de Seguridad del Paciente, Alianza para la Investigación de Políticas y Sistemas de Salud, Alianza Global para Eliminar el Plomo en las Pinturas y la Iniciativa Mundial de Salud Escolar.

En 2009, un año después del Diálogo, la OPS organizó el Foro de Socios para la Prevención de Enfermedades Crónicas en las Américas. A esta iniciativa sumaron su elaboración el



Foro Internacional de Líderes Empresariales (FILE), El Foro Económico Mundial (FEM), la Fundación Panamericana de Salud y Educación (PAHEF, siglas en inglés) y la Agencia de Salud Pública de Canadá. También se trabajó con la OMS y sus Centros Colaboradores (numerosos), la red Conjunto de Acciones para la Reducción y el Manejo de las Enfermedades No Transmisibles (CARMEN) y un grupo de ONGs relacionadas con enfermedades coronarias, diabetes y cáncer.⁽⁸⁾

Parece un esfuerzo gigantesco lo que supone tantas organizaciones y personas involucradas en diálogos y foros; sin embargo, no percibo aún un resultado acorde con el trabajo que, presumo, han hecho. Todo lo que se declara como tareas de estas innumerables organizaciones las veo como propias de OPS, OMS, UNICEF, ONUSIDA, entre otras. No encuentro justificación al surgimiento de tantos concurrentes con casa propia. El costo de reunirlos por sí solo ya es alto y, por el contrario, muchas veces los países pobres no tienen fondos para vacunas.

Todas las organizaciones y organismos de salud se han quejado de la fragmentación, es un viejo y grave problema no resuelto en la mayoría de los países. Ahora una fragmentación extrema, casi una atomización. No creo en la bondad de esta política. Parece una maniobra diversionista más de los privados en la APP. Recuerdo siempre que lo privado, en especial las empresas, tienen un fin único, el lucro. Se les puede convocar, pueden participar, pero bajo vigilancia. La validez mayor de la confianza es la confianza vigilada.

PROGRAMAS VERTICALES

Un modelo de gran aceptación fue el de los Programas verticales, ligados al propósito de erradicación de una enfermedad o agente transmisor. Por su eficiencia, este modelo fue defendido por los servicios de sanidad del ejército de los Estados Unidos, dado el éxito en eliminar las epidemias de fiebre amarilla basándose en los criterios de *Carlos J. Finlay*. Desde la OPS fue prioridad en la política del Director *Fred L. Soper*.

En 1948 la fiebre amarilla se hallaba confinada en selvas, pero ocurrían “brotes” que se llamaron de fiebre amarilla “urbana”. Varios países de América Latina y el Caribe optaron por el programa de erradicación del *Aedes aegypti*.

La posibilidad del retorno de epidemias de fiebre amarilla originó que se implementaran los Programas de Erradicación del *Aedes aegypti*. No fue hasta la década de los 50 del siglo XX que comenzó la cancelación de algunos programas. Cuba lo hizo en la segunda mitad de los

60. Se consideró que no regresaría a fiebre amarilla, el dengue estaba muy lejos, las fiebres chicungulla y zika no se mencionaban.

Otro programa apoyado por la OPS/OMS era el de erradicación de la malaria (en Cuba paludismo). Con fuerte apoyo de OPS Cuba lo llevó a cabo hasta su éxito y eliminó la enfermedad en 1967. Pero antes lo había integrado a los servicios y rompió la verticalidad. No se ha producido la reinfestación, gracias a la vigilancia epidemiológica rigurosa, favorecida por nuestra condición de isla.

La OMS condujo con éxito la erradicación de la viruela, lograda en 1978. En Cuba no se registraban casos autóctonos desde 1921. Los dos últimos casos registrados se notificaron en 1949, introducidos desde México. Cuba no desarrolló el Programa, sí la vacunación sistemática desde que introdujo la vacuna *Tomás Romay* en 1803.

Otro programa vertical, apoyado por OPS y UNICEF se aplicó en Haití contra la frambesia o pian. Se basó en la efectividad de la penicilina contra el agente causal. Ayudó al éxito el uso extendido de la penicilina en otras afecciones.

En un análisis detallado de los “programas verticales”, *Marcos Cueto*⁽⁹⁾ apunta, entre otras, las siguientes características:

[...] énfasis exagerado en las tecnologías médicas, fragmentación de los sistemas de salud, discontinuidad de las políticas sanitarias y promoción de un concepto de salud pública como una respuesta temporal a las emergencias. El énfasis en la tecnología estaba basado en el supuesto que tanto la tecnología médica moderna como los expertos que la dominaban eran los factores cruciales para un buen programa de salud. Estos eran considerados más importantes que la capacidad de adaptar la tecnología a contextos específicos [...].

Entre los problemas técnicos que explican el fracaso de la erradicación de la malaria vale resaltar la resistencia a la cloroquina del *Plasmodium falciparum* –el agente que causa la forma más grave de malaria– y la resistencia de algunas especies de *Anopheles* a los insecticidas. Algunos de los problemas sociales fueron la precariedad de las viviendas rurales (con pocas paredes susceptibles de retener los insecticidas), el hábito de los campesinos de dormir fuera de las viviendas en el verano, la población nómada y los problemas generados por la migración entre países con diferentes avances en sus campañas de erradicación [...].

Una preocupación de la campaña fue la inquietud por la contaminación ambiental, un tema cada vez más importante, sobre todo después de la publicación del libro de *Rachel Carson* (1962), “La primavera silenciosa”, que explicó los efectos nocivos de los pesticidas.⁽⁹⁾

En resumen, los programas “verticales” de erradicación fueron un componente teórico-metodológico relevante en la salud internacional del siglo XX. Se caracterizaron estos programas por la “glorificación de las tecnologías”, la erradicación fue doctrina única consagrada en políticas sanitarias. La competencia de los expertos era clave en la solución de los problemas mediante la “erradicación vertical”. Se imponía el biologicismo en el pensamiento salubrista. Además, se fortalecía la discontinuidad de los programas y la fragmentación institucional. Luego se restó prioridad a las campañas, algunas se cancelaron en los años 60. El financiamiento internacional se redujo. Finalmente, la malaria regresó con gran fuerza y el dengue reemplazó a la fiebre amarilla.⁽⁹⁾ Desapareció el estilo autoritario de mando que caracterizó a los programas verticales.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud tuvo lugar en Alma Atá, República Soviética de Kasajastán (hoy Almaty, República de Kasajastán), en 1978. Ha sido, probablemente, la más importante conferencia sobre salud, por la riqueza de su contenido político, económico, social y científico en relación con la atención. Lamentablemente, sus propósitos se frustraron por los avatares de la política internacional en el marco de la Guerra Fría y el diferendo Chino-Soviético de la época.

La Conferencia fue convocada por la OMS y la UNICEF, estuvieron representados 134 países, 67 organismos internacionales y numerosas ONGs. Alma Atá y Atención Primaria de Salud (APS) se enlazan desde entonces en el discurso histórico. La Declaración y las Recomendaciones de la Conferencia debían poner en marcha el cumplimiento lento, pero seguro, de la meta política y social de “Salud para todos”. Luego, torcidos acontecimientos frustraron la meta. Así lo cuenta un testigo de excepción, *David Tejada de Rivero*:

[...] vale reflexionar sobre estos hechos y, sobre todo, sobre el sentido original de ese objetivo, porque en reiteradas ocasiones ha sido mal interpretado y distorsionado. Para quien fue testigo directo de estos acontecimientos es claro: el lema “Salud para todos” ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, ya confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad.

En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como “globalización”. Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de “Salud para todos en el año 2000” [...].

Cuando *Mahler*^b propone “Salud para todos” en 1975, fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico (hoy diríamos un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano). La segunda parte, referida al año 2000, debió entenderse como que para esa fecha todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar la meta social en plazos razonables [...].

Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de “Salud para todos”, y a la estrategia, también social y política de la “atención primaria de salud”, no solo subsisten, sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejando cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaz [...].

El cuidado integral de la salud para todos y por todos –la mejor forma de expresar la genuina “atención primaria de salud” de Alma Ata– es una necesidad, no solo en el ámbito de la salud, sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-Estado soberanos en un mundo cada día más injusto.⁽¹⁰⁾

Esto lo escribió *Tejada* en 2003, recordando una canción popular de mi juventud puedo decir “el cuartico está igualito”. Muchos obstáculos se opusieron al compromiso de Alma Ata. La golosina de los paquetes para pobres hizo su efecto. La medicina privada en todas sus formas se opuso. El apoyo financiero a los países pobres escaseó. La corrupción se hizo presente. Si el término APS se consolidó, recibió diferentes definiciones y alcance. La idea de “Salud para todos” se eclipsó.

En el “Informe sobre la salud en el mundo 2008”, la Directora General de la OMS, *Margaret Chan*⁽¹¹⁾, al presentar el Informe decía:

Este año se conmemoran el 60 aniversario de la OMS y el 30 aniversario de la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud de 1978. Si bien nuestro contexto sanitario mundial ha sufrido grandes cambios durante las últimas seis décadas, los valores centrales de la Constitución de la OMS y los que dieron forma a la Declaración de Alma Ata han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos. Sin embargo, pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial, nuestros fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios y merecen nuestra máxima atención [...].

Para avanzar, es importante que aprendamos del pasado y si volvemos la vista atrás se impone la idea de que podemos hacerlo mejor en el futuro. Así, en este informe sobre la salud en el mundo se recupera la perspectiva ambiciosa de la atención primaria como un conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud. El Informe brinda una excelente oportunidad para aprovechar las enseñanzas del pasado, examinar los retos que nos aguardan e identificar las principales posibilidades de que disponen los sistemas de salud para reducir los intolerables desfases existentes entre las aspiraciones y la realidad.⁽¹¹⁾

Todo parecía indicar que se rectificaba. La OPS impulsó el propósito, pero luego se enfriaron los hornos y no fundimos el acero. Un párrafo del texto citado llamó mi atención, a modo de alarma. Dice citando ejemplos de diferencias en los sistemas y servicios “y el

empobrecimiento que causan los pagos del propio bolsillo entre quienes carecen de seguro médico”. Esta frase sugiere que todos debemos tener un seguro, y que el pago de bolsillo empobrece. Yo no aspiro a asegurar a todos en un seguro privado, aspiro a un sistema de salud único, estatal sin pago alguno por los servicios. Así es el de Cuba, el que se creó sobre las ideas de Fidel. Ese es uno de sus grandes legados. Y que los pagos de bolsillo pueden empobrecer es cierto, pero me preocupa los millones de pobres que no pueden pagar. Esto último nos lleva a lo que sigue como nueva idea: el acceso y cobertura universal, surgida cuando la rectificación que se propuso no se ejecutó.

ESTRATEGIAS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

A esta altura del discurso, creo necesario precisar el significado de algunos términos que han sido definidos de diverso modo hasta hace poco tiempo. Tomo las definiciones del documento CD53/5, Rev. 2 del 53 Consejo Directivo de la OPS (2014):

- Acceso: es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan.
- Servicios de salud integrales (adecuados, oportunos y de calidad): se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, culturales, étnicas y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.
- Acceso universal: la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, de organización, sociocultural o de género.
- Cobertura: capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo que incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos y financiamiento).
- Capacidad resolutive: capacidad de los servicios de salud de brindar una atención de salud que se adapte a las necesidades y exigencias de las personas en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico actual, que arroje como resultado una mejora del estado de salud.⁽¹²⁾

A estas definiciones el documento citado añade consideraciones clave que acompañan al acceso y cobertura. A saber:

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.⁽¹²⁾

Todo lo ya escrito aquí sobre acceso y cobertura se ha tomado del documento citado de OPS (Consejo Directivo).⁽¹²⁾ Coincido y acepto estos elementos como el verdadero acceso y cobertura. El documento es de 2014 y se diferencia mucho de lo que al respecto ha venido sosteniendo la OMS, que hasta entonces había abogado por los seguros privados como proveedores importantes de servicios. Rechazo toda presencia de seguros privados, pues, en su esencia no están creados para mejorar el acceso y la cobertura, son un negocio, una empresa capitalista que tiene como objetivo central, o único, el lucro, la ganancia.

Hay seguros de primas bajas a pagar por el asegurado, esto es, la aceptación de que el paciente solo recibirá lo mínimo en cantidad y calidad; si el asegurado desea, o puede, adherirse a un seguro costoso, recibirá más y mejor. Sin importar la opción, siempre dejará un saldo de ganancias al seguro.

Creo en la fortaleza, calidad y sólida cobertura y acceso de los sistemas de salud únicos, públicos, financiados por los presupuestos estatales, que se nutren de las contribuciones a la seguridad social, los impuestos de diverso tipo y otros ingresos fiscales. No es esto lo que han venido sosteniendo los abanderados de la proposición de cobertura universal desde hace varios años, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Gobierno de los Estados Unidos de América, las Fundaciones Rockefeller y Bill y Melinda Gates, The Lancet y la OMS. Todo un ejército capitalista neoliberal, bien entrenado, que pretenden mercantilizar los servicios de salud, que serían (ya lo son) muy rentables.

Asa Cristina Laurell escribió en 2014 desde México:

La ofensiva actual por la cobertura universal en salud (CUS) emprendida por la Fundación Rockefeller, Lancet, el Banco Mundial, entre otros, deben ser analizados en



este contexto (el neoliberal) porque impulsa directa o indirectamente el aseguramiento y la separación de funciones [...]. En el ámbito de la acumulación, el proyecto neoliberal aspira a abrir plenamente la salud como un terreno de ganancias privadas. Se aplican así políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada en el manejo de los fondos públicos. Para ello, los gobiernos han usado el poder estatal para destruir las instituciones públicas en su propósito de mercantilizar los servicios de salud y trasladar la administración de un financiamiento a entes autónomos, públicos y/o privados. Esta vertiente de acumulación es la más novedosa en el proyecto neoliberal en cuanto introduce como un actor central al capital financiero e impulsa la gran empresa médica. El proceso de transformación neoliberal se instrumenta en dos etapas parcialmente sobrepuestas. Primero, se restringen los recursos en las instituciones públicas como parte del ajuste fiscal lo que lleva a su desfinanciamiento y deterioro. Este recorte suele acompañarse de la reducción de los servicios prestados y la introducción de pagos. Al mismo tiempo, se establecen programas verticales, focalizados para los comprobablemente pobres y se define la atención médica como un “bien privado” de mercado^c que debe ser pagado por el usuario consumidor.⁽¹³⁾

En esta cita se sintetiza de modo claro y con precisión la estrategia contemporánea del capitalismo neoliberal que los agentes internacionales (los citados por *Laurell*, al que abría que añadir el Fondo Monetario Internacional), con apoyo de agencias especializadas, el Foro de Davos y otros satélites en complicidad con las oligarquías nacionales de los subdesarrollados, han impuesto en la mayor parte del mundo.

En tanto esto estaba ocurriendo en el mundo, Cuba se movía en otra dirección. Se creó el Sistema Nacional Único de Salud, financiado enteramente por el Estado. Tampoco encontramos en Cuba familias enfrentadas a “gastos catastróficos”, a lo que la OMS ha llamado “en riesgo de ruina económica o empobrecimiento”.⁽¹⁴⁾

Sonia Fleury escribía desde Brasil:

En un momento en que los organismos de cooperación internacional se inclinan ante los intereses mercantiles, sustituyendo la defensa del derecho universal a la salud por una corrupta denominada cobertura universal en salud, nada más actual que la lectura de la obra de Giovanni Berlinguer. Allí se puede ver que esa propuesta no es más que una forma actualizada de la disputa por la preservación de la hegemonía del sector capitalista

de la salud, que transforma la conquista de la bandera del sistema universal, que asegura el derecho igualitario en una propuesta de entronización de las desigualdades en la que cada uno tiene la cobertura “universal” que le corresponde a su poder de compra de una salud mercantilizada.⁽¹⁵⁾

Un grupo de autores, en representación de las Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), se han pronunciado al respecto:

Algunos sostienen que la cobertura universal puede lograrse a través de seguros obligatorios, ya sean sociales, privados o públicos, en diversas combinaciones, mediante la segmentación de la población, según las capacidades adquisitivas de los grupos sociales. Esta posición considera que la salud es, en lo fundamental, responsabilidad del individuo, y que la atención en salud ha de ser financiada por particulares y empleadores, no por el Estado, o al menos no debe constituir una responsabilidad financiera primordial del mismo. El financiamiento estatal solo podría considerar a los grupos de extrema pobreza o en situación de riesgo. Las experiencias de los países que han implementado el modelo de cobertura universal bajo la forma de un seguro social público, tales como Colombia, México y Chile no han logrado mejoras sustanciales debido a su orientación comercial y a los costos de los subsidios estatales.

Mientras tanto la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) aboga por el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción alguna, con el Estado como garante del financiamiento y la administración. Cuba que ha puesto en práctica este modelo durante casi 50 años y Brasil con más de 25 años de experiencia demuestran, a través de sus indicadores de salud, que la posibilidad de implementar una política basada en el derecho a la salud, inclusiva a todas las personas sin distinción y con financiamiento estatal, resulta menos costosa.⁽¹⁶⁾

Voy concluyendo este largo texto que trata de examinar algunas de las ideas predominantes de la salud internacional, entre aproximadamente 1850 y 2017. No es un examen completo, solo lo que resulta de una mirada rápida a América. No se abordan hechos importantes como el espacio y tiempo de la presencia soviética y su escuela de salud pública, influyente en Europa Oriental, o el Estado de Bienestar Europeo, la Reforma Beveridge, el predominio del pensamiento biologicista, la medicalización de la sociedad y el Modelo Médico

Hegemónico, las violencias, las migraciones, la corrupción, el cambio climático y el aumento de la resistencia a los antibióticos, entre otros.

Defiendo el modelo cubano de sistema único, en su expresión más completa, el de la APS basado en el Médico y la Enfermera de la Familia, que no mencioné, pero que ha dado a Cuba un acceso y cobertura en salud como no he conocido otro. Tuvo un pensador que lo diseñó y realizó, cuidándolo con esmero y defendiéndolo con pasión, y que, además, lo compartió con otros pueblos. Este es el supremo legado de Fidel a la salud de su pueblo. Seguiremos celosamente resguardándolo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howard-Jones N. The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938. Geneve: Who; 1975. p. 1-110.
2. Guzmán Tirado MG. Oración Finlay, 2005. Rev Cubana Salud Pública. 2011;37(supl 5):S707-S17. Acceso: 29/06/2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500018&lng=es
3. Jacob W. El legado médico social de Rudolf Virchow. La medicina como ciencia del hombre. En: Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Lesky E, editor. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984. p. 175.
4. Rojas Ochoa F. Surgimiento de la especialidad. En: Rojas Ochoa F, editor. Salud Pública/Medicina Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 2-7.
5. García JC. Juan César García entrevista a Juan César García. En: Duarte Nunes E, editor. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas. Montevideo: OPS/CIESU; 1986. p. 21.
6. Navarro V. Presentación en un Simposio “Derechos humanos en el nuevo orden económico internacional: la perspectiva americana”. Internat J Health Ser. 1978; 8(2). Traducido y publicado en: Navarro V. “Salud e Imperialismo”. México, D.F.: Siglo XXI Editorial S.A. de c.v.; 1983. p. 96, 99-106.
7. Birn AE. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2011;30(2):101-5.
8. Bernardini Zambrini D, Hill J, Arosquipa C, Hospedales J, Sotelo JM. Salud Internacional y nuevas formas de asociación: el Diálogo Multipartito y el Foro de Socios. Rev Panam Salud Pública. 2011;30(2):144-7.



9. Cueto M. La “cultura de la sobrevivencia” y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del Siglo XX. *Historia, Ciencia, Saúde*. 2015;22(1):255-73.
10. Tejada de Rivero D. Alma Ata 25 años después. *Perspectivas de salud*. 2003;8(2):3-7.
11. Chan M. Mensaje de la Directora General. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca Ginebra: OMS; 2008. p. VIII-IX.
12. OPS. 53º Congreso Directivo. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. CD53/5, Rev 22 de octubre del 2014. Washington D. C.: OPS; 2014.
13. Laurell AC. Contradicciones en salud sobre acumulación y legitimación en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em Debate*. 2014;36(103).
14. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2013. p. 5.
15. Tambellini A, Testa M, Escorel S, Rojas Ochoa F, Minayo MC, Laurell Asa C, et al. Homenaje a Giovanni Berlinguer (1924-2015). *Salud colect. Internet*. 2015 Jun;11(2): 137-149. Acceso: 2019 Feb 15. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000200001&lng=es
16. Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres Tovar M. El derecho a la salud: ¿Cuál es el modelo para América Latina? *Medic Review*. 2015;17(supl):S16-S7.

Conflictos de intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

^a Versión de la conferencia dictada en la III Convención Internacional de Salud Pública. La Habana, 27/04/2018.

^b Halfdan Mahler era en ese momento el Director General de la OMS.

^c Definido por el Banco Mundial: Invertir en salud. Washington, 1993.

