

*“Hacia un Cuidado  
Integral de la Salud  
para Todos  
y por Todos”*



De Alma Ata a la  
Declaración del Milenio

***BUENOS AIRES 30/15. DE ALMA ATA A LA  
DECLARACIÓN DEL MILENIO. CONFERENCIA  
INTERNACIONAL DE SALUD PARA EL  
DESARROLLO:  
“DERECHOS, HECHOS Y REALIDADES”***

**PROPUESTA PARA LA DISCUSIÓN**

*“Hacia un cuidado integral de la salud para la equidad”*

*Este documento tiene como objetivo contribuir a impulsar un proceso de discusión internacional que facilite el establecimiento de nuevos consensos para el rápido avance en la implementación de acciones, para el logro del ejercicio universal del derecho a la salud en un marco de equidad, así como de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y así consolidar y fortalecer los sistemas de salud en pos de la justicia social.*

1. Próximos al 30° aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en Alma Ata (1978), y después de siete años desde la adopción de la Declaración del Milenio, que fija metas y objetivos globales, y en consideración de que en ese tiempo se han producido grandes cambios, es imprescindible reflexionar, conjuntamente entre todas las regiones y países, sobre las lecciones aprendidas, e intercambiar experiencias acerca de prácticas y estrategias que hayan servido para fortalecer los sistemas de salud y orientarlos hacia la equidad. De este modo será posible alcanzar renovadas decisiones conjuntas en pro de la salud de nuestros pueblos.
2. En este marco, es oportuno revisar los logros y las dificultades en la implementación de la atención primaria, ya que ha sido objeto de diversas interpretaciones. Mientras que para algunos se trata de un planteo de política referido a cómo abordar la salud, para otros es un nivel operativo de acción dirigido al trabajo respecto de la salud con la comunidad y las familias, sin olvidar que para otros ha quedado reducida a una atención médica elemental para pobres. De todas formas, en nombre de la APS se lograron avances en materia de salud. La carta de Ottawa y los diversos trabajos internacionales relacionados con los determinantes sociales de la salud junto con los objetivos del milenio, intentan avanzar hacia una idea integral de la salud; sin poder garantizar, hasta el momento, el compromiso y accionar de muchos gobiernos en el campo de las políticas sociales. Esta Conferencia Internacional facilitará reforzar consensos ya establecidos y generar nuevos aportes tendientes a la consagración de una estrategia de cuidado integral de la salud para todos y con todos, mejorando el funcionamiento de los sistemas de salud, la responsabilidad de los ciudadanos y las comunidades, construyendo la salud en todos los ámbitos del quehacer social cotidiano y replanteando el rol del Estado, la comunidad y las familias en garantizar el bienestar y la integralidad de las acciones en salud. Los acuerdos abrirán un nuevo ciclo de modo que los países y las regiones profundicen las acciones necesarias para lograr una mejor salud mundial, más equitativa y solidaria, y aseguren el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015.
3. El Gobierno de la República Argentina convoca a una Conferencia Internacional para debatir sobre estos temas, entre los días 13 y 17 de agosto de 2007, en la Ciudad de Buenos Aires, con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con otras entidades internacionales interesadas en la salud.

## La salud en el desarrollo humano

4. En los inicios del siglo XXI ya se reconoce ampliamente que el propósito fundamental de los esfuerzos de las sociedades nacionales y la comunidad internacional es el desarrollo humano. Este se basa en la necesidad de mejorar la calidad de vida de los pueblos luchando contra la pobreza, la discriminación y la exclusión, asegurando la igualdad de oportunidades y el desarrollo de las capacidades de las personas y sus comunidades. Esto requiere de modificaciones en las relaciones de poder y económicas entre los países y dentro de ellos.
5. La salud, es así, un derecho humano que debe ser garantizado *para todos*, y es a la vez una responsabilidad y un deber que debe ser asumido *por todos*: el Estado y los organismos públicos, las empresas privadas, las organizaciones de la comunidad, los ciudadanos y los organismos internacionales. En tanto la salud se encuentra condicionada por diversos y dinámicos determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales, la responsabilidad por su cuidado excede largamente a la atención médica curativa orientada a la enfermedad.
6. La Declaración del Milenio, con sus metas e indicadores, ha contribuido a colocar a la salud en un primer plano y a darle prioridad en las agendas políticas. La inversión en salud para el desarrollo se plantea hoy como una alternativa real, en contraposición a décadas anteriores, en las que era pensada como gasto público con pocos beneficios y baja rentabilidad social.

## Vigencia de las ideas de Alma-Ata

7. A nivel mundial hay objetivos y metas consensuadas, así como principios que deben orientar las políticas de salud y desarrollo, por lo tanto los sistemas. Estos últimos se relacionan con el enfoque de derecho, la universalidad y la equidad. Ante este panorama, resulta imprescindible debatir sin temor sobre los obstáculos para su plena implementación (relacionados con factores económicos, políticos, ideológicos, etc.) y así generar una imagen objetivo que oriente y facilite el desarrollo de acciones esenciales para el logro de la equidad en salud.
8. Varios países introdujeron en su Constitución Nacional a la salud como derecho fundamental de todos los habitantes de sus territorios. Sin embargo, millones de personas aún permanecen excluidas de bienes y servicios esenciales y, en algunos casos, incluso se han incrementado las iniquidades existentes entre regiones, entre países y dentro de ellos.
9. Para renovar el compromiso con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), la OPS, en el año 2003 (a 25 años de Alma Ata), realizó un proceso de consulta regional. En esa oportunidad los Estados Miembros de la Organización se comprometieron a desarrollar y fortalecer la APS como base del funcionamiento de sus sistemas de salud, y a facilitar la inclusión social con un financiamiento suficiente y sostenible, que asegure el acceso universal con una atención de calidad. Se reconoció la necesidad de fortalecer y desarrollar la promoción de la salud, interviniendo sobre

los principales factores determinantes y desarrollando modelos de atención con enfoque familiar y comunitario, promoviendo también la formación de redes, el desarrollo de recursos humanos, la investigación en salud y la gestión adecuada de tecnologías, como herramientas para el logro del acceso universal y de calidad.

10. Además, en el año 2005, la región de las Américas realizó el Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud, donde se planteó la necesidad de alinear las políticas de formación y admisión de personal a las necesidades de la población, evitando la asimetría entre las diversas profesiones y su concentración en las grandes áreas urbanas. Se reconoció, además, el imperativo de mejorar la administración de personal, atendiendo los sistemas de admisión y las adecuadas compensaciones y posibilidades de desarrollo personal mediante la capacitación permanente, la conformación de equipos multidisciplinarios y el estímulo a la investigación.

#### **Puntos centrales de la situación actual**

11. La estrategia de Atención Primaria de la Salud, cuyos principios rectores siguen vigentes (equidad, solidaridad y salud como derecho), en ocasiones no ha podido adecuarse a las nuevas necesidades, o a los viejos desafíos. Aún subsisten fuertes iniquidades en la calidad de atención.
12. Es reconocida mundialmente la necesidad de abordar los problemas de salud también desde un enfoque que tenga en cuenta las diferencias tanto de género, de origen étnico o cultural como las diferencias de capacidades, para lograr la equidad. Esto es indispensable ya que en muchos países las mujeres, principalmente las pobres, los pueblos originarios, los inmigrantes o los discapacitados, entre otros, sufren discriminaciones de diverso tipo, relacionadas con el acceso a los puestos de trabajo, a la educación o a diversos servicios, lo cual condiciona desfavorablemente la situación de salud de estos grupos y aumenta las iniquidades.
13. Debido a que los problemas de salud rebasan los límites entre los Estados y las jurisdicciones subnacionales, se hacen necesarias nuevas estrategias que requieren de consensos y negociaciones entre las jurisdicciones, para la implementación de políticas públicas que tiendan a resolver problemáticas comunes. Los Estados y sociedades en general, y en particular los sistemas de salud, afrontan hoy situaciones relacionadas con viejos problemas, como la pobreza o la exclusión, que requieren soluciones, pero también deben afrontar nuevas problemáticas relacionadas con temas ambientales, con el aumento de la longevidad con predominio del género femenino, la mayor prevalencia de patologías crónicas, nuevas enfermedades emergentes como el sida o reemergencia de otras como la tuberculosis, el dengue, etc. Además, la creciente complejidad de ciertas problemáticas sociales genera situaciones que originan una nueva morbilidad, como las adicciones o la violencia en sus distintos modos de expresión (sexual, familiar, accidentes, suicidios, homicidios, xenofobia, etc.), para lo cual debe haber políticas activas desde el Estado.

14. El avance tecnológico y los nuevos descubrimientos científicos han generado nuevas demandas y nuevos problemas a los sistemas de salud. Por la fuerte influencia del mercado en la expresión de demanda de la población y las políticas de marketing de las industrias (fundamentalmente la farmacéutica), junto con la alianza de los medios masivos de comunicación, en muchas ocasiones existe un mal uso, abuso y falta de prescripción responsable de medicamentos. Como resultado, frecuentemente se realiza una priorización inadecuada de acciones en salud, que no tienden a la equidad ni al impacto social, en detrimento de otras acciones que sí tendrían este alcance.
15. La alta complejidad en la atención médica ha sido priorizada frente al primer nivel de atención, el cual, concebido como puerta de entrada del sistema de salud y en estrecho vínculo con la comunidad, debe muchas veces responder a una complejidad social poco valorada. La formación del recurso humano en salud perpetúa esta carencia y, han sido ignorados o insuficientes, los incentivos al personal del primer nivel de atención, incluyendo su formación y jerarquización social.
16. En muchos países existe una gran desarticulación entre los distintos niveles de atención y entre éstos y los niveles de gestión técnica y política, lo cual dificulta planificaciones de políticas, de acciones, de investigaciones y de utilización de recursos que apunten de forma efectiva y eficiente a la equidad.
17. La acelerada urbanización de las últimas décadas, el deterioro ambiental y el incremento de la contaminación, denotan la urgencia de repensar estrategias que puedan abordar estas nuevas complejidades que afectan las condiciones de salud de la población y el funcionamiento de los sistemas.
18. Existe una gran desarticulación en la mayoría de los países entre las entidades formadoras de recursos humanos, particularmente en salud, y las necesidades sanitarias. Se verifica además la ausencia de una visión prospectiva que permita ver los problemas del mundo con décadas de adelanto. Las currículas universitarias absorben el avance de la ciencia y tecnología, pero persiste el olvido sobre las problemáticas sociales, ambientales o culturales, relacionadas estrechamente con los procesos de salud-enfermedad-atención. El recurso humano en salud, entonces, se forma a través de normativas para el diagnóstico y tratamiento médico y no tiene la capacidad para tomar decisiones en contextos de incertidumbre, crisis o cambios. Se le dificulta un accionar comprometido y acorde con las necesidades sociales por fuera de las “normas otorgadas por las entidades formadoras”. Esto se suma a la práctica habitual de ignorar la responsabilidad de otros ámbitos, sectores e instituciones en el cuidado integral de la salud.
19. La mayoría de las currículas actuales de las carreras de ciencias médicas o afines se siguen centrando en la enfermedad. Conciben la salud como un estado previo perteneciente a otro quehacer, y ponen la responsabilidad de su cuidado fuera de la práctica. El concepto de cuidado de la salud, o de prevención de la enfermedad no se traduce, en consecuencia, en prácticas concretas para las cuales se deban adquirir habilidades, y menos aún con una visión integral o interdisciplinaria.

- 20.** El recurso humano en salud es formado para su quehacer individual y no para el trabajo y la construcción de salud “con otros”, sean estos profesionales con perfiles distintos o miembros de la comunidad. El trabajo en equipo y con la comunidad, no es una habilidad o capacidad que se adquiriera durante la formación de grado del recurso humano y es excepcional en algunos posgrados.
- 21.** La actividad asistencial pura, la medicalización de la atención y la falta de priorización de la prevención se siguen traduciendo tanto en la formación del recurso humano como en la implementación de políticas y en la asignación de presupuesto de salud en muchos países.
- 22.** En muchos casos también existe una inadecuación en la cantidad o distribución del recurso humano, que pone de manifiesto la poca relevancia de la política que acompaña la crisis del Estado y la enorme dificultad de implementar propuestas para encaminar soluciones
- 23.** La fragmentación de los sistemas y servicios de salud en subsectores proveedores de servicios determina una desagregación de fuentes de financiamiento. En general, son los grupos de la población en empleos formales los que tienen acceso a la seguridad social, y los de mayores ingresos, los que obtienen seguros privados. Los desempleados o subempleados recurren sólo a los efectores públicos. Aun dentro de éstos, las coberturas no son uniformes y la calidad y el tipo de servicios ofrecidos suelen estar relacionados con el nivel de aporte y la capacidad de copago de los afiliados. Adicionalmente, la deficiencia de los servicios sociales de salud tiende a hacer más importante al gasto de bolsillo, ahondando las iniquidades de los sistemas.
- 24.** Aún siguen existiendo dificultades de acceso a los servicios de diverso tipo. Principalmente se deben a razones económicas (arancelamiento de servicios básicos en efectores públicos entre otras cosas), o razones geográficas, culturales, etc. Por otra parte, también existen asimetrías, en los diversos grupos poblacionales, en la información que se tiene para el cuidado de su salud, que genera a la vez barreras de accesibilidad.
- 25.** En síntesis, a casi 30 años de Alma-Ata, estamos distantes de la salud para todos y por todos como derecho, con sistemas equitativos, solidarios y con una atención universal efectiva, con acciones de prevención y promoción en un trabajo en equipo y con participación comunitaria. Salvo algunas experiencias, poco se ha hecho para adecuar permanentemente el perfil del recurso humano en salud hacia el abordaje de las necesidades sanitarias en una realidad compleja. Las estructuras de financiamiento no sólo distan de tener una perspectiva de equidad y solidaridad, sino también en muchos casos dificultan la integración de acciones y servicios. Se necesita sortear estas dificultades y repensar estrategias y acciones para conseguir un acercamiento, no sólo al cumplimiento de los Objetivos del Milenio, sino a que el derecho a la salud realmente pueda ser ejercido por toda la población mundial y que la equidad atraviese como principio ético las políticas públicas para el desarrollo. Para lograr esto, es importante construir nuevos consensos y promover alianzas globales que apunten a la imagen objetivo a la que queremos llegar.

## Hacia dónde vamos: un nuevo compromiso por la salud

- 26. La salud como generadora del crecimiento de una nación.** Las condiciones de salud de la población tienen estrecha relación con las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales. Pero también, las condiciones y el estado de salud de una población pueden marcar parte de su destino político, social, económico. Hoy ya no puede sólo pensarse a la salud como producto o consecuencia de otros factores, sino también como factor generador del desarrollo.
- 27. La equidad y solidaridad en salud son prioritarias, requieren un tratamiento específico y fuerte protagonismo del Estado.** Lograr la equidad en salud y en los entornos saludables es clave para el desarrollo y el logro de la equidad en otros campos, por lo que debe ser prioritaria y requiere un tratamiento específico. El objetivo máximo de un sistema no puede ser sólo la eficiencia. La equidad y solidaridad deben primar como valores. Para traducir esto a políticas públicas y acciones concretas, se requiere de un fuerte protagonismo del Estado y participación de la sociedad civil representada por sus diversos grupos de población.
- 28. Los ministerios de salud deben desarrollar su liderazgo y rol de rectoría.** La concepción de las políticas de salud como políticas de Estado, hace indispensable resaltar el rol de rectoría de los ministerios de salud nacionales, quienes deben liderar políticas públicas y no sólo administrar recursos.
- 29. El sistema de atención en salud no debe reproducir las iniquidades dadas en otras áreas.** Es necesario eliminar en el plano nacional las diferencias existentes en los modelos de atención y en la calidad de las prestaciones, de modo de asegurar la universalidad de acciones prioritarias *para todos* y de la misma calidad, para evitar las iniquidades dadas en los ámbitos económico, educativo, ambiental, etc. Esto implica políticas públicas de salud que garanticen en forma universal servicios de igual calidad y gratuitos para quienes no puedan pagarlos, con provisión asegurada de medicamentos e insumos esenciales.
- 30. Los sistemas de salud pueden ser potentes redistribuidores de la riqueza en los países.** Si un sistema de salud es equitativo y solidario aportando bienes, insumos y servicios sanitarios en función de las necesidades de sus grupos poblacionales, esto se traduce en un importante mecanismo de redistribución de la riqueza de un país.
- 31. La visión de equidad debe ser incorporada en las evaluaciones de las políticas y programas.** Las evaluaciones de programas y políticas realizadas por entidades nacionales o internacionales deben incorporar, además de los indicadores tradicionales que dan cuenta del estado global de la salud (por ejemplo, mortalidad infantil), indicadores que den cuenta de los niveles de equidad logrados en los países o regiones (por ejemplo, diferencias en las tasas de mortalidad infantil entre regiones de un país o entre grupos poblacionales).

- 32. Se necesita asegurar y consolidar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.** Los Estados deben asegurar una homogeneidad en cobertura y calidad. La estrategia de cuidado integral de la salud para la equidad con todos y por todos será la herramienta de los Estados para priorizar acciones y prestaciones universales para toda la población, con su financiamiento garantizado, debiendo poseer éste intangibilidad nacional e internacional.
- 33. Se requiere un trabajo conjunto entre los gobiernos, los medios de comunicación y las organizaciones de la sociedad civil.** Para promover un mayor compromiso y acción de las personas, las familias y las comunidades en los problemas de salud, dada la influencia determinante del ambiente físico, los hábitos y la cultura sobre la salud, es necesario reforzar un trabajo mancomunado entre los gobiernos, las entidades no gubernamentales y los medios de comunicación.
- 34. Es imprescindible integrar los subsistemas de salud existentes en los países, facilitando el funcionamiento en red de los efectores.** Se debe orientar el trabajo hacia la articulación y complementación de los sistemas de salud tendiendo a seguros públicos de salud, más allá de las fuentes de financiamiento, de modo de asegurar coberturas universales prioritarias y esenciales y para alcanzar el funcionamiento de los sistemas en red. En la medida en que las coberturas de riesgos de los países se universalicen, se evitará que el gasto de bolsillo sea un obstáculo para el acceso a tratamientos, y se articulará la salud pública con los sistemas de aseguramiento.
- 35. Los países se complementarán y funcionarán en forma articulada para abordar situaciones epidemiológicas prevalentes en las regiones.** Una estrategia de cuidado integral que apunte a la equidad debe vincular y fortalecer, a través de su complementación, los sistemas de salud de distintos países, reforzando acciones en función de prioridades regionales, que deben ser apoyadas por los organismos internacionales.
- 36. Es indispensable generar la capacidad de interacción sinérgica entre los distintos niveles para la investigación.** Para el logro de la equidad es indispensable que en la obtención de información para la acción, intervengan sinérgica y complementariamente los distintos niveles (de lo local a lo global). Esto implica la necesidad de lograr una capacidad progresiva entre esos niveles de analizar conjuntamente la realidad a través de investigaciones epidemiológicas, sociales, políticas o de financiamiento.
- 37. El recurso humano en salud tendrá nuevas capacidades.** El recurso humano en salud deberá formarse para poder abordar las nuevas problemáticas sociales, ambientales y sanitarias con un enfoque interdisciplinario. Deberá también poseer las habilidades necesarias para trabajar con los determinantes sociales de la salud.
- 38. Los decisores políticos deberán trabajar con las entidades formadoras del recurso humano para planificar su formación.** La formación del recurso humano en salud, tanto terciaria como de grado o posgrado, debe estar acorde con las necesidades de un país y para esto es imprescindible el trabajo mancomunado entre el Estado y las

universidades. El recurso humano en salud debe tener capacidades para implementar acciones en promoción y prevención, y debe ser estimulado para esto.

**39. Existirán formaciones permanentes en servicio para el recurso humano en salud.**

Es importante la formación permanente en servicio para asegurar una calidad del accionar del recurso humano, tanto en función de los avances científicos como en relación con los cambios y la complejidad de la realidad. Un recurso humano que posea un espacio permanente para su formación y reflexión acerca de sus propias prácticas, en un marco también de interdisciplina, enriquecerá su mirada acerca de las problemáticas por abordar y diseñará mejores estrategias para su resolución.

**40. Las políticas de financiamiento nacionales e internacionales apuntarán a asegurar todo lo antedicho.**

Dado que la equidad en salud debe ser una prioridad ya que puede ser generadora del desarrollo de un país, y que para el cuidado integral de la salud de las comunidades se requiere de la sustentabilidad financiera de algunas prácticas o acciones consensuadas, y que el recurso humano en salud, tanto en cantidad como en calidad, es imprescindible para ponerlas en práctica, las políticas de financiamiento cualquiera sea la fuente, deben respetar estos principios.

**41. El “gasto en salud” es considerado inversión para el desarrollo.**

En este sentido, los Estados destinarán recursos presupuestarios suficientes para salud a fin de asegurar las acciones prioritarias y esenciales establecidas. Los organismos financieros internacionales deben priorizar la salud, considerar intangibles los financiamientos orientados a la salud de los países y deberán respetar los conceptos desarrollados en este documento en las condiciones del otorgamiento de préstamos o donaciones.

**42. No pueden plantearse propuestas concretas de acción uniformes para todas las realidades nacionales.**

Sólo es posible adecuar grandes líneas de acción frente a cada situación y coyuntura. No se trata de establecer procesos mecánicos de aplicación automática, pues los procesos sociales son complejos y variables, lo que obliga a buscar soluciones diferentes para cada caso específico, con seguimientos y reajustes permanentes. Ello requiere la difusión de información acerca de experiencias frente a situaciones similares, no para establecerlas como modelos por ser copiados, sino como elementos referenciales. No obstante, significará un avance lograr consensos internacionales que faciliten la implementación de políticas orientadas a lograr la equidad en salud, a través de la reorganización de sus sistemas de salud, de la readecuación de su recurso humano en salud y de la reorientación de los recursos financieros.

*“Hacia un Cuidado  
Integral de la Salud  
para Todos  
y por Todos”*



*Este documento ha sido elaborado con los aportes de:*

#### **Comité Científico Internacional**

Dr. Halfdan T. Mahler (Dinamarca)  
Dr. Ginés González García (Argentina)  
Dr. Paulo Marchiori Buss (Brasil)  
Dr. David Tejada de Rivero (Perú)  
Dr. Anarfi Asamoah-Baah (OMS)  
Dra. Mirta Rosés Periago (OPS)  
Dr. Omer Sulieman (Mediterráneo Oriental)  
Dr. John Bryant (USA)  
Dr. Haji Mohd Ismail Bin Merican (Pacífico Occidental)  
Prof. G. Lobe Monekosso (África)  
Dr. Rifat Atun (Europa)

#### **Comité Científico Nacional**

**Presidente:** Dra. Mariela Rossen

Dra. M. Luisa Ageitos	Dr. Abraam Sonis
Dr. Jorge Capitanich	Dr. Enrique Tanoni
Lic. Oscar Cetrángolo	Lic. Sonia Tarragona
Dra. Raquel Chiara	Dr. Federico Tobar
Lic. Catalina De La Puente	
Dra. Elsa Moreno	
Dr. Aldo Neri	
Lic. Silvina Ramos	

Un agradecimiento especial, asimismo, para todos aquellos que con sus comentarios han colaborado en la elaboración del presente documento.

De Alma Ata a la  
Declaración del Milenio