

## **Salud para todos: del conocimiento a la acción**

**Mirta Roses Periago**

Directora de la OPS

25 abril 2009

Academia Nacional de Medicina  
Argentina

Buenas noches.

El tema “Salud para Todos” ha permeado de modo crítico la salud pública de la segunda mitad del Siglo 20. Formulada en 1978 en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Ata (1) como una solución universal equitativa para el goce de la salud concebida como derecho, a través del modelo de atención primaria de salud, fue luego cuestionada por nuevos abordajes estratégicos para la gestión de los sistemas de salud en los países en desarrollo, los que la adoptaron parcialmente (salud rural) o simplemente la ignoraron.

Entre tanto, el ideario de Salud para Todos, que, desde su lanzamiento galvaniza los liderazgos de la comunidad, de las autoridades locales, investigadores y profesionales de salud, demostró una notable resiliencia, particularmente en América Latina y el Caribe lo cual le ha asegurado su supervivencia y constante renacer en las propuestas y agendas regionales y globales de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud y en particular su oficina para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, que me honro en dirigir, así como los que me precedieron y los profesionales de antes y de ahora, sentimos orgullo de haber permanecido todo el tiempo junto a los gobiernos y fuerzas sociales de la región, haciendo frente a las demandas y vicisitudes, compartiendo notables avances y sufriendo con expectativas no cumplidas, con la permanencia de problemas e injusticias graves en salud. Durante este viaje, nunca se abandonó el compromiso con la Salud para Todos y Todas, aunque hubo y habrá muchas piedras y abismos en el camino.

Esta historia y el legado de la OPS/OMS me han llevado a compartir con Uds. esta noche mi reflexión sobre la vigencia actual y los desafíos que nos presenta “Salud para Todos” a partir de su concepción original formulada hace 30 años y a la luz de su permanencia como alter ego de la salud pública. Desde entonces hasta nuestros días, en un contexto caracterizado por la creciente creación e intercambio de información y conocimiento científico y de experiencias, la sociedad aun busca construir un accionar práctico correspondiente y conducente a hacer realidad el goce de la salud para toda la población.

La Declaración de Alma Ata que sintetizó las conclusiones y recomendaciones de la conferencia respondió a la meta de *Salud para Todos en el Año 2000*. De hecho, en su punto V ella preconiza que “... *Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.*” (2)

“Salud para Todos” tiene un significado bien explícito - quiere decir lo que dice!, y comprende simultáneamente un derecho ciudadano, una meta a ser alcanzada y un modus operandi social para la salud de cada ser humano, entendida por la constitución de la OMS y adoptada en Alma Ata, como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (3).

La fortaleza humanista e igualitaria de Salud para Todos refleja la evolución de la sociedad en el siglo pasado a partir de su nacimiento, producto de las grandes transformaciones que el mundo moderno vivenció después de la segunda guerra mundial.

Se creó de forma irreversible la Organización de las Naciones Unidas como la instancia de gobernanza que engloba todas las grandes áreas relacionadas con el desarrollo social, cultural, científico, técnico y económico, incluyendo la salud. La Organización Mundial

de la Salud cumplió 60 años de vida y lanzó el informe mundial 2008 retomando la estrategia de desarrollo de la salud a través de la atención primaria - es decir una renovación de su compromiso con Salud para Todos (4). El desarrollo de la OMS en la pos guerra fue caracterizado por programas y campañas mundiales de control de enfermedades que consagraron a la salud como un bien común de la humanidad, con ejemplos como la erradicación de la viruela confirmada en 1980.

Este período hasta finales de los ochenta, fue caracterizado por las tensiones en las relaciones internacionales a causa de la guerra fría y por el ocaso del colonialismo, aliado a la emergencia de un fuerte movimiento de emancipación y autodeterminación de los pueblos, de valoración de las culturas y los conocimientos autóctonos, de cambios de costumbres, de solidaridad y libertad. Nosotros vivimos de cerca e intensamente este periodo en toda la América Latina y el Caribe con movimientos populares y de reafirmación nacional y regional. En particular, la descolonización en el Caribe, donde la independencia de los países de lengua inglesa iniciada con Jamaica y Trinidad y Tobago, en 1962, contribuyó para el desarrollo de un fuerte regionalismo que culmina con la creación de la Comunidad Caribeña y Mercado Común ( CARICOM) en 1973 (5).

Entre tanto, fue 1968 el año que marcó indeleblemente este periodo, con hechos de gran impacto histórico como la Ofensiva del Tet en Vietnam, la primavera de Praga, el asesinato de Martin Luther King en Memphis. En Mayo de 68 el movimiento estudiantil en Francia sorprendió al mundo . Mayo de 68 simboliza la explosión de aspiraciones de libertad y transformaciones sociales.

En América Latina, los regimenes militares o autocráticos reaccionaron a esta ola con violencia, como la tragedia de la Plaza de las Tres Culturas de Tlatelolco, Mexico y un año más tarde, aquí en la Argentina, estalla el Cordobazo como una manifestación organizada de estudiantes y trabajadores. En Brasil, la dictadura militar restringió radicalmente las libertades y aumentó la represión. En 1973, se produjo el golpe de Estado en Chile, y 1976 en Argentina.

No obstante las múltiples interpretaciones, las motivaciones, organización y consecuencias de estos acontecimientos, una cosa es cierta - el mundo cambió radicalmente con el inicio de un proceso de reivindicaciones políticas, de cambios sociales y culturales profundos con el fortalecimiento de la ciudadanía, el reconocimiento de los grupos excluidos y de las llamadas minorías y sus propias organizaciones, con valoración creciente del acceso a la información y conocimiento. El movimiento contribuyó a crear las condiciones sociales para enfrentar las vicisitudes de la globalización que avanzó fuertemente a partir de los años 90 como el nuevo eje de la evolución de la sociedad.

Salud para Todos es parte del avance de la humanidad. Sus valores reflejan movimientos sociales de la segunda mitad del siglo pasado que incorporaron en la salud pública un legado universal orientado hacia la equidad y justicia social. Como bien lo expreso el poeta León Felipe: “Voy con las riendas tensas, y refrenando el vuelo, porque lo que importa no es llegar solo ni pronto, sino con todos y a tiempo”

La adopción de la estrategia de Salud para Todos por los países y por la cooperación internacional enfrentó grandes dificultades y resistencias frente a su propuesta de implementación compleja e innovadora de proveer el estado máximo de salud posible con equidad. Esto fue muy osado (hasta provocativo) para las coyunturas políticas y económicas internacionales que emergieron y evolucionaron en la pos guerra con base en los acuerdos de Bretton Woods y posteriormente reflejadas en el llamado Consenso de Washington de los años 80 que reorientaron progresivamente la política y la economía mundial en franco proceso de globalización con base en la supremacía del mercado. Comienza entonces un periodo de grandes avances en la economía, ciencia, tecnología e innovación, con nuevas oportunidades aunque restringidas, para los países en desarrollo, con una tendencia a la concentración de la renta, incapacidad sistémica para la superación de la pobreza y fuerte deterioro del medio ambiente y de las condiciones de vida.

En el seno de este movimiento denominado “neoliberalismo”, fue elaborada la estrategia de reforma de salud para los países en desarrollo formulada por el Banco Mundial y

publicada en el *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud* (6), que aportó contribuciones significativas para la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud, pero con énfasis en su adhesión al mercado como mecanismo principal para la provisión de los servicios públicos, restringiendo el rol del estado a la provisión de atención a la población pobre y desocupada, excluida, o en la economía informal, fragmentando los seguros y multiplicando los servicios privados de salud.

Esta organización de la atención con enfoque de mercado, fundada en transacciones de bienes y servicios, alimentada y estimulada por el desarrollo notable de productos y tecnologías para la atención cada vez más sofisticados y costosos, enfrentó siempre con resistencia, particularmente en nuestra región, por la ausencia de enfoque en las causas estructurales de las desigualdades en el acceso a la salud. Esta resistencia mantiene su raíz siempre en torno a los valores y principios de la Salud para Todos, enriquecida con contribuciones de otros sectores que favorecían una agenda de desarrollo regional e internacional con enfoque de equidad y protección de los grupos más vulnerables. Podemos citar aquí, por ejemplo, la propuesta *Ajuste con Rostro Humano* organizado por la UNICEF a finales de los 80 (7) y el documento “Transformación productiva con equidad” de CEPAL/OPS en 1987 (8). El reconocimiento del triste record histórico de la región de las Américas como la más inequitativa del mundo en cuanto a distribución de ingresos, ha llevado a los líderes y defensores de la salud, a declarar su decisión de no replicar esas desigualdades socio económicas en el acceso a salud, y, además, de contribuir desde salud, a la reducción de esas brechas inaceptables

La OPS, por medio de su cooperación técnica junto a los gobiernos y ministerios de salud, buscaron siempre orientar las políticas y programas de reforma del sector salud para lograr mayor eficiencia, eficacia y calidad y responder a las necesidades de salud del conjunto de la población, con equidad y con prioridad en la protección a los grupos más vulnerables. Es decir, intentando centrarse en los principios de Salud para Todos más que en el puro ejercicio de asegurar que el estado gaste menos en salud. Por ejemplo, el plan de acción aprobado en la I Cumbre de las Américas de 1994 en Miami, explicitó el

acceso equitativo a los servicios básicos de salud como iniciativa 17, con referencias claras al ideario de salud para todos como por ejemplo:

*“Desarrollar o poner al día planes nacionales de acción o programas de reformas para alcanzar metas relacionadas con los objetivos de salud materna, infantil y reproductiva y asegurar el acceso universal, no discriminatorio a servicios básicos, incluyendo educación en salud y programas de atención médica preventivos.”*

En la misma iniciativa, los gobernantes, acordaron: *“Convocar una reunión especial de los gobiernos hemisféricos con donantes interesados y agencias técnicas internacionales a ser auspiciado por el BID, Banco Mundial y la OPS para establecer el marco de los mecanismos para reforma en salud, definir el papel de la OPS en el monitoreo e implementación de planes y programas de país, y planificar el fortalecimiento de la red, incluyendo las contribuciones de los co-auspiciadores.”* (9)

Un desafío inherente a la implementación de Salud para Todos reside en la complejidad para balancear las restricciones de recursos económicos y de todo orden para asegurar la provisión del estado máximo posible de salud en condición de equidad, es decir de superación continuada de las inequidades, entendidas, según la definición más aceptada de Margaret Whitehead, como *“las diferencias que son innecesarias y evitables pero que además son consideradas también como desleales e injustas”*. La autora destaca, al definir equidad, que el término tiene una dimensión moral y ética. (10).

Este balance es necesario y posiciona a la salud como un bien público, cuya adopción viabiliza la construcción colectiva de una respuesta contundente. Salud para Todos no es una utopía y las inequidades sociales y de salud no se justifican como inherentes a la sociedad humana con base en un ya superado Darwinismo Social, justamente este año tan especial para la biología y la ciencia en el que se conmemora el bicentenario del nacimiento de Charles Darwin y 150 años de la publicación de la primera edición del libro *“El origen de las especies mediante la selección natural o la conservación de las razas favorecidas en la lucha por la vida”*.

Pues bien, si estamos hablando de evolución de la sociedad humana tomo la descripción de bien público que nos regala Amartia Sen en su libro *Desarrollo Como Libertad*:

*“Ya he comentado sobre temas de equidad y la necesidad de ir más allá de consideraciones de eficacia, y en aquel contexto, he tratado de hablar por qué esto puede pedir el complementar el mecanismo de mercado por otras actividades institucionales. Pero, aún en el alcanzar la eficacia, el mecanismo de mercado a veces puede ser menos eficaz, en particular en la presencia de que se llaman ‘bienes públicos’.”*

*“Una de las suposiciones estándar hechas para mostrar la eficacia de los mecanismos de mercado es que cada materia - y más generalmente todo aquello sobre el cual depende nuestro bienestar - puede ser comprado y vendido en el mercado. ... De hecho, sin embargo, algunas contribuciones más importantes a la capacidad humana pueden ser difíciles de venderse exclusivamente a una persona a la vez. Esto es cierto sobre todo cuando consideramos los bienes públicos, que la gente consume en forma conjunta más bien que separadamente.”*

*“Esto aplica en particular en tales campos como la preservación ambiental, y también el cuidado de salud pública y la epidemiología. Puedo estar dispuesto a pagar mi parte en un programa social de erradicación de malaria, pero no puedo comprar mi parte de aquella protección como un ‘bien privado’ (como una manzana o una camisa). Esto es “un bien público” - el entorno sin malaria - que tenemos que consumir juntos” (11).*

“Salud para Todos” no es por lo tanto una simple abstracción o un estado ideal. Ella se alcanza a través de de la interrelación de los individuos, familias y comunidades con sus historias, condiciones de vida y su entorno ambiental, cultural, social, económico y político, que abarca lo local, lo nacional y lo global.

Este complejo de condiciones e interrelaciones que afectan la producción de salud individual y colectiva es conocido como determinantes de salud. Estos determinantes son productos de la acción humana y por lo tanto es la acción humana la que podrá y deberá modificarlos.

Es importante destacar que los determinantes de la salud colectiva de una sociedad no son necesariamente idénticos a los determinantes sociales de las inequidades de la salud que ocurren en el seno de la sociedad, en sus diferentes grupos sociales. De hecho, la pobreza, por ejemplo, que conlleva limitaciones de acceso a bienes y servicios esenciales de salud, puede ser un importante determinante para algunos grupos menos favorecidos, mientras que, para otros grupos de la misma sociedad, los determinantes más críticos pueden no estar relacionados con las condiciones materiales de vida y trabajo, sino con otros determinantes como los psicosociales, los culturales, la discriminación, el estigma, la xenofobia, las diversidades étnicas, religiosas, de edad, de género, de orientación sexual, discapacidades físicas y mentales, etc. El combate de las inequidades en salud debe tener en cuenta los principales determinantes de salud de cada grupo social para actuar efectivamente sobre ellos. Además, en el combate de las inequidades para avanzar hacia la Salud para Todos, debemos priorizar los determinantes sociales de los grupos más rezagados con el objetivo de acelerar la disminución de los diferenciales en relación con los grupos más privilegiados (12, 13).

El logro de Salud para Todos, como formulada anteriormente, es ciertamente un emprendimiento social de alta complejidad, alcanzable a mediano y largo plazo, y, una vez logrado, adquiere, entonces, el carácter de objetivo permanente. En consecuencia, su realización se proyecta como una obra sistemática y conciente de la sociedad y sus gobiernos, expresada en el modelo de atención primaria de salud, que, de acuerdo con la OMS es *“la atención a la salud accesible universalmente por los individuos y familias en la comunidad por medios que les son aceptables, a través de su plena participación y a costos que la comunidad y el país pueden soportar. La atención primaria de salud “es parte integral y núcleo del sistema nacional de salud así como de la totalidad del desarrollo social y económico de la comunidad”* (14).

Con este sentido integral que incorpora lo obvio (pues nadie cuestiona su valor en cuanto una expectativa individual de todos) y lo osado (pues su aparente y persistente inviabilidad se proyecta como una utopía), Salud para Todos tensiona y ocupa persistentemente una posición central en la salud pública y, particularmente, en la



inserción de la salud como dimensión esencial en las agendas de desarrollo global y nacional.

De hecho, el plan de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordado por todas las naciones del mundo, tiene 3 temas explícitos de salud y 3 que son determinantes de salud entre los 8 objetivos principales. Los ODMs reposicionan y actualizan Salud para Todos con una agenda universal y holística del desarrollo, que coloca al ser humano en su centro, y se refleja en la consecución de todos los objetivos en su conjunto, ya que no se alcanzan uno a uno. Vale la pena citar una de las frases que inician la Declaración del Milenio aprobada en septiembre de 2000 por la Asamblea General de las UN, es decir, por todos los jefes de estado y gobierno – *“En nuestra calidad de dirigentes, tenemos, pues, un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial los más vulnerables y, en particular, los niños del mundo, a los que pertenece el futuro.”* (15)

La salud pública intenta concebir, promover y producir las estrategias, información, conocimiento, capacidades e infraestructuras para dotar a la sociedad de Salud para Todos y por ello, incorpora en su paradigma la relación entre el conocimiento y la acción y viceversa, o más ampliamente entre ciencia y sociedad.

Nos aproximamos más y más al *modus operandi* de Salud para Todos a medida que la relación dialéctica entre el conocimiento y la acción, entre ciencia y sociedad, se hace realidad, continua y plenamente, a lo largo de las funciones esenciales de la salud pública (16). A este accionar de nuevos conocimientos se agrega el conocimiento y técnicas incorporados por la sociedad, en sus estructuras de gobernabilidad y particularmente en los sistemas de salud, incluyendo, entre otros, políticas informadas con evidencias, métodos de gestión eficientes, eficaces y de calidad, procesos con flujos de trabajo documentados y transparentes, las campañas colectivas de promoción y de cuidado a la salud como la vacunación, guías clínicas contextualizadas de prevención, diagnóstico y tratamiento basado en evidencias actualizadas y, ciertamente, los medicamentos, procedimientos, y tecnologías en general.

Este “moto continuo” de conocimiento a la acción y viceversa para la producción equitativa de la salud debe extenderse a todas las instancias, procesos y redes sociales con énfasis en las redes integradas de servicios basados en la atención primaria de salud. Al mismo tiempo, enfrentamos un problema crítico por el hecho que la salud pública, así como otros dominios sociales, padece del distanciamiento entre la ciencia y la sociedad. Esto es expresión del desarrollo histórico de la ciencia, que ha logrado definir sus normas, métodos, valores e instituciones como una empresa o práctica social autónoma y con eso, defenderse de la interferencia del poder político, militar o religioso.

Así se incorporó en la ciencia el riesgo de aislarse de otras prácticas sociales y de limitar su papel activo en las prácticas y transformaciones sociales, como aún ocurre actualmente con el desbalance entre la producción científica del conocimiento y su aplicación práctica en la producción de la salud, fenómeno conocido como brecha entre conocimiento y acción.

Sin embargo, en los últimos años las relaciones entre ciencia y sociedad han tenido importantes transformaciones, sea por cambios en la dinámica misma de la actividad científica o en los procesos productivos que son cada vez más dependientes de las innovaciones proporcionadas por la ciencia y tecnología o por la demanda de los gobiernos y la sociedad por información, conocimiento y evidencias científica que informen sus políticas. La mayor transparencia y ajuste de cuentas entre los líderes y los ciudadanos exige progresivamente que se compartan no sólo las decisiones de políticas, sino que se revelen los procesos e información que se desarrollaron en el camino hacia la toma de decisiones

Al abandonar progresivamente los límites seguros y cómodos de los problemas y espacios controlados de la academia y los laboratorios para dedicarse a temas complejos como la gobernabilidad, el planeamiento estratégico, los modelos de desarrollo económico y financiero, el deterioro ambiental, la pobreza o la violencia, los determinantes de salud, etc., la ciencia pasa a otro tipo de relación con la sociedad. Ahí,

las opciones de acción que la ciencia ofrece y delimita pasan a ser evaluadas y adoptadas en el ámbito de la política. Así, en lugar de colocarse afuera o arriba de los procesos sociales y políticos, con un posicionamiento prescriptivo o autocrático, la ciencia redefine sus relaciones con los actores sociales y políticos (17).

De este modo, y particularmente en el campo de la salud pública, la ciencia y la política no se contradicen pero se complementan y se refuerzan mutuamente. Por lo tanto, el desafío inmediato más importante en la salud pública, es superar la brecha entre lo que se conoce globalmente y lo que se practica con cada ser humano en salud. Esta brecha constituye una de las causas estructurales que dificultan la superación de la inequidad de salud (18).

En este sentido, entendemos el acceso al conocimiento como un determinante de salud, que actúa y condiciona el desempeño y las decisiones de autoridades, gestores, investigadores, profesores, profesionales, trabajadores de salud en general, usuarios de los servicios de salud, las comunidades y la sociedad como un todo. La inequidad en el acceso a la información, conocimiento y evidencias es especialmente relevante porque, al reforzar la exclusión, genera y amplía otras inequidades (19).

Estas inequidades son perjudiciales no solamente para la salud de los más desfavorecidos, sino también para la salud de la sociedad en su conjunto. Una serie de estudios comprueban que las sociedades más desiguales tienen una situación de salud inferior a la de las sociedades más igualitarias porque las inequidades restringen la formación y promueven el deterioro del llamado capital social, o sea, de las relaciones de solidaridad y confianza entre personas y grupos. Los países y estados con poca cohesión social son los que menos invierten en capital humano y en las redes de apoyo social, que son condiciones necesarias para la meta y modus operandi de Salud para Todos.

La transferencia del conocimiento a la acción y viceversa se convierte en un devenir necesario, como el eslabón crítico para lograr Salud para Todos. Por lo tanto, la salud pública demanda, como prioridad política, que se disminuya o elimine la brecha entre

conocimiento y acción. Las causas limitantes u obstaculizadoras del continuum entre conocimiento actualizado y la acción, ocurren en tres áreas principales: la regulación del acceso al conocimiento científico global por la propiedad intelectual, las barreras para el acceso a la información y al conocimiento científico disponible, y, la producción y transferencia del conocimiento científico en salud pública centrado en los determinantes de salud y superación de las inequidades en salud.

Se ha tornado parte del sentido común en nuestra sociedad la idea que conocimiento es poder, notoriamente el conocimiento científico. Pero el conocimiento científico es también la principal fuente de la generación de tecnologías y de las innovaciones, que ha sido esencial para el avance de la atención a la salud con nuevos instrumentos diagnósticos, medicamentos, vacunas y otras tecnologías de salud, así como las tecnologías de información y conocimiento y las perspectivas que ofrece la genética y la nanotecnología para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la salud de individuos y comunidades.

En respuesta a la preocupación de los países en desarrollo frente a la creciente inequidad en el acceso a los avances e innovaciones que aporta el conocimiento científico, los cuales son impuestos por las barreras de la propiedad intelectual, particularmente en lo que se refiere a los desarrollos orientados a las enfermedades y condiciones de salud que más afectan a los pobres, la OMS estableció en 2004 la Comisión para Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Su informe final se presentó en 2006 y propone avanzar con un plan de acción para movilizar competencias que aseguren la sostenibilidad de recursos para el desarrollo de nuevos diagnósticos, vacunas y medicamentos, que deberán estar accesibles a todos. Cabrá a la Asamblea de la OMS dar orientación a los próximos pasos (20).

Entre tanto, es importante destacar que la producción y disseminación internacional del conocimiento científico está encapsulada en una estructura de poder basada en la propiedad intelectual que, tanto para la propiedad industrial, que se expresa por medio de las patentes, marcas, etc., como para el derecho autoral, que se expresa en las obras

artística y literarias, incluida la científica, tiene su base en la propiedad privada y por lo tanto el derecho y poder de las empresas de limitar el acceso al conocimiento y a las tecnologías derivadas. La importancia crítica que tiene este poder se expresa en el hecho que la discusión sobre el régimen internacional de propiedad intelectual ha permeado las relaciones internacionales en las últimas décadas, particularmente con la consolidación de la globalización y el libre comercio, y los países en desarrollo se han resistido a aceptar regímenes que impidan el acceso al conocimiento y a las tecnologías que pueden afectar seriamente su desarrollo y en particular a la salud.

Si el camino hacia Salud para Todos se construye con el acceso y aplicación de conocimiento y tecnologías que son regulados por la propiedad intelectual es crucial que el régimen que ordena la obediencia y aplicación de los derechos y deberes sea perfeccionado para proveer mecanismos y soluciones de compensación que aseguren la equidad de acceso.

La segunda área de desafíos comprende las barreras para el acceso y publicación de información, conocimiento y evidencias científicas actualizadas y contextualizadas.

Nosotros en América Latina y el Caribe hemos avanzado notablemente en este sentido mucho más que las otras regiones en desarrollo con el liderazgo de la OPS, a través de BIREME, con el establecimiento y operación descentralizada y convergente de productos, servicios y eventos de información científica y técnica en acceso abierto por intermedio de la redes de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la Scientific Electronic Library Online (SciELO) que viene integrando a la Región proactivamente en el flujo internacional de información y comunicación científica (21).

La investigación científica con la comunicación de sus resultados de forma extraordinaria a partir de la segunda mitad del siglo pasado, es la principal fuente de conocimiento y conforma un flujo continuado y acelerado de nuevos textos y otros contenidos publicados en revistas científicas, libros y otros medios de publicación que comunican los descubrimientos y novedades que se acumulan al conocimiento existente, lo actualizan,

modifican o refutan. La comunicación científica comprende también los medios secundarios que catalogan e indexan los textos individuales así como por los servicios terciarios que resumen y sistematizan la información disponible sobre un tema, por medio de revisiones sistemáticas de la literatura disponible.

No sin razón, el siglo pasado presencié el surgimiento de la explosión de la información científica confirmada en la expresión “publish or perish” (publicar o perecer) que señala muy bien el modo y sentido del trabajo y de evaluación de los investigadores. Además, para el progreso de la carrera de investigador, para la visibilidad de su producción, se estimula la publicación en las revistas del llamado main stream (corriente central), que tienen mayor impacto, medido por el número de citas que reciben, que además constituyen la base para medir la producción y capacidad científica de los países, de las instituciones, de grupos o de investigadores individualmente.

Como todos sabemos el conjunto de las revistas científicas internacionales reconocidas como de mejor calidad o de mayor impacto son en su gran mayoría de propiedad de las casas editoriales internacionales (los publishers) o de las grandes sociedades científicas que siguen los modelos de negocios similares a los publishers. Es a estos propietarios de revistas que los científicos transfieren los derechos de copia de sus artículos.

Este modelo de comunicación científica se ha perfeccionado continuamente desde que aparecieron las primeras revistas hace cerca de 350 años. Hoy día todo el conocimiento científico que se publica en las revistas de calidad están disponibles en la web y de hecho nuestra generación ha vivido la realización del sueño de la biblioteca universal del conocimiento científico.

Hay diversas barreras para que este conocimiento científico sea democráticamente accesible, contextualizado y aplicado en nuestros países. Entre ellas la económica ya que la gran mayoría de las fuentes de información son protegidas por la propiedad intelectual y los costos son aún prohibitivos para asegurar acceso universal. Nuestra región invierte decenas de millones de dólares por año para dotar a los sistemas de investigación y

educación de acceso a la producción científica internacional, y raramente se provee acceso universal y en general los sistemas de salud son penalizados.

La superación de esta barrera se vislumbra internacionalmente con la propuesta de acceso abierto, a través de un movimiento que se fundamenta en el principio que el conocimiento científico, al igual que la salud, es un bien público y que debe, por lo tanto, estar disponible para toda la humanidad, principalmente cuando la investigación que le dio origen ha sido financiada con recursos públicos (22).

Las ciencias de la salud globalmente han avanzado notablemente hacia el acceso abierto. Tanto el NIH cuanto el Wellcome Trust exigen que los artículos resultantes de los proyectos de investigación que financian sean depositados en el sitio PubMed Central, aceptando el embargo de los publishers de 6 meses después de la publicación por parte del Wellcome Trust o de 12 meses por el NIH. En Iberoamérica, las principales revistas científicas de salud y todas las principales de salud pública son publicadas en acceso abierto por medio de la colección SciELO Salud Pública, incluyendo las revistas de la OMS y de la OPS.

Aún con acceso abierto, emerge la conectividad como otra barrera de acceso que excluye o limita el acceso significativamente a los profesionales de los sistemas de salud y principalmente a la población, y para el establecimiento de flujos locales de información que son esenciales para la atención primaria de salud. Esta barrera esperamos será progresivamente superada en el futuro mediato con las nuevas tecnologías basadas en comunicación inalámbrica y con acceso a través de los dispositivos móviles así como el uso de la radio, televisión y reuniones/debates comunitarios para democratizar el acceso a la información y el conocimiento (23).

La comunicación del conocimiento científico y las innovaciones son hechas principalmente en inglés, por lo que nuestros idiomas representan una barrera adicional, que implica por un lado el dominio creciente para leer y escribir en inglés y también acelerar los procesos y servicios de traducción para alcanzar masivamente a los profesionales y la población. Al mismo tiempo, algunas de las mejores revistas de salud

pública de nuestra región están publicando simultáneamente en inglés y portugués o español, de modo de aumentar su visibilidad local y global. Aún quedan ausentes las lenguas originarias que no logran incorporar las prácticas y conocimientos de sus comunidades.

Además la construcción del continuo entre la información y conocimiento generado por la investigación científica y la acción, demanda el establecimiento regional y nacional de organizaciones, estructuras y procedimientos para la transferencia de conocimiento, incluyendo la producción de revisiones sistemáticas y evaluaciones de tecnologías de salud, los observatorios, salas de situación, educación continuada de los recursos humanos de modo de informar las políticas, la gestión y la atención a la salud y su interacción con los otros sectores principalmente en el abordaje de los determinantes sociales de salud.

Estas instancias ocupan un rol importante en el proceso de inducción de la aproximación de la ciencia y la sociedad que nos referimos anteriormente y para dotar la salud pública con una convergencia poderosa de la política, la ciencia y la práctica. Nuevamente, es importante destacar el esfuerzo de los países de América Latina y el Caribe, con la OPS, en la gestión y participación activa en las redes regionales e internacionales de información, comunicación y formación científica y técnica en salud, destacándose la BVS, CVSP, EVIPNET, Red Cochrane Iberoamericana y la Internacional, que dotan a América Latina y el Caribe con acceso abierto a las principales fuentes de información, conocimiento y evidencia científica en salud generadas nacional, regional e internacionalmente. De hecho, Salud para Todos e Información para Todos son dos caras de la misma moneda (24, 25)

Es importante aquí una reflexión puntual sobre la necesidad de renovación en las políticas y programas de investigación sobre los problemas complejos de la salud pública y sus determinantes relacionados con las condiciones de vida y trabajo de los diversos grupos sociales para generar información y conocimiento que contribuya a la definición y evaluación de las intervenciones.



La investigación en salud pública debe realizar importantes cambios en la manera como define sus temas y prioridades, en los espacios institucionales donde se desarrolla la producción del conocimiento y, como vimos anteriormente, en las formas de comunicación y divulgación de estos conocimientos. Así, la definición de temas y prioridades debe ocurrir progresivamente en un espacio que permita la interacción de todos los actores involucrados en la demanda, producción y uso del conocimiento de modo de asegurar la identificación cada vez más rápida y precisa de los problemas relevantes a ser abordados con enfoque multidisciplinario (26).

En lugar de desarrollarse exclusivamente en los espacios de las universidades y de los institutos de investigación, la actividad científica en salud pública, en el *modus operandi* de Salud para Todos, debe ampliarse para una nueva institucionalidad de redes colaborativas y flexibles de instituciones de diferente naturaleza. Al mismo tiempo, la evaluación del conocimiento producido debe ser hecha por pares e impares que llevan en cuenta tanto el rigor y excelencia científica como la relevancia social. Por cierto, la diseminación del conocimiento no debe limitarse a las publicaciones restrictas a la comunidad científica, sino adoptar otros medios y lenguajes que faciliten el acceso e interacción de los diversos actores y sectores de la sociedad involucrados en la salud pública, en el modelo de la atención primaria de salud.

Esta renovación de la conducción de la investigación científica representa el paso necesario y posible en el futuro próximo para fortalecer la aproximación de la ciencia y sociedad, del conocimiento a la acción.

Es importante notar también que la participación informada y proactiva de las comunidades es concebida no solamente como el *modus operandi* del quehacer y del como hacer para viabilizar el modelo de Atención Primaria de Salud, sino que lo antecede como la expresión del derecho individual y colectivo que todos y cada uno tenemos sobre nuestra salud, instrumentalizados progresivamente por la democratización del acceso a la información y al conocimiento científico, técnico y empírico.

En muchos sentidos, pero particularmente en lo que se refiere a las aspiraciones sociales e inclusión, podemos hacer un contrapunto entre las condiciones sociales del pos guerra que dieron origen a Salud para Todos y el contexto actual que vivimos en la globalización con la emergencia y el desarrollo de la Sociedad de la Información y del Conocimiento.

La participación proactiva e informada de la población en el modelo de atención primaria de la salud puede imbuirse y apropiarse del fenómeno contemporáneo de las redes sociales que se auto-organizan con el uso ubicuo de las tecnologías de información y comunicación y se proyectan como colectivos inteligentes, que constituyen un estado avanzado de la condición de inter operación entre conocimiento y acción, en cual todos tenemos algo que decir, algo que aprender.

Esta perspectiva de inclusión progresiva de la mayoría de la población en las estructuras de información y comunicación digital que incluye también la automatización paulatina de los procesos de los servicios de atención a la salud, crea una nueva ola de condiciones muy favorables para consolidar el modelo de participación proactiva e informada de la población.

Entre tanto, a 30 años de Alma Ata y a casi diez años del año 2000, todos sabemos que estamos aún muy distantes de la meta de “Salud para Todos”, originalmente marcada para el año 2000. Principalmente estamos aún muy lejos de las condiciones sociales, capacidades e infraestructuras que la Declaración de Alma Ata proyectó para las políticas y sistemas nacionales de salud basados en la atención primaria.

La llegada del siglo 21, simbolizada en el cruce del año 2000, pobló nuestro imaginario a lo largo de gran parte del siglo anterior, principalmente a los de mi generación, con una miríada de expectativas, temores y principalmente esperanzas en torno a los frutos del progreso, de la ciencia y la tecnología, de las propuestas y promesas de los gobiernos nacionales y de la cooperación internacional, de las Naciones Unidas y sus agencias, que,

sin embargo, se han transformado, mucho de ellos, en espejismos a medida que nos acercábamos al mítico año 2000.

El espejismo de Salud para Todos, sin embargo, con su mensaje de inclusión universal, entra al siglo 21 tanto o más desafiante que nunca y tanto más necesario que nunca y esperanzadoramente mucho más posible que nunca.

Como profesional de la salud, como académica y más aún en la condición, que me es circunstancial, de autoridad internacional de salud pública, traigo este tema y este desafío a nuestra casa centenaria de las ciencias de la salud, con una motivación que va más allá de hacer frente a un predicamento o dilema que nos acecha a la OPS y a la comunidad de salud pública, sino para realzar el carácter de urgencia que la plena adopción de Salud para Todos conlleva para el avance de la humanidad, especialmente cuando la crisis lacerante que vivimos clama por un nuevo contrato social e internacional basado en la universalidad, la solidaridad y la equidad.

Convoco al poeta Eduardo Galeano:

“La utopía está en el horizonte,  
me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos,  
camino diez pasos y ella se corre diez pasos más allá,  
por mucho que camine, nunca la alcanzaré.  
Para que sirve la utopía? Para eso: sirve para caminar”

Muchas gracias.

### **Referencias bibliográficas**

1. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional conmemorativa del XXX aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud. [Sitio online]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma\\_ata/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma_ata/es/index.html).
2. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, USSR, 6-12 Septiembre 1978.

- Serie Salud Ginebra; OMS; 1978. 93p. (Salud para Todos, n1) Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra; OMS; 2006. 20p. (Documentos Básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Disponible online: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) .
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra; Suiza; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf) .
5. CARICOM. History of the Caribbean Community. [Sitio online]. Georgetown, 2006. Disponible en: <http://www.caricom.org/jsp/community/history.jsp?menu=community>
6. The World Bank. World development report 1993: investing in health. New York; Oxford University Press; 1993. 344p. Disponible en: [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1993/06/01/000009265\\_3970716142319/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1993/06/01/000009265_3970716142319/Rendered/PDF/multi0page.pdf) .
7. Cornia, G.A; Jolly, R; Stewart, F, comp. - Ajuste con rostro humano. Madrid; Siglo XXI; 1987; 2 v (397; xv, 377 p.)
8. Organización Panamericana de la Salud. - Informe conjunto Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS sobre salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington, D.C; OPS; 1994. 30 p. (SPP22/5 Es).
9. Organización de los Estados Americanos. Primera Cumbre de las Américas, Miami, Florida, 9 al 11 de diciembre de 1994. Plan de Acción. Disponible en: [http://www.summit-americas.org/i\\_summit/i\\_summit\\_poa\\_sp.pdf](http://www.summit-americas.org/i_summit/i_summit_poa_sp.pdf) .
10. Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO; 1985; 18p. (European Health for All Series, n1). Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/PAE/conceptsrpd414.pdf>
11. Sen, A. Development as Freedom. New York; Random House; 2000. 366p.
12. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Final Report: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Ginebra; OMS; 256p. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
13. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro; Editora Fiocruz; 2008. 216 p. Disponible online en: [http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/9/0/1509-Causas\\_Sociais.pdf](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/9/0/1509-Causas_Sociais.pdf)
- 14 World Health Organization. Primary health care. [ Sitio on-line]. Ginebra; OMS; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/)
15. Naciones Unidas. 55a. Asamblea General. Resolución aprobada por la Asamblea General. Declaración del milenio. Nueva York; NU, 10p. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
16. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington; OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica, n 589 ). Disponible en: <http://saludpan.bvsalud.org/>
- 17 Pellegrini Filho, A. Ciencia en pro de la salud: notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe.

Washington, DC; OPS; 2000; (Publicación Científica y Técnica, n 578 ). Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DBI/PC578/PC578\\_C1.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DBI/PC578/PC578_C1.pdf)

18. World Health Organization. World report on knowledge for better health: strengthening health systems. Geneva; OMS; 2004; 162p. Disponible en: [http://www.who.int/rpc/meetings/world\\_report\\_on\\_knowledge\\_for\\_better\\_health.pdf](http://www.who.int/rpc/meetings/world_report_on_knowledge_for_better_health.pdf)

19. Roses, M. Compromiso con la equidad. Presentado en: 9o. Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas, 7o. Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud, ICML9/CRICS7, 20-23 septiembre 2005. Disponible en: <http://www.icml9.org/program/public/documents/MirtaRoses-icml9-apertura-rev-124351.pdf>

20. Organización Mundial de la Salud. Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Salud pública: innovación y derechos de propiedad intelectual. Informe de la Comisión de Derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública. Ginebra;OMS; 2006. 218p Disponible en: <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/SPPublicHealthReport.pdf>

21 . Packer, A. L., Castro, E. (Eds.). Biblioteca Virtual en Salud. São Paulo; BIREME/OPS/OMS; 1998; 122p. Disponible en: <http://www.bireme.br/bvs/por/entresp.htm>

22. Declaración de Salvador sobre “Acceso Abierto”: la perspectiva del mundo en desarrollo. In: 9o. Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas, 7o. Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud, ICML9/CRICS7, 20-23 set. 2005 Disponible en: <http://www.icml9.org/channel.php?lang=es&channel=87&content=437>

23. Anta, R., El-Wahab, S., Giuffrida, A. Mobile Health: The potential of mobile telephony to bring health care to the majority: innovation note. New York; IDB; 2009. 30p. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1861959>

24. Alleyne, George A. O. Información de salud para todos. In: Packer, A. L., Castro, E. Biblioteca Virtual en Salud. São Paulo; BIREME/OPS/OMS; p.17-34. Disponible en: <http://www.bireme.br/bvs/por/pdf/ealley.pdf>

25 Godlee, F. et al. Can we achieve health information for all by 2015? The Lancet 364(9430):295-300. Disponible en: <http://image.thelancet.com/extras/04art6112web.pdf>

26. Gibbons, M et al. The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies. London; Sage; 1994;179p.