



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud  
Cuba

Mahler, Halfdan

El sentido de "la salud para todos en el año 2000"\*

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 35, núm. 4, diciembre, 2009, pp. 3-28

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418848002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## **El sentido de "la salud para todos en el año 2000"\***

### **The meaning of " Health for all in the year 2000"**

**Halfdan Mahler**

Director General de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

---

"La salud para todos en el año 2000" es en la actualidad el objetivo oficial de todos los Estados Miembros de la OMS. ¿Qué significa esa idea? ¿Cuáles son sus ramificaciones? He aquí la explicación del Director General de la OMS.

En los últimos años se han registrado globalmente ciertas mejoras en la situación sanitaria mundial. Así lo prueban las estadísticas. Sin embargo, un recién nacido en algunos países de África no tiene más que un 50% de posibilidades de sobrevivir en la adolescencia, cuatro quintas partes de la población mundial carece de acceso a toda forma de atención sanitaria permanente y tan sólo una de cada tres personas de los países en desarrollo dispone en medida razonable de agua inocua y de un saneamiento adecuado.

Nuestra última evaluación de la situación sanitaria mundial muestra que la reducción de las tasas de mortalidad ha empezado a seguir un ritmo más lento. En ciertos países, las tasas brutas de mortalidad se han estabilizado y en alguno de ellos han efectivamente aumentado. Las tasas de mortalidad infantil siguen siendo elevadas en todos los países en desarrollo y el ritmo de las mejoras ha comenzado a perder intensidad. La tasas de mortalidad en las zonas donde ya son relativamente bajas han empezado a disminuir con un ritmo más rápido que en las zonas donde son elevadas.

Es evidente que los servicios de salud no han conseguido llegar hasta quienes han estado privados de ellos. Más de cinco millones de niños mueren anualmente por enfermedades diarreicas. Ese número es igual al total de niños nacidos anualmente en los Estados Unidos, el Reino Unido, Francia, los Países Bajos y Suecia, países donde las enfermedades diarreicas apenas pasan de ser un problema menor. Más de la mitad del total de defunciones infantiles pueden relacionarse con el funesto complejo de la malnutrición, las enfermedades diarreicas y las enfermedades

respiratorias. Todas esas defunciones podrían ser evitadas; es, precisamente, la falta de una acción eficaz contra esas enfermedades de la pobreza lo que impide seguir reduciendo las tasas de mortalidad. Cuando se ha desarrollado contra esas enfermedades una acción eficaz los resultados han sido espectaculares. Los datos obtenidos en América Latina mediante encuestas transversales de alcance nacional revelan que, a medida que la proporción de defunciones debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias experimenta una reducción aproximada del 22% al 6% de la totalidad de defunciones, la expectativa de vida aumenta de 45 a 68 años, alcanzando así un nivel próximo al de los países desarrollados.

La amenaza de las grandes enfermedades, como el paludismo, la esquistosomiasis, la filariasis, la tripanosomiasis, la leishmaniasis, el cólera o la lepra, o no se ha reducido o ha efectivamente aumentado en el curso de los últimos años. Cerca de una cuarta parte de la población mundial sigue estando infectada por parásitos.

### **Imperativa necesidad del cambio**

Las posibilidades de mejorar la condición humana son, por consiguiente, grandes y la acción a ese efecto requerida, urgente. Las cuatro quintas partes de la población sigue sin tener acceso permanente a servicios de salud y los países no pueden extender sus servicios actuales para proteger a la totalidad de sus poblaciones a un precio que les resulte costeable. Por lo tanto, la salud para todos sigue siendo un sueño y lo seguirá siendo mientras ese sueño se siga formulando en términos puramente tecnocráticos: medicamentos, enfermeras, vacunas, hospitalares, doctores y equipos de rayos X. Para que el sueño se haga realidad es indispensable transformar radicalmente las actuales estrategias de atención de salud. Dichas estrategias han dejado de ser útiles. En realidad, los sistemas de salud de la mayoría de los países en desarrollo sólo tropiezan con problemas.

En primer término, son demasiado escasos los recursos destinados al sector de la salud. Los servicios de salud pública de los 67 países en desarrollo menos adelantados, con exclusión de China, gastan en total menos de lo que los países ricos gastan en tranquilizantes. La suma total destinada a servicios de salud en el Tercer Mundo, incluida China e incluido el sector privado, es poco más de la mitad de lo que el mundo gasta anualmente en cigarrillos. La mayoría de los países en desarrollo asigna menos del 1% de su producto nacional bruto a los servicios oficiales de salud de los que dependen los pobres. Asimismo, en numerosos países en desarrollo el gasto anual per capita en productos farmacéuticos no llega a US\$1, lo que no basta ni siquiera para atender las necesidades más esenciales de medicamentos en la colectividad. El 2%-3% del producto nacional bruto que la mayoría de los países en desarrollo destina a la atención sanitaria sólo representa US\$4-6 per capita. Si dichos países aumentasen realmente su gasto sanitario hasta un 10% anual, en el año 2000 seguirían invirtiendo solamente unos US\$40 per capita, lo que representa menos del 5% de la suma invertida en los Estados Unidos de América en 1979-1980.

En segundo lugar, los escasos recursos disponibles suelen destinarse a atender las necesidades de un 10% a un 15%, solamente, de la población.

En tercer lugar, los países más ricos atraen a los médicos de los más pobres. Más de las tres cuartas partes de los médicos migrantes de todo el mundo pueden encontrarse en sólo cinco países: Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América, el Reino Unido y la República Federal de Alemania. Aunque resulta ocho veces más caro formar médicos que auxiliares médicos, numerosos países siguen concentrándose en la formación de los primeros.

En cuarto lugar, el común de las gentes apenas vigila su propio estado de salud. Sin embargo, si la salud no empieza en el individuo, en el hogar, en la familia, en el lugar de trabajo y en la escuela, nunca alcanzaremos el objetivo de la salud para todos. Incluso en los países industriales, la autoasistencia, la autorresponsabilidad y la acción autónoma del individuo, de la familia y de la comunidad representan entre el 50% y el 60% de la totalidad de la asistencia de salud. Por desgracia, los profesionales de la salud no suelen depositar en los individuos toda la confianza necesaria para que aquéllos adquieran la capacidad de adoptar decisiones por cuanto respecta a su propia salud.

En consecuencia, se acepta hoy a nivel mundial que necesitamos una nueva estrategia para alcanzar nuestro objetivo de la salud para todos. Importa, pues, saber lo que la salud para todos significa.

#### **¿Qué es "la salud para todos"?**

"La salud para todos" significa que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado. Por "salud" ha de entenderse un estado personal de bienestar, es decir, no sólo la disponibilidad de servicios sanitarios, sino un estado de salud que permita a una persona llevar una vida social y económicamente productiva. "La salud para todos" obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, ignorancia, agua no potable y viviendas no higiénicas), así como a resolver problemas puramente médicos, como la falta de médicos, de camas de hospital, de medicamentos y de vacunas.

"La salud para todos" significa que la salud ha de considerarse como un objetivo del desarrollo económico y no sólo como uno de los medios de alcanzar dicho desarrollo.

"La salud para todos" exige, en último término, la instrucción general. Al menos, y mientras esta última no sea una realidad, exige una mínima compresión de lo que la salud significa para cada individuo.

"La salud para todos" depende del progreso ininterrumpido de la asistencia médica y de la salud pública. Los servicios sanitarios deben ser accesibles para todos mediante la atención primaria de salud, gracias a la cual se dispone en cada aldea de atención médica de base, apoyada por servicios de tratamiento más especializado. Asimismo, las campañas de inmunización han de asegurar la cobertura total.

"La salud para todos" es por consiguiente, un concepto global cuya aplicación exige el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, tanto como en la medicina y en la salud pública. La asistencia médica no puede, por sí sola, llevar la salud a una población hambrienta que vive en tugurios. Una población sujeta a esas condiciones necesita un modo de vida totalmente distinto y nuevas oportunidades de alcanzar un nivel más elevado.

Cuando un gobierno adopta "la salud para todos", se compromete a fomentar el progreso de todos los ciudadanos en un amplio frente de desarrollo y está resuelto a estimular a cada ciudadano para conseguir una mejor calidad de vida.

El ritmo que el progreso siga dependerá de la voluntad política. La Asamblea Mundial de la Salud entiende que, si la determinación es suficiente, "la salud para todos" podrá alcanzarse en el año 2000. En función de esa fecha ha de orientarse el desarrollo de las estrategias. Es ésta la Misión de la OMS.

### **La estrategia de "Salud para todos"-Atención Primaria de Salud**

La base de la estrategia de "salud para todos" está constituida por la atención primaria de salud que, según quedó definida en la Conferencia de Alma-Atá, es: \*\*

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Por consiguiente, los tres requisitos previos de la atención primaria de salud son un criterio multisectorial, la participación de la comunidad y la tecnología apropiada; la atención primaria de salud es la base de todos los programas de salud y de la infraestructura sanitaria. Esta estrategia convierte al individuo, a la familia y a la comunidad en el fundamento del sistema de salud y convierte al agente de atención primaria, puesto que es el primer agente del sistema de salud con el que la comunidad entra en contacto, en el trabajador sanitario central.

Sin embargo, la salud para todos en el año 2000 no pasará de ser un espejismo mientras los servicios de salud no sean accesibles para todos y cada uno de los miembros de la comunidad. Es necesario a ese efecto reorientar radicalmente los actuales sistemas de salud en cada país mediante lo que en la OMS se llama "proceso de gestión para el desarrollo de la salud" y mediante la investigación sobre sistemas de salud.

La importancia de cada uno de esos puntos es tan manifiesta que habrán de ser examinados por separado.

#### **Cirugía esencial para la atención primaria de salud**

Bien sé que no faltan manuales de cirugía ni listas de procedimientos quirúrgicos, pero me estoy refiriendo ahora a una lista internacionalmente acordada de procedimientos quirúrgicos esenciales en apoyo a la atención primaria de salud, que ayudaría a los países a establecer sus propias listas, y a determinar los tipos de adiestramiento y de equipo necesarios. Temo que me acusen de querer rebajar sus niveles. No es ése el caso. ¿Cuáles son los criterios para establecer dichos niveles? Si son puramente técnicos, tengo la certeza de que sabrán ustedes mantener la calidad técnica en cualquier propuesta. Vuelvo, pues, a referirme a los criterios sociales, en particular al de la distribución más equitativa de los recursos quirúrgicos. Para la mayor parte de la población mundial la alternativa se sitúa entre el tipo de cirugía esencial seleccionada por la que advoco y la falta absoluta de toda cirugía.

### **El criterio multisectorial**

La salud no existe de modo aislado. Está influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos entre los que existe, en último término, una mutua relación. El estado de salud de los pobres depende en buena medida de una combinación de desempleo (y subempleo), pobreza, bajos niveles de educación, malas viviendas, saneamiento insuficiente, malnutrición y falta de voluntad e iniciativa para introducir cambios positivos. Sería ilusorio esperar que en esas poblaciones se produzcan cambios sanitarios sustanciales mientras no se eliminen o reduzcan dichos obstáculos.

En consecuencia, la gestión sanitaria habrá de considerarse en combinación con otras actividades, como la producción de un volumen mayor de alimentos de más calidad, el mejoramiento de los sistemas de riego y la comercialización de productos. Incluso en los lugares en que la mortalidad infantil es elevada, en que las enfermedades diarreicas y respiratorias predominan y en que no se dispone de servicios sanitarios organizados, la salud y la enfermedad pueden llegar a ocupar un bajo lugar en la lista de las necesidades percibidas como consecuencia de un sistema equitativo de disposiciones legales, reformas agrarias, mejora de la producción y de la comercialización de productos agrícolas, programas de planificación de la familia, buena nutrición y educación sanitaria. Ese resultado no es ilógico. La acción emprendida fuera del sector de la salud puede tener efectos sanitarios mucho mayores que los obtenidos en dicho sector.

Los servicios de salud pública de los 67 países en desarrollo más pobres, con exclusión de China, gastan menos en total de lo que los países ricos gastan en tranquilizantes.

Los protagonistas de cada sector suelen estar convencidos de las supremas necesidades del sector en cuestión, y los responsables de la salud pública no constituyen a ese respecto una excepción. Sin embargo, han de tener una actitud vigilante y han de participar activamente en la asignación general de recursos para objetivos sociales. Los responsables de la salud pública han de estar preparados para defender su causa que, además de sus aspectos humanitarios, debe facilitar la producción de energía y de creatividad humanas en volumen adecuado para promover los esfuerzos sociales y económicos que, a su vez, promoverán la salud.

En principio, los recursos de los distintos sectores deberán aplicarse en armonía y en correcta combinación para alcanzar los objetivos sociales comunes. Se necesita a ese efecto una definición conjunta de dichos objetivos y una apreciación común de los medios necesarios para alcanzarlos. La acción sanitaria puede ser una palanca importante para elevar el nivel de conciencia social y, por consiguiente, el desarrollo social mismo. Los responsables de la salud pública sólo contribuirán eficazmente a promover el desarrollo social, incluida la salud, si han hecho suyo el objetivo social de la salud en la comunidad.

La perspectiva intersectorial no ha de limitarse sólo a la atención primaria de salud, sino que ha de extenderse a todo el sistema de planificación de la acción sanitaria.

No obstante todo lo que se ha dicho acerca de las dificultades de la planificación intersectorial, es posible obtener la participación de otros sectores. Si las

necesidades sanitarias específicas de otros sectores se declaran claramente, las posibilidades de obtener el concurso de los responsables administrativos de dichos sectores serán mucho mayores que cuando sólo se trata de convertirlos por vía teórica a la filosofía del trabajo multisectorial.

### **Participación de la comunidad**

Llegamos ahora a la parte más incitante de nuestro trabajo, por cuanto guarda relación con la incapacidad de la mayoría de los servicios de salud para atender adecuadamente las necesidades de la comunidad. Nos referimos con frecuencia a la "cobertura" de los servicios de salud y, con manifiesto orgullo, afirmamos que tal tipo de servicio se ha establecido para cubrir tal zona en la que viven tantos miles de personas. No parecemos advertir que la cobertura, para ser válida, ha de concebirse en función del contacto productivo entre el servicio de salud y la población para atender necesidades específicas, y que nuestras declaraciones normativas pueden fácilmente deformar la realidad. La realidad es que, de las personas respecto de las cuales se dice que el servicio es disponible, solamente la minoría que vive más cerca del emplazamiento de dicho servicio lo utiliza verdaderamente. Nociones como las de accesibilidad y aceptabilidad raramente son tenidas en cuenta.

Sin embargo, una simple extensión de los servicios de salud convencionales, por muy amplia que la acción de éstos sea en la comunidad, no es fácil que produzca las mejoras necesarias. La salud no es un bien que se da. Ha de ser generada desde dentro. Parejamente, la acción sanitaria no puede ni debe ser un esfuerzo impuesto desde el exterior y ajeno a la población; ha de ser, más bien, una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben, orientada en la práctica de modo que sea aceptable para éstos y debidamente apoyada por una infraestructura adecuada.

#### **Evaluación de la utilidad de una tecnología compleja**

¿Qué intervenciones quirúrgicas son realmente beneficiosas? ¿Qué diagnóstico radiológico es esencial? ¿Cuáles son las pruebas de laboratorio que permiten obtener información esencial y cuáles las que sólo proporcionan información de utilidad marginal? ¿Qué radioterapia prolonga verdaderamente la vida? ¿Qué medicamentos son eficaces e inocuos? ¿Qué psicoterapia es personal y socialmente útil? ¿Qué equipo electrónico para cardiopatías ayuda realmente a salvar la vida? Piénsese en las enormes economías que cabría hacer, por no hablar de la posibilidad de aliviar el sufrimiento humano, si se descubriese una prueba sencilla para determinar qué tipo de enfermos pueden beneficiarse verdaderamente del tratamiento intensivo de las coronariopatías. Piénsese en el enorme aumento de eficiencia que cabría obtener racionalizando el empleo de los costosos equipos radiológicos y de laboratorio.

- H. Mahler en una intervención ante el Congreso de las Asociaciones de Hospitales Americanos y Canadienses, Montreal, Canadá, 29 de julio de 1980.

El espíritu de autorresponsabilidad -individual, familiar, comunitario y nacional- es requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la salud para todos. La autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar libremente su propio destino. Tal noción es la esencia de la atención primaria de salud.

El método que se está adoptando con el fin de alcanzar la salud para todos se basa en el supuesto fundamental de que la salud se hace o se deshace en los lugares en

consiste la salud y es deber de los que lo saben ayudar a los demás a ganar esa comprensión. Han de comprender los individuos que la mala salud no es inevitable y que para poder mejorarlala han de tenerse en cuenta diversos factores de naturaleza política, económica, social, cultural, ambiental, y biológica. Fortalecidos por esa comprensión, estarán en mejores condiciones de explotar los factores favorables a la salud y de combatir los nocivos. Pero, para alcanzar dicha comprensión, es esencial un nivel mínimo de salud. Por consiguiente, la conciencia sanitaria y la conciencia social han de ir estrechamente unidas, remitiendo cada una de ellas a la otra y reforzando progresivamente cada una de ellas a la otra. El proceso sumariamente descrito es lo que se llama participación de la comunidad o, como alguien ha dicho, "la salud como si las personas importasen."

Para tal participación es necesario que las comunidades asuman una responsabilidad mayor en la definición de sus necesidades, en la identificación de soluciones, en la movilización de recursos locales y en el establecimiento de las indispensables organizaciones locales. Se define como una serie de actividades sencillas, que en ningún caso han de ser siempre de naturaleza médica, destinadas a satisfacer las necesidades sanitarias y de la comunidad, y a mejorar la calidad de la vida.

Esa participación de la comunidad puede tener alcance mayor que la organización local de atención de la salud. Puede ayudar a que los dirigentes de la comunidad se comprometan a apoyar las reformas sanitarias requeridas y por medio de ellos puede servir de estímulo a los gobiernos para que adquieran el compromiso político de introducir y mantener dichas reformas.

### **Tecnología apropiada para la salud**

Los 134 gobiernos representados en la Conferencia de Alma-Ata acordaron por unanimidad lo que sigue:

Ha llegado el momento de que todos los niveles del sistema de salud revisen con espíritu crítico sus métodos, técnicas, equipos y medicamentos, con el propósito de utilizar únicamente las tecnologías de valor probado y de costo proporcionado a los recursos disponibles. Para la atención primaria de salud esto es vital, porque hasta ahora ha habido tendencia a concentrar los recursos en beneficio de tecnologías más apropiadas para su empleo en el hospital que en los servicios de primera línea. El alcance y el objetivo de la atención primaria de salud, así como la preparación técnica de los que la dispensan, hace que sea más importante que nunca disponer de una tecnología apropiada.

En la reorientación de los programas de salud hacia el desarrollo y la participación de la comunidad, hacia la atención primaria de salud en sus formas sectoriales e intersectoriales, y hacia una mayor eficacia social, es necesario asumir el concepto de "tecnología apropiada."

Con el crecimiento de los servicios de salud se ha producido un desproporcionado aumento de gastos a favor de una minoría. Seleccionada no tanto por razones de clase o nivel social, sino en razón de la tecnología médica misma. En algunos lugares en que el problema se ha examinado se ha llegado a la conclusión de que se produce un gasto creciente con los individuos en los últimos meses o años que preceden a su muerte, un gasto que no aumenta apreciablemente la expectativa de vida ni hace humanamente tolerables los episodios terminales de la vida de las personas de edad.

En otros países, el aumento de gastos en beneficio de una minoría se ha atribuido al paso de las intervenciones de atención sanitaria a niveles cada vez más elevados de especialización.

Más de las tres cuartas partes de los médicos migrantes de todo el mundo pueden encontrarse en sólo cinco países: Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América, el Reino Unido y la República Federal de Alemania.

A medida que la atención de salud se hace más compleja, se trata de justificarla cada vez más por las acciones mismas que por los resultados obtenidos o por las soluciones dadas a determinados problemas.

Los problemas cambian, las sociedades y las prioridades también cambian y seguirán cambiando. Los instrumentos sociales de acción han de cambiar también. Seguirán surgiendo nuevos tipos de intervención a medida que nuestro conocimiento y nuestra comprensión de los problemas aumentan. Los nuevos tipos de acción han de producir también un cambio en la función de los trabajadores de salud.

El objetivo de "la salud para todos" exige en primer término una tecnología sanitaria científicamente satisfactoria, que la gente pueda entender y aceptar y que quienes no son especialistas puedan aplicar. La identificación o la generación de dicha tecnología forma parte de la revolución de salud comunitaria. No podemos seguir costeando el uso indiscriminado de los métodos, de las máquinas y de las medicinas actuales, muchos de los cuales nunca se han sometido a la evaluación crítica de un ensayo controlado, por no hablar de un análisis adecuado de la relación entre costo y rendimiento. Tenemos que romper las cadenas de la dependencia de una tecnología sanitaria de eficacia no probada, de excesiva complejidad y de enorme costo, desarrollando otro tipo de tecnología que resulte más apropiada por ser técnicamente satisfactoria, culturalmente aceptable y financieramente viable.

Por ejemplo, es de buen sentido social, económico y profesional aproximar la tecnología al consumidor, siempre que esa posibilidad exista. Así, será probablemente más útil facilitar a las madres en los hogares sales de rehidratación para los lactantes que esperar a que las madres lleven a sus hijos a un centro especial donde hagan ese trabajo por ellas. No debe haber secreto alguno acerca del modo en que las enfermedades diarreicas se presentan ni acerca de su tratamiento. No parece haber razón ninguna para que los conocimientos y las prácticas indispensables para abordar ese problema no se difundan en todo hogar particularmente expuesto. Eso es lo que se entiende por "desmistificación" de la tecnología médica, requisito de decisiva importancia para obtener la participación de la comunidad.

La OMS está promoviendo una tecnología apropiada, en primer término para la atención primaria de salud en la comunidad. Más adelante se ocupará de la tecnología apropiada para los servicios especializados.

Una tecnología apropiada para la salud tiene muy importantes repercusiones profesionales, comerciales y, por consiguiente, políticas; con frecuencia entraremos en conflicto con la profesión médica y con las profesiones e industrias afines. Para obtener el éxito es más necesario que nunca trabajar en común, cualesquiera que

sean nuestras capacidades profesionales. Necesitamos tener éxito si realmente hemos de alcanzar en tiempo debido el principal objetivo sanitario. Importa señalar una vez más, para evitar todo equívoco, que en este principio no sólo se aplica a los países en desarrollo; los países más adelantados tienen también mucho que ganar y nada que perder si aportan su concurso a este esfuerzo.

### **Reorientación de los sistemas de salud existentes**

Estos son, por consiguiente, los requisitos previos absolutamente indispensables si se ha de alcanzar la salud para todos en el año 2000: criterio multisectorial, participación de la comunidad, tecnología apropiada para la salud y cobertura total por parte de los servicios de salud, que se extenderá a las partes más remotas del país y a los miembros más pobres de la sociedad.

Sin embargo, ni siquiera esta estrategia puede, por sí sola, asegurar el éxito; únicamente resultará eficaz si se considera como parte de un esfuerzo sincero, determinado y continuo de reorientación de los sistemas de salud existentes con el fin de que éstos puedan asumir las funciones específicas que les corresponderán en el decenio de 1980, en el decenio de 1990 y en los primeros decenios del tercer milenio.

Es particularmente importante conseguir que el sistema de salud en su totalidad evolucione de conformidad con la orientación y el contenido de las nuevas políticas, estrategias y planes de acción, y que la atención primaria de salud y sus elementos de apoyo no se conviertan en un sistema paralelo o "pariente pobre" del sistema existente. Al facilitar el adecuado apoyo a la atención primaria de salud en todos los niveles, los gobiernos han de tener en cuenta que las funciones del sistema de salud existente pueden ser muy distintas de las requeridas por las nuevas políticas, estrategias y planes de acción. Los gobiernos tendrán que examinar cómo se ejecutan los programas, cómo se organizan los servicios, cómo funcionan y se coordinan las instituciones y cómo se emplean los recursos y las energías. El objetivo de ese examen será coordinar los esfuerzos para dar efecto a las nuevas políticas.

#### **La ayuda requerida**

El 80 % [del coste de la atención primaria de salud] que en definitiva ha de ser financiado por los países en desarrollo incluirá partidas como los sueldos del personal y gastos afines, los gastos ordinarios de adquisición de suministros y mantenimiento y reparación de locales y equipo, y el reembolso de préstamos. Correspondrá, por consiguiente, a los países desarrollados una transferencia neta situada entre 16 mil millones y 40 mil millones de dólares en los 20 años próximos, lo que equivale anualmente a una suma situada entre 800 millones de dólares y 2 mil millones de dólares. Esas sumas representan una proporción situada entre un cuarto por ciento y algo más de un medio por ciento total invertido en servicios de salud por los países industrializados.

- H. Mahler en el texto presentado a la Comisión Brandt, 1979.

Una vez más citaremos el informe de Alma-Atá, que dice así:

...las actividades de atención primaria en la comunidad necesitan el apoyo de otros servicios que ocupan distintos niveles. Esos servicios de consulta y envío de casos están atendidos por un personal más capacitado que está en condiciones de

ocuparse de una gama cada vez más amplia de intervenciones especializadas que requieren una tecnología más elaborada que la que puede proporcionarse en el nivel de la comunidad.

En esos servicios de consulta y envío de casos habrá que prestar atención muy especial a los que, en la cadena del sistema de salud, constituyen el eslabón más próximo a los servicios de atención primaria. En particular, es necesario examinar las funciones, la dotación de personal, la planificación, la estructura, el equipo, la organización y la administración de los centros de salud y los hospitales de distrito, a fin de prepararlos para su ampliación de funciones en apoyo de los servicios de atención primaria de salud. Esos establecimientos tendrán que desempeñar nuevas funciones en respuesta a las necesidades de la atención primaria. Como los problemas se plantearán en una escala más amplia que los problemas clínicos de los enfermos graves, será también preciso dar a los servicios mayor extensión. Habrá de figurar entre ellos la formación continua, la orientación y la supervisión del personal de salud que trabaje en la comunidad y la educación sanitaria de la comunidad. Esos establecimientos tendrán que dar orientaciones sobre medidas sanitarias y habrán de difundir información sobre métodos de lucha contra las enfermedades, que se adapten a las condiciones locales. Tendrán que prestar apoyo logístico en el abastecimiento de plaguicidas, medicamentos y equipo sanitario y médico. Desde luego, seguirán proporcionando asistencia clínica especializada para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Entre sus funciones se contará también la de servir de enlace y órgano de gestión con otros sectores que, en el nivel administrativo apropiado en cada caso, intervengan en el desarrollo social y económico. Esa actividad extramuros es indispensable para fomentar la confianza en la totalidad del sistema y para no recargar las instituciones de envío de casos con personas que no necesiten sus servicios y que puedan ser atendidas en la comunidad en el marco de la atención primaria de salud.

En el curso de los últimos años, el sistema de prestación de servicios de salud ha resultado ser un niño desatendido. De conformidad con el principio de prestar atención mayor a los desfavorecidos, es imperioso emprender una acción urgente para modificar la situación. Es comprensible que se hubiese desatendido el sistema de prestación de servicios de salud cuando el tipo de atención sanitaria prestada no era en absoluto clara. Ahora, después de haber acordado en Alma-Ata en qué debe consistir ese tipo de atención, podemos ocuparnos de la reorganización de la infraestructura sanitaria. Si los países dejan que todos sus programas se desarrolle por separado y utilizan la infraestructura sanitaria como receptáculo pasivo de dichos programas, nunca conseguirán establecer un sistema asistencial equilibrado cuyo coste puedan financiar. La infraestructura sanitaria ha de desempeñar, por consiguiente, una función principalísima en la incorporación de los diferentes programas de salud en un sistema unificado. Tal criterio ha de aplicarse no sólo en las grandes ciudades -lo que ya es bastante difícil- sino también, y especialmente, en las zonas rurales y en las barriadas urbanas pobres.

### **Programas sanitarios de alcance nacional**

Los tres componentes que hemos examinado concurren en formar una infraestructura de atención de salud de la comunidad para la ejecución de programas sanitarios de alcance nacional. Planificados en cooperación con otros sectores del desarrollo y en consulta con la comunidad local en todas las fases, los programas de alcance nacional estarán a cargo de trabajadores de salud primaria que harán pleno uso de la tecnología apropiada. Se recurrirá a los servicios especializados, a los hospitales y a otros elementos del sistema de salud cuando se necesiten para apoyar los programas a título auxiliar.

El espíritu de autorresponsabilidad -individual, familiar, comunitario y nacional- es requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la salud para todos. La autorresponsabilidad permite a las personas desarrollar libremente su propio destino. Tal noción es la esencia de la atención primaria de salud.

El compromiso respecto de la atención primaria de salud supone que ha de organizarse el sistema sanitario con el fin de apoyar y seguir desarrollando dicha atención primaria. Quiere ello decir, en esencia, que el sistema sanitario asume la responsabilidad de satisfacer las necesidades fundamentales de atención de salud en las zonas remotas e inaccesibles. La experiencia obtenida en un número considerable de países muestra que los programas pueden planearse y ejecutarse de modo que la población de dichas zonas esté tan bien atendida como las de las regiones más pobladas y que pueden establecerse infraestructuras sanitarias que respondan auténticamente a las necesidades de la población. En breve, la infraestructura sanitaria tiene la obligación de ejecutar programas sanitarios de alcance nacional con objetivos bien definidos y una tecnología aceptada. Debe haber desde el principio un acuerdo acerca de la acción que han de emprender los individuos, las familias y las colectividades, así como el sector de la salud y otros sectores, para conseguir la cobertura de la totalidad de la población, progresivamente si fuese necesario.

El nivel del sistema de salud más próximo al nivel de la atención primaria ha de ocuparse de apoyar, formar y orientar a los agentes de salud de la comunidad, de educar a la comunidad misma en cuestiones de salud, de facilitar asistencia clínica especializada y de cooperar con otros sectores interesados en el desarrollo social y económico.

### **Procesos de gestión para el desarrollo de la salud**

Las tecnologías sanitarias, por apropiadas que puedan ser, han de aplicarse debidamente siempre que sean necesarias como parte de los programas de salud, que a su vez han de estar integrados en sistemas de prestación de asistencia sanitaria. Se requiere a ese efecto competencia administrativa que con demasiada frecuencia falta. Disponemos de especialistas técnicos de todos los tipos en los países y en la OMS. Tenemos, en cambio, un número demasiado reducido de especialistas en la compleja disciplina del desarrollo de la salud, es decir, muy pocas personas que hayan incorporado los principios del desarrollo de la salud, que puedan generarlo, planificarlo, programarlo y presupuestarlo, ponerlo en práctica, vigilarlo y evaluarlo, que puedan movilizar a esos efectos el conocimiento especializado de todas las otras disciplinas en los sectores sanitario, político, social y económico, y que puedan conocer, dominar y resumir la información requerida para todas las actividades. Tal es la tarea que respecto de la contratación y la formación de personal nos espera. Es necesario que formemos personas con esa capacitación y en número suficiente dentro de los mismos países, si queremos que éstos progresen realmente en la aplicación de sus estrategias de desarrollo de la salud. Son muy pocos o ninguno los programas de formación en los que se prepara adecuadamente a los administradores sanitarios para desempeñar esas funciones.

La gestión del desarrollo de la salud tiene una significación múltiple. Sus componentes son la programación sanitaria nacional, el establecimiento de presupuestos por programas, la evaluación de programas y el apoyo a los sistemas de información sanitaria. Supone un cambio radical respecto de la presente situación en la que se destinan fondos limitados a proyectos que con frecuencia no

ni se conciben en función de las prioridades nacionales de orden sanitario y social. Obliga, ante todo, a formular políticas nacionales de salud y a transformarlas en planes viables, lo que incluye la definición precisa de las prioridades. Los programas prioritarios han de quedar debidamente formulados. Se trata de procesos de alcance nacional destinados a estimular la acción comunitaria, con la que se asegurará la identificación de las necesidades de salud y las respuestas adecuadas de orden social, técnico y político. Esos procesos nacionales han de incluir el establecimiento de presupuestos sanitarios por programas de alcance nacional, que sean reflejo de las políticas sociales. A este último efecto, habrá que asegurar la asignación preferente de recursos a los programas que hayan sido definidos como prioridades sociales y a los servicios e instituciones encargados de ejecutar dichos programas. El proceso, en su totalidad y en sus componentes individuales, ha de ser vigilado e inspeccionado. También deberá evaluarse para asegurar una mejora continua y se procurará que reciba en todo momento el apoyo informativo adecuado.

Por consiguiente, el proceso de gestión para el desarrollo de la salud puede ayudar a los países a utilizar mejorar tanto sus propios recursos como los recursos de la OMS. Es muy poco lo que cuesta a la OMS promoverlo. Su posible rendimiento sobrepasa considerablemente a su coste, siempre que se aplique en la forma debida. Se ha introducido ya en más de 30 Estados Miembros; sin embargo, son pocos los que han proseguido el esfuerzo inicial mediante el establecimiento de un proceso continuo. Se espera que, a medida que ese proceso gane impulso, quepa organizar programas de salud en mayor escala que puedan financiar en forma combinada los organismos nacionales e internacionales.

### **Investigaciones sobre sistemas de salud**

La reorientación de los sistemas de salud existentes y el desarrollo paralelo de un proceso satisfactorio de gestión para el desarrollo de la salud son requisitos indispensables si se quiere que la salud para todos en el año 2000 pase del orden de las ideas abstractas al orden de la realidad. Cabe preguntarse, sin embargo, si es posible reorientar un sistema de salud existente sin conocer a fondo su funcionamiento, sus deficiencias e imperfecciones, los cambios que han de introducirse y el orden de prioridad que dichos cambios deben seguir.

La investigación sobre sistemas de salud, es decir, el estudio del funcionamiento de los distintos componentes de un sistema de salud y de los posibles modos de perfeccionarlos, exige atención mucho mayor que la que hasta ahora ha recibido, si los países han de realizar progresos efectivos en la organización y la gestión de la atención de salud. Nos ha faltado hasta ahora imaginación social, nos ha sobrado teoría y, probablemente, nos hemos excedido en el deseo de perfección. Actualmente, una vez reconocido que la investigación es una actividad nacional respecto de la cual actúa la OMS como promotora y coordinadora de todos los aspectos que requieren colaboración internacional, hay motivos suficientes para esperar que la investigación sobre sistemas de salud adquiera un carácter predominantemente práctico y se relacione estrechamente con la prestación de asistencia sanitaria. Por otra parte, ese tipo de investigación ha de apoyar a otros componentes de la investigación sanitaria y ser, a su vez, apoyada por éstos, de modo que las investigaciones de laboratorio, clínicas, epidemiológicas, ecológicas y sobre sistemas de salud formen un proceso continuo, estrechamente vinculado a la prestación efectiva y eficaz de atención sanitaria basada en los conocimientos existentes.

Hay, en todo el mundo, una lamentable escasez de investigadores especializados en sistemas de salud. El hecho no es sorprendente, ya que, no obstante el entusiasmo inicialmente suscitado hace alrededor de 20 años, ese tipo de investigación ha estado lejos de ganar respetabilidad, sobre todo entre los especialistas en ciencias biomédicas. Sin embargo, los hombres de ciencia han de asumir la responsabilidad de conseguir que los resultados del progreso científico sirvan para asegurar el bienestar de la humanidad en su conjunto. Si los métodos científicos convencionales no permiten resolver los problemas prácticos de la prestación de asistencia sanitaria, deberán ser desechados para buscar nuevos métodos de mayor utilidad social.

**Es mucho lo que los países más desarrollados tienen que ganar...**

Cuarenta y nueve millones de americanos viven en zonas oficialmente identificadas como médicaamente desatendidas, 22 millones en zonas urbanas y 27 millones en zonas rurales. El 14% de la población no tiene un dispositivo regular de asistencia médica. Entre 20 y 25 millones de americanos – pobres o en situación de cuasi pobreza – carecen de seguro médico, y 19 millones de americanos están inadecuadamente protegidos por dicho seguro. Otros 46 millones de americanos no están adecuadamente asegurados en caso de facturas médicas elevadas. Casi la mitad del total de personas cuyos ingresos se sitúan por debajo del nivel federal de pobreza no están cubiertas por el sistema de Medicaid.

H. Mahler en una intervención ante el Congreso de Asociaciones de Hospitales Americanos y Canadienses, Montreal, Canadá, 29 de julio de 1980, con datos procedentes del estudio efectuado en los Estados Unidos acerca del logro de la salud para todos en el año 2000.

### **Cooperación no confrontación**

El objetivo de la salud para todos fue concebido, ciertamente, en un clima de optimismo político, hace solamente muy pocos años. Se creía aún en ese momento que, no obstante la diferencia ideológicas y los enigmas económicos, nuestro mundo está tratando de superar de algún modo una situación sin salida e iba a sustituir la confrontación por la cooperación. Estamos empezando ahora a ver signos inequívocos de que esa tendencia empieza a cambiar y de que, una vez más, el mundo tiende a dividirse. Sin embargo, hemos de seguir esforzándonos para encontrar puntos de cooperación, incluso en zonas de confrontación. Todos los actores del drama que actualmente se representa en el sector de la salud -los gobiernos del Norte y los gobiernos del Sur, sus entidades médicas, científicas e industriales, y la burocracia sanitaria internacional- tendrán que desplegar un decidido esfuerzo para reducir las zonas de fricción y extender las zonas de cooperación.

### **Cooperación técnica**

En el curso de los últimos años se ha producido una importante evolución en los criterios que inspiran la acción de la OMS en los países. En el decenio de 1950, esas

actividades tendían a basarse en la noción de asistencia técnica, frecuentemente estructurada según el modelo de proyecto de ayuda. Este tipo de asistencia técnica, que suponía una relación de donante a beneficiario sin intercambio mutuo, era facilitado de modo fragmentario por los donantes sin que fuera necesariamente de primordial interés en función de las necesidades del desarrollo sanitario o socioeconómico del país interesado.

La OMS realizó cierto de volumen de trabajo técnico de excelente calidad, pero en un número de sectores más bien reducido. Se produjo después de un movimiento de reflexión en el decenio de 1960, al advertir que, aun siendo muy positivo combatir el paludismo y otras enfermedades transmisibles, no se consigue así llevar la salud a la población en sus comunidades locales.

Los tiempos han cambiado. Los países han manifestado un creciente deseo político de sustituir la relación tradicional entre donante y beneficiario por un concepto nuevo de la cooperación técnica, en virtud del cual los Estados Miembros se sirven de su Organización para definir y alcanzar objetivos de política social y sanitaria determinados por sus propias necesidades. Los programas de salud concebidos con este criterio tienen como objeto promover la autorresponsabilidad nacional en el desarrollo de la salud. Por consiguiente, incumbe a la OMS en los programas de cooperación técnica la función de apoyar el desarrollo nacional de la salud.

Se han propuesto diversos criterios para definir la cooperación técnica. Puede entenderse ésta como un conjunto de actividades con un alto nivel de interés social para los Estados Miembros por estar orientadas en función de objetivos definidos de salud y por contribuir directa y sustancialmente a la mejora del estado de salud de la población con métodos que los países pueden aplicar de inmediato y a un precio que pueden actualmente costear. Al formular estas actividades, importa tener siempre en cuenta el principio fundamental de la cooperación técnica en el curso del próximo decenio, es decir, el desarrollo de la autorresponsabilidad en cuestiones de salud. La idea de que la OMS ha de hacer algo por los países ha cedido paso a la cooperación con los países y al fomento de la cooperación entre los países mismos con objeto de ejercer en común un efecto duradero en el desarrollo de la salud.

Al formular esas actividades, importa tener siempre en cuenta el principio fundamental de la cooperación técnica en el curso del próximo decenio, es decir, el desarrollo de la autorresponsabilidad en cuestiones de salud.

Esta nueva manera de entender la cooperación técnica es parte de un proceso más amplio de desarrollo de la salud, en el cual ésta última contribuye al desarrollo económico y social, a la vez que se beneficia de él.

### **El diálogo Norte-Sur**

Todavía no se sabe con precisión en qué medida están preparados los países desarrollados para ayudar a los países en desarrollo a alcanzar el objetivo de la salud para todos. El Sur, después de haber decidido que su objetivo social es la salud para todos y que su principal instrumento es la atención primaria de salud, tiene ahora muchas más autorresponsabilidad en cuestiones de salud. Puede ahora, simultáneamente, plantear al Norte la situación en los siguientes términos.

Nosotros, para alcanzar nuestra meta colectiva de la salud para todos, estamos dispuestos a hacer entre el 95% y el 97% del trabajo. ¿Nos será posible contar con esa proporción del 2% al 3% de ayuda que es esencial para nuestra proporción del 95% al 97% de resultados óptimos?

¿Por qué motivo ha de aportar su ayuda el mundo desarrollado? Porque en ese proceso de ayuda no hará más que ayudarse a sí mismo. Tomemos el caso de la erradicación de la viruela. Paradójicamente, son los países ricos los que están haciendo, según una estimación moderada, economías anuales por valor de dos mil millones de dólares. Parecería razonable que, por lo menos, la mitad de esos beneficios revirtiesen en los países en desarrollo; estos últimos participaron, en buena medida, en la campaña, para favorecer a los países desarrollados. En África, por ejemplo, la viruela no se manifestaba en forma muy grave. Era posible convivir con ella. En una zona donde un millón de niños muere del paludismo, no es lo más importante erradicar la viruela. Sin embargo, fiel a su compromiso de solidaridad mundial, África tuvo que erradicar la viruela. He ahí un excelente ejemplo de la interdependencia de las naciones de todo el mundo en cuestiones de salud. Ninguna nación vive en el aislamiento. La salud es indivisible.

Si embargo, es probable que donde los países desarrollados ganen más es en el conocimiento de cómo han de abordar sus propios problemas de salud mediante la aplicación de métodos que se están desarrollado en el Tercer Mundo, lo que supondría una especie de transferencia revertida de tecnología. Será más fácil comprender los auténticos problemas de salud del Sur una vez que el Norte advierta la increíble irracionalidad de sus propios sistemas sanitarios. Será éste un factor suplementario que contribuirá a la verdadera solidaridad mundial, que es indispensable si se quiere alcanzar la salud para todos los pueblos del mundo. Los países desarrollados han empezado a comprender los enormes beneficios que pueden derivar de una nueva ordenación del desarrollo. El hecho ya ha empezado a producirse; en efecto, pueden ustedes abrir el informe de la Comisión Brant y ver como se está comprendiendo por vez primera que interesa a los países más desarrollados generar mercados en el mundo en desarrollo. Sólo así podrán dichos países mantener su potencial de desarrollo. Tal principio está en la actualidad aceptado. Falta todavía mucho para trasladarlo a la acción. Sin embargo, si pensamos en la convergencia de todos esos movimientos, no resulta ilusorio el objetivo de la salud para todo en el año 2000.

### **La profesión médica**

Cualquier observador atento de las escuelas de medicina comprobará con perplejidad con cuanta frecuencia los sistemas educativos de dicha escuelas están aislados de los sistemas de servicios de salud de los correspondiente países. Son muchos los países donde dichas escuelas y facultades son, en efecto, las proverbiales torres de marfil. Preparan a sus alumnos en función de ciertos "niveles académicos" elevados, oscuros, mal definidos y supuestamente internacionales, y en función de necesidades vagamente percibidas del siglo xxi, con un considerable olvido e incluso ignorancia de las imperiosas necesidades de salud de la sociedad de hoy y de mañana.

Una tecnología apropiada para la salud tiene importantes repercusiones profesionales, comerciales y, por consiguiente, políticas, con frecuencia entraremos en conflicto con la profesión médica y con las profesiones e industrias afines.

La mayoría de las escuelas médicas de todo en el mundo preparan a sus alumnos no para atender la salud de la población, sino para dedicarse a una práctica médica incapaz de ver más que la enfermedad y la tecnología que permite abordarla. A veces, llega incluso a formularse esta cínica pregunta: importa realmente que tipo de doctores preparamos?

Sin embargo, es la sociedad la que, al fin y al cabo, paga la factura de cuanto ocurre en el sector de la salud, la que espera de nosotros que preparamos médicos para desempeñar una función social en respuesta a las necesidades y demandas de orden sanitario de la comunidad a la que dichos médicos van a servir. La escuela de medicina es un elemento integrante de la sociedad, un instrumento de capacitación para trabajar en la sociedad y a favor de ésta. A ese efecto, hemos de empezar por examinar cuidadosamente la situación que los graduados habrán de afrontar cuando abandonen la escuela de medicina, con el fin de poder prepararlos debidamente. Hemos de plantearnos, en consecuencia, algunas precisas cuestiones.

— ¿Piensan y actúan los graduados en función de la "salud" más bien que en función de la "enfermedad"? Es decir, ¿aplican técnicas de prevención y de promoción de la salud y no solo técnicas de tratamiento y de rehabilitación?

— ¿Piensan y actúan los graduados en función de la familia y de la comunidad más bien que en función del enfermo individual?

— ¿Piensan y actúan los graduados como miembros de un equipo de salud formado por médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud, así como por especialistas en ciencias sociales?

— Piensan y actúan los graduados en función del uso óptimo de los recursos financieros y materiales disponibles?

— ¿Piensan y actúan los graduados en función de las características nacionales de la salud y de la enfermedad y en función de las correspondientes prioridades?

Cuando la respuesta a todas esas preguntas es afirmativa, puede decirse que la escuela de medicina ya ha adelantado mucho en la preparación de graduados cuyo adiestramiento corresponde a las necesidades de salud de la sociedad moderna. En cambio, cuando algunas de las respuestas no sean inequívocamente afirmativas, urgirá reexaminar todos los criterios y programas de la escuela de que se trate.

Sin embargo, los médicos y otro personal de salud tienden a adaptarse al sistema sanitario existente, aun cuando estén preparados para desempeñar funciones considerablemente distintas. Por consiguiente, será necesario cambiar primero el sistema de salud y adiestrar después a los médicos en función del sistema.

**Salud y desarrollo socio-económico**

Si por salud para todos hubiera que entender médicos y enfermeras suficientes para corregir todos y cada uno de los males y los achaques... es evidente que la propuesta no sería realista. Pero no se trata de eso, ni de suprimir de raíz las enfermedades y las incapacidades; se trata de tomar una perspectiva distinta de la salud considerándola en el contexto más general de su contribución al desarrollo socioeconómico y de su promoción por el desarrollo socioeconómico, hasta que todas las personas estén en condiciones de llevar una vida social y económicamente satisfactoria. Se trata de que todos utilicen métodos mejores para prevenir las enfermedades y para aliviar las afecciones y las incapacidades inevitables, para favorecer el crecimiento de los niños y para aprender a envejecer y a morir con dignidad.

H. Mahler, *Salud Mundial*, noviembre de 1970.

Si queremos un sistema que sea accesible a todos los miembros de la comunidad, que se interese por la promoción de la salud de toda la comunidad y en el que las principales decisiones acerca de la salud sean adoptadas y ejecutadas por la comunidad, el médico tendrá que ser solamente uno de los componentes que un grupo, cada uno de cuyos miembros desempeña la función para la que ha sido preparado y que está orientado a la identificación y a la solución de los problemas prioritarios de salud de la comunidad.

Afrontamos aquí un dilema. La actual comunidad de profesionales de la salud tiende a oponerse al establecimiento de un sistema sanitario de esa índole. La corporación médica imagina con dificultad las posibilidades de cambio. La respuesta incumbe a los gobiernos nacionales.

Por fortuna, se ejerce una presión creciente sobre los responsables de la preparación de personal de salud. En todos los niveles del desarrollo de recursos de personal han de adoptarse conceptos nuevos y revolucionarios. Es necesario reorientar al personal de salud existente y establecer nuevas categorías de personal. Habrá que revalorar la función de los curanderos y de las parteras tradicionales. Cada miembro de la familia ha de aceptar una nueva responsabilidad respecto de su propia salud y la salud de sus allegados. Sin embargo, el verdadero éxito no se alcanzará mientras no se adopten algunas decisiones políticas difíciles. No podemos dejarnos engañar por el sueño romántico de un rápido cambio de actitudes. Tendremos que provocar de algún modo en dichas profesiones una actitud que les haga ver las ventajas de sobreponer, cuando menos, el presente estado de pasividad.

Los profesionales de la salud deberán ver con satisfacción que, sin perjuicio de sus funciones clínicas, se les ofrezcan nuevas funciones, como las de dirigentes sanitarios, educadores, orientadores y generadores de técnicas más sencillas y socialmente aceptables. Para desempeñar dichas funciones, necesitarán una combinación de sagacidad, conocimientos científicos y técnicos, conciencia social,

competencia administrativa y, sobre todo, capacidad de persuasión política. ¿Cuánto tiempo seguirán eludiendo esas interesantes tareas?

Las profesiones sanitarias no tienen la exclusiva de los criterios conservadores. La economía clásica también corre el riesgo de alejarse de los objetivos de la sociedad confundiendo crecimiento económico y desarrollo y exigiendo continuamente la prueba económica de los beneficios sociales. ¿Cabe siempre expresar dichos beneficios en términos económicos? La proposición inversa es sin duda la cierta: el desarrollo ha de ser probado en términos sociales. Ha de permitir, en efecto, aumentar las energías de la población, estimular su capacidad de creación y elevar la calidad de la vida. El mayor potencial energético que hay en el mundo es la energía humana y la salud es el combustible que puede engendrarla.

### **La comunidad científica**

Para alcanzar nuestra meta sanitaria mundial, hemos de trabajar en contacto estrecho con la comunidad científica. Los científicos se están interesando en los problemas de importancia social y en la equidad social. Aumenta la desilusión producida por las investigaciones que no desembocan en la acción sino en la necesidad de nuevas investigaciones. Piénsese en el millón de niños que mueren anualmente en África a causa de paludismo tropical. Es posible movilizar suficiente conciencia social entre personas que intervienen en la investigación sanitaria para decir que ese hecho no puede ser tolerado cuando tenemos tan fantásticos instrumentos científicos a nuestra disposición; sin embargo, muchos de esos instrumentos han de ser afinados y la comunidad científica tiene a ese propósito una función esencial que cumplir. Actualmente, sobre todo gracias a los programas de investigación de la OMS sobre enfermedades tropicales y reproducción humana, hemos empezado fortalecer la capacidad de investigación biomédica en los países en desarrollo.

Los especialistas de otros muchos sectores científicos tendrán que aportar su competencia y su capacidad creadora, que se necesitan imperiosamente para dar soluciones sencillas y prácticas a los numerosos problemas que todavía no han encontrado respuesta adecuada. Para ser realmente útil, su trabajo deberá orientarse mucho más a la solución práctica de problemas. Wernher von Braun dijo en una ocasión: "Investigación básica es lo que yo hago cuando no sé lo que hago". Sin tratar en ningún caso de denigrar ese tipo de "investigación básica", hemos de persuadir a los científicos de que la solución práctica de problemas y la investigación y el desarrollo son tan importantes como las investigaciones de alta complejidad asociadas con la imagen del "investigador de la torre de marfil."

### **El conflicto con la industria**

Los conflictos con la industria son los más difíciles de resolver. La industria farmacéutica, la industria del tabaco, la industria del equipo médico afectan todas ellas a la salud de la población, sea negativa o positivamente, o de ambos modos. La OMS puede ayudar a los Estados Miembros que tropiezan con dificultades políticas para resolver dichos conflictos facilitándoles la plataforma neutral de la Organización.

Examinemos, por ejemplo, el problema de los medicamentos. Los países en desarrollo tropiezan con graves dificultades para formular una política farmacológica nacional a causa de la resistencia de los especialistas médicos o de los médicos generales, que con frecuencia han estado influenciados por la industria farmacéutica internacional. Sin embargo, médicos extremadamente competentes

reunidos por la OMS y procedentes de todo el mundo, han afirmado que un concepto como el de medicamentos esenciales es perfectamente válido. Los medicamentos esenciales, que permiten abordar la inmensa mayoría de los problemas incluso en sociedades relativamente complejas, dan un total de 200, aproximadamente. Sin embargo, en el caso de los habitantes de las zonas rurales y de las zonas pobres de las ciudades, cabe hacer grandes milagros con menos de 30 medicamentos bien escogidos. Sin esos medicamentos, los programas de atención primaria de salud no podrán ejecutarse. Hemos de tener la certeza de que podremos disponer de penicilina para los niños con neumonía. Ha sido la función de árbitro neutral desempeñada por la OMS lo que ha permitido comprender que nada hay de vergonzoso en hablar de medicamentos esenciales. La responsabilidad revierte ahora a los gobiernos. ¿Pueden ahora reunir a sus expertos y aplicar ese principio?

Según resultados recientes de estudios en pequeñas escala practicados en países en desarrollo, cabe obtener mejoras considerables en el nivel de salud de la población con una inversión que se situaría solamente entre el 0,5% y el 2% del producto nacional bruto por habitante, lo que supone unos pocos dólares al año.

En el conflicto acerca de la comercialización de alimentos para lactantes también ha tenido intervención principal la OMS facilitando una plataforma neutral. Lo que conseguimos no fue un milagro; sin embargo si se compara con la situación de hace 10 años, ha de considerarse notable que la industria, las organizaciones no gubernamentales y los Estados Miembros hayan podido llegar a ese tipo de acuerdo. Ahora los Estados Miembros disponen de un código aplicable a la comercialización de los alimentos para lactantes, que pueden adaptar a sus particulares condiciones.

Facilitar una plataforma neutral y suscitar un consenso no siempre es suficiente en ese tipo de conflictos. En el caso de los medicamentos esenciales, por ejemplo, estamos interviniendo ahora en cuestiones relacionadas con la tecnología, la producción las patentes y las marcas comerciales, elementos todos ellos de un nuevo orden económico internacional en el más amplio sentido posible de la expresión. La OMS ha organizado el escenario; han de representar ahora sus respectivos papeles otros organismos, como la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial y el Banco Mundial. El programa de medicamentos esenciales, no obstante sus imperfecciones, ha suscitado ya una alentadora respuesta por parte de un número considerable de países en desarrollo que ahora formulan sus políticas farmacológicas nacionales, y por parte de Estados Miembros de la Región del Pacífico Occidental, que bajo los auspicios de la OMS, han llegado a un acuerdo de compra colectiva, lo que les permitirá negociar en posición mucho más fuerte que hasta la fecha con los abastecedores de medicamentos.

No obstante, el ritmo del programa de medicamentos esenciales es demasiado lento; la OMS, por si sola, carece de la capacidad social y económica necesaria para acelerar el proceso. Necesitamos, pues la participación de la ONUDI, de la UNCTAD, de la propia industria farmacéutica y de los Estados Miembros para poder superar las presiones normales del mercado que se oponen al progreso. Un sorprendente ejemplo de ese tipo de presiones se produjo en una conferencia en la que el portavoz de la industria afirmó que la producción de vacunas y sueros era tan competitiva que la propia industria estaba perdiendo interés en ella. ¿Qué conclusión cabe derivar de una afirmación de esa naturaleza? Si se desea la salud para todos, si desea evitar que seis millones de niños mueran cada año a causa de

vacunar anualmente a un número de niños que oscila entre 100 y 120 millones. Es necesario a ese efecto conseguir vacunas a un precio módico. Pero una vez que el precio ha bajado, no se pueden conseguir los productos. Sólo cabe concluir que no podemos seguir considerando esos componentes decisivos de la salud de las personas como productos de consumo del mercado ordinario. Es necesario eximirlos de las leyes del mercado y encontrar otros medios de producir dichos medicamentos esenciales. Nada será más útil en este sector que el esfuerzo mancomunado de los países para intercambiar tecnología, información y experiencias y para reforzar en común sus posiciones de negociación.

¿Cabe expresar los beneficios sociales en término económicos? La proposición inversa es sin duda la cierta:  
¿el desarrollo ha de ser probado en término sociales?

### **La voluntad política**

Para concentrar los esfuerzos en el establecimiento de sistemas de salud basados en la atención primaria con el fin de ejecutar programas destinados a alcanzar la meta de la salud para todos, para introducir las reformas necesarias que han de asegurar la eficacia y la efectividad de dichos programas y para que sean aceptados los correspondientes métodos de financiación, es indispensable adoptar importantes decisiones políticas a nivel nacional, regional y mundial; en breve, es indispensable una voluntad política.

Por si sola, la política de los departamentos ministeriales no será suficiente. La salud para todo no se conseguirá sin el compromiso de los gobiernos, de los grupos y comunidades de gobiernos que vean en el desarrollo de la salud una parte integrante del desarrollo socioeconómico. Pueden encontrarse expresiones de ese compromiso político en una resolución reciente de la Asamblea General de las Naciones Unidas\*\*\* y en las declaraciones de grupos de países, como los constituidos por la Organización de la Unidad Africana y el Movimiento de los no Alineados. Sin embargo, los ministerios de salud pueden desempeñar importantes funciones directivas, sobre todo si su actividad se realiza y se orienta más hacia el ejercicio de tales funciones. Función primaria de un ministerio de salud robustecido es la de asumir la iniciativa en la introducción de nuevas ideas políticas. En muchos países, los ministerios de salud no parecen tener autoridad oficial requerida para conseguir que se preste la debida atención al desarrollo de la salud; sin embargo, si se atrevieran a asumir más iniciativas en el orden de las ideas, verían robustecida su influencia en la formulación de medidas sociales a nivel político. Esa acción directiva es extremadamente necesaria para promover la confianza pública.

#### África apunta alto

Con objeto de determinar los progresos realizados hacia el logro de la salud para todos en el año 2000 será necesario que cada país disponga de diversos indicadores sensibles. Ese problema fue examinado, desde el punto de vista exclusivamente regional, por el Comité Regional de la OMS para África, en su 30<sup>a</sup> reunión, el mes de septiembre de 1980. El Comité entendió que debe utilizarse un número limitado de indicadores y que éstos han de ser de naturaleza que no impida el uso de cifras aproximadas. Para determinar los progresos realizados en la Región de África, el Comité propuso los indicadores siguientes:

- 1) Número de países que han demostrado su voluntad política de alcanzar la salud para todos (Mediante la asignación de recursos y el desarrollo de los procesos de gestión adecuados).
- 2) Número de países en condiciones de demostrar que sus recursos de salud están distribuidos con suficientes equidad (según el porcentaje del PNB asignado a la salud, la proporción de esa suma que se destina a la atención primaria de salud y el grado de equidad en la distribución de recursos).
- 3) Número de países que facilitan una cobertura de atención primaria de salud (determinada por la existencia de una fuente pública o de un pozo protegido situados a una distancia que pueda recorrerse a pie en no más de 15 minutos desde cada casa, por el porcentaje de niños en riesgo inmunizados y por la disponibilidad de medicamentos esenciales).
- 4) Número de países en los que el nivel nutricional de los niños es normal (a juzgar por el número de recién nacidos con 2.500 gramos de peso como mínimo por cada mil nacimientos y por la proporción de niños que tienen un 50% de insuficiencia ponderal en función de una norma establecida).
- 5) Número de países en los que la tasa de mortalidad infantil no llega a 50 por mil.
- 6) Número de países en los que la expectativa de vida al nacer es superior a 55 años.
- 7) Número de países en los que el PNB por habitantes es superior a US\$ 500.
- 8) Número de países en los que la tasa de alfabetización de los adultos es superior al 50%.

Si la persuasión política ha de aplicarse al desarrollo social, deberá estar plenamente respaldada por políticas cuidadosamente definidas y por planes y programas satisfactoriamente formulados. Por consiguiente, los países deberán adoptar decisiones políticas para iniciar o fortalecer el proceso de desarrollo de la salud, uno de cuyos elementos más importante es un proceso adecuado de gestión. También es indispensable adoptar estrategias regionales para el desarrollo de la salud. Los comités regionales de la OMS tendrán que desplegar una acción directiva más intensa que nunca y establecer diversos mecanismos regionales para la ejecución del programa, como sería la creación de centros de investigación, desarrollo y adiestramiento para promover la autorresponsabilidad regional.

Se necesita, sobre todo, el apoyo político de la Asamblea de la Salud, autoridad constitucional máxima de la OMS, pues para que ésta en su conjunto pueda alcanzar objetivos sanitarios internacionales necesita el apoyo supremo de la colectividad de sus miembros.

La mayoría de los políticos están extremadamente insatisfechos con la presente situación de la asistencia sanitaria en la que los menos consumen lo mejor a expensas de los más

Exige incluso que los países estén dispuestos a sacrificar parte de la soberanía nacional en cuestiones de salud para favorecer la solidaridad sanitaria internacional. Esa solidaridad ha de tener muy diversas manifestaciones, como la movilización de apoyo financiero interno y externo, la participación de las instituciones de salud de los distintos países en redes internacionales de colaboración para el logro de objetivos sanitarios comunes y para la regionalización de la tecnología de salud, y el deseo auténtico de compartir la experiencia obtenida con otros países.

La OMS puede facilitar apoyo político a los países, tanto en palabras como en acción. En palabras, declarando que nuestros objetivos sociales son irrenunciables para todo el mundo e insistiendo en nuestra determinación de alcanzarlos; en acción, dando prioridad máxima a los programas que reflejan debidamente nuestros principios y políticas y que se presten con más verosimilitud a convertirlos en realidad.

Tendremos que abordar, sin duda, numerosos problemas políticos. Algunos de ellos derivarán de los intereses comerciales y profesionales, en la medida en que éstos se sientan afectados, por ejemplo, por el establecimiento de una tecnología apropiada para la salud, por la adopción de políticas farmacológicas destinadas a facilitar a todos medicamentos esenciales y a establecer industrias farmacéuticas en los países en desarrollo, y por la producción preferente de vacunas en determinados países en nombre de la región interesada. Sobre todo, se producirán presiones políticas ante cualquier intento de cambiar un proceso de planificación con el fin de que su objetivo sea atender las necesidades de todos y no las necesidades de unos pocos.

No podemos esperar que cualquier político renuncie a la situación de hecho; en efecto, hay que reconocer como el más formidable y absoluto obstáculo la resistencia de las personas a verse privadas de algo que ya tienen. Sin embargo, una consecuencia política perfectamente lógica de la adopción de la atención primaria de salud será la certeza de que los gastos suplementarios del desarrollo no perpetúan las malas prácticas existentes. En consecuencia, siempre que las decisiones políticas sean correctas, nos será posible obtener los fondos necesarios.

Aun cuando los servicios de salud son, a todas luces, elemento integrante de la política social y de la estructura política de un país, hemos de entender que la política y la acción sanitaria pueden ser modificadas y mejoradas sin un cambio en las bases del gobierno.

### **¿Es "Salud 2000" una meta ilusoria?**

¿Cuál será su costo? ¿Es ese costo exorbitante? Según resultados recientes de estudios en pequeña escala practicados en países en desarrollo, cabe obtener mejoras considerables en el nivel de salud de la población con una inversión que se situaría solamente entre el 0,5% y 2% del producto nacional bruto por habitante, lo que supone unos pocos dólares al año. Es ése, cualesquiera que sea el criterio que se adopte, un costo razonable: una centésima de lo que gasta en salud la población de muchos países ricos. Por consiguiente, el factor costo no deberá ser un obstáculo para los gobiernos cuando éstos tratan de planificar su respuesta al compromiso adquirido respecto del objetivo de la salud para todos en el año 2000. Incluso sin codificar la presente estructura de sus inversiones en salud, la mayoría de los países pueden hacer sustanciales progresos hacia el logro de la salud para todos en el año 2000 reorientando sus sistemas sanitarios, concentrando sus esfuerzos en la atención primaria de salud para toda la población y no en complejos servicios hospitalarios y especializados para las minorías privilegiadas de las zonas

urbanas. Sin embargo, los países ricos no sólo tienen el deber moral de apoyar los esfuerzos de los países en desarrollo, tanto desde el punto de vista financiero como desde el punto de vista técnico, sino que están obligados a hacerlo porque también favorece claramente sus propios intereses. La reforma sanitaria a escala mundial depende del interés propio bien entendido de las naciones industriales y no del tibio altruismo de las minorías de dichos países. El diálogo Norte-Sur ha de desembocar en un nuevo orden económico, no solo en interés del Tercer Mundo, sino en interés de los países industriales.

El cambio se está produciendo y tengo la certeza de que alcanzaremos el éxito. Tenemos que alcanzarlo. Los niños de hoy y los que todavía no han nacido, pero que representarán más de un tercio de la población mundial en el año 2000, nunca nos perdonarían el fracaso.

## ANEXO

El logro de la salud para todos en el año 2000 fue el tema central de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Atá en el mes de septiembre de 1978. Habida cuenta de la importancia que esa Conferencia tuvo para la futura estrategia sanitaria en todo el mundo, se reproduce a continuación el texto de la Declaración de Alma-Atá.

### DECLARACIÓN DE ALMA-ATÁ

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Atá en el día de hoy, doce de septiembre de 1978, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y del desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

#### I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud.

#### II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es inaceptable política, social y económicamente, y es, por lo tanto, una preocupación común para todos los países.

#### III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países en desarrollo y los desarrollados. La promoción y protección de la salud de la población son indispensables para el desarrollo económico y social ininterrumpido, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz mundial.

#### IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.

#### V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de su pueblo, obligación que sólo puede ser llevada a cabo mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera, en el curso de las próximas décadas, debe ser 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.

#### VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria.

#### VII

##### **La atención primaria de salud:**

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se desarrolla a partir de ellas, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud, y en la experiencia acumulada en materia en salud pública;
2. se orienta a los principales problemas de salud de la comunidad, y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos las siguientes actividades: educación sobre los

correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes; y suministro de medicamentos esenciales;

4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores; y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales, nacionales y de otros recursos disponibles; y, con tal fin, desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar;

6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como equipo de salud y atender las necesidades de salud expresa de la comunidad.

## VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud de gran alcance y en coordinación con otros sectores. Para ello, será necesario ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar razonablemente los recursos externos disponibles.

## IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por la población de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF\*\*\*\* sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y el funcionamiento de la atención primaria de salud en todo el mundo.

## X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y

emplearse para fines pacíficos y, en particular, para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud, en tanto en cuanto que es elemento esencial de dicho desarrollo.

\*En: Foro Mundial de la Salud, 2(1):5-25(1981).

\*\*Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Atá, URSS, septiembre de 1978. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.

\*\*\*Resoluciones y decisiones adoptadas por la Asamblea General en su vigésimo cuarto periodo de sesiones, Nueva York, Naciones Unidas, 1980, pág. 95 (Resoluciones 34/38. La salud como parte integrante del desarrollo).

\*\*\*\*Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Atá, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.