

El movimiento mundial de salud de los pueblos. ¿Qué es el movimiento de salud de los pueblos?

The global People's Health Movement. What is the People's Health Movement?

Fran Baum¹, David Sanders², Ravi Narayan³

DOI: 10.1590/0103-11042020S101

La lucha por la salud es una lucha por un mundo más justo.

Dr. Amit Sengupta

Introducción

El Movimiento de Salud de los Pueblos (MSP) es una red global formada en el año 2000 que involucra activistas de salud de base, organizaciones de la sociedad civil, redes de temas específicos, académicos, investigadores y activistas de países de bajos, medianos y altos ingresos. Su actividad se lleva a cabo localmente a través de círculos nacionales y globalmente a través de una gama de campañas. La base de todas sus actividades es un compromiso con la Salud para Todos, tal como se interpretó en la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1978 y la Declaración de Alma-Ata de Unicef sobre Atención Primaria de Salud (APS)¹. Esta Declaración presentó una visión integral para la APS en que relacionó los servicios de salud con la organización más amplia de la sociedad, llamando a un nuevo orden económico internacional que beneficiaría a las naciones en desarrollo, potenciando la participación democrática en salud y llamando a la acción en contextos sociales y ambientales que aumentan los riesgos de enfermedad. Los servicios de salud debían ser multidisciplinarios, estar en sintonía con las necesidades locales y enfatizar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. La reducción de las desigualdades entre los grupos dentro de las naciones y entre las naciones se consideró vital y reconocida en el llamado de Salud para Todos en el año 2000. La resistencia a esta visión visionaria de la salud fue rápida y el llamado a la APS selectiva se dio poco después². En las décadas posteriores al 2000, el neoliberalismo se convirtió en la fuerza impulsora dominante detrás de las políticas públicas³ y el ajuste estructural de las economías de los países de bajos y medianos ingresos fue fuertemente promovido por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI)⁴. Estos desarrollos llevaron a una creciente inquietud entre los activistas de la salud y se hizo evidente que la Salud para Todos no se lograría para el año 2000 y que las desigualdades económicas en realidad estaban aumentando⁵. Además, se hizo evidente que la OMS se había retirado del fuerte apoyo a la APS que tenía bajo el liderazgo del Dr. Halfdan Mahler e, impulsada por una disminución continua en las contribuciones financieras de los Estados Miembros. La OMS había indicado recientemente su intención de considerar

¹Flinders University, Southgate Institute – Bedford Park, Australia. fran.baum@flinders.edu.au

²University of Western Cape (UWC), School of Public Health (*in memoriam*) - Cape Town, South Africa.

³Society for Community Health Awareness, Research and Action (Sochara) - Karnataka, India.



Asambleas Mundiales de Salud, se planeó la primera Asamblea de Salud de los Pueblos (ASP 1).

Orígenes del movimiento

Ocho redes y organizaciones (descritas en el cuadro 1) se unieron para planificar la primera

Asamblea de Salud de los Pueblos. Todas ellas abogaron por diferentes aspectos de Salud para Todos y algunas por políticas racionales de drogas, APS integral, derechos del consumidor en la atención médica, derechos de salud sexual y reproductiva, regular sustitutos de la leche materna y abordar los determinantes sociales y económicos de la salud.

Cuadro 1. Redes y organizaciones fundadoras del Movimiento de Salud de los Pueblos

Consejo Internacional de Salud de los Pueblos (IPHC), una coalición de movimientos de salud de base que surgió de situaciones de lucha popular (incluyendo Sudáfrica, Nicaragua, Palestina, Bangladesh).

Internacional de Consumidores – Consumers International (CI) es una gran red de 250 organizaciones miembros en 120 países que busca lograr cambios en la política gubernamental y en el comportamiento corporativo, a la vez que sensibiliza sobre los derechos y responsabilidades de los consumidores.

Internacional de Acción en Salud – Health Action International (HAI) presiona a los gobiernos y a los organismos internacionales (como la OMS) para que formulen códigos, aprueben resoluciones y desarrollen políticas para garantizar que las personas que los necesitan tengan acceso a medicamentos seguros, apropiados y asequibles, y estos se utilicen racionalmente. Supervisa el comportamiento poco ético de la industria, incluidas las prácticas de venta y promoción de las compañías farmacéuticas.

La Red del Tercer Mundo (TWN) es un grupo transnacional de políticas alternativas y una red internacional de organizaciones que producen y difunden análisis, propuestas y herramientas de información relacionadas con la sostenibilidad ecológica, el desarrollo y las relaciones Norte-Sur⁷.

La Red Asiática de Acción Comunitaria en Salud (Achan) es una red de iniciativas e instituciones de salud comunitarias que buscan difundir una filosofía de atención de la salud basada en la comunidad y en el desarrollo humano autosuficiente para los pobres oprimidos⁸.

La Red Global para los Derechos Reproductivos de las Mujeres (WGNRR) aboga por la salud y los derechos sexuales y reproductivos en todo el mundo. Con sede en el sur global, trabajan con los derechos, la justicia y los marcos feministas y tienen un estatus consultivo con Ecosoc⁹.

La Fundación Dag Hammarskjöld (DHF) fue creada en 1961 como el memorial nacional sueco al difunto Dr. Dag Hammarskjöld, Secretario General de las Naciones Unidas. Desempeña un papel catalizador en la promoción de ideas innovadoras, debates sobre desarrollo, seguridad y democracia y apoyó el proceso preparatorio de la Asamblea de la Salud de los Pueblos y su organización¹⁰.

Gonoshasthaya Kendra (GK) es un programa de desarrollo de salud comunitario en Bangladesh, que comenzó durante la guerra por la independencia nacional. GK organizó la primera Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos en su campus rural en Savar, Bangladesh¹¹.

El anuncio de una Asamblea de la Salud de los Pueblos claramente conmovió a muchos, lo que resultó en la asistencia de 1.500 personas de más de 90 países en la ASP 1. En el período previo a la Asamblea, activistas de diversas redes y países redactaron la Carta de Salud de los Pueblos que fue revisada y luego aprobada por los delegados en la Asamblea. Desde la ASP 1, se han celebrado otras

tres Asambleas: Cuenca, Ecuador (2005), Ciudad del Cabo, Sudáfrica (2012) y Savar, Bangladesh (2018). (Vea <https://www.youtube.com/watch?v=Kmm5Hj0HnWA> para ver un video que describe el evento y proporciona información sobre MSP en las voces de sus activistas).

Estas Asambleas son, en efecto, el foro de conducción definitivo del MSP, donde las prioridades

y direcciones del Movimiento son pulidas y respaldadas. Son eventos inspiradores que motivan a los seguidores del MSP.

En 2019, MSP cuenta con las siguientes redes como afiliadas:

- Medicus Mundi International Network – MMI
- VivaSalud, Bélgica
- Health Poverty Action – HPA, Reino Unido
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social – Alames
- Gonoshasthaya Kendra, GK – People’s Health Centre, Bangladesh
- Health Action International – HAI
- Third World Network – TWN
- HAI Asia Pacific
- Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil, – IBFAN
- Resource Group for Women and Health – Sama
- Global Justice Now
- Centro Brasileiro de Estudios de Salud – Cebes
- Community Working Group on Health – CWGH, Zimbabwe
- Internacional de Servicios Públicos – ISP

La ideología y visión del Movimiento de Salud de los Pueblos

La ideología y la visión del MSP se basa en la de las redes y organizaciones originales. La Carta

de Salud para los Pueblos (CSP), elaborada en el año anterior a la ASP 1, en diciembre de 2000, consagra la visión del MSP. Se adoptó esta Carta en la ASP 1. Posteriormente, la CSP se ha refinado y adaptado a las circunstancias cambiantes y se ha enriquecido mediante declaraciones que han resultado de posteriores Asambleas de Salud de los Pueblos y declaraciones en respuesta a problemas críticos de salud global (ver *cuadro 2*).

Contexto mundial de la salud: análisis de las causas profundas de la mala salud y la desigualdad

El análisis de MSP del contexto global subraya que el paradigma actual de desarrollo, que se caracteriza por el individualismo, el antropocentrismo y el capitalismo neoliberal, es la base de las crecientes inequidades en salud. Este análisis señala que los gobiernos de los países de altos ingresos, en estrecha colaboración con las empresas transnacionales, están promoviendo políticas neoliberales para gestionar la crisis contemporánea del capitalismo globalizado en interés de la clase capitalista transnacional. Con la ayuda de un conjunto de acuerdos de ‘comercio e inversión’ unilaterales, estas políticas están siendo aceptadas o forzadas por los gobiernos de los países de bajos y medianos ingresos y sus poblaciones, así como por la mayoría en los países de altos ingresos. Las políticas nacionales resultantes que incluyen la austeridad fiscal y la desregulación de la actividad económica están teniendo consecuencias de largo alcance para las condiciones sociales que dan forma a la salud de las personas, y también para el enfoque y la financiación de la atención médica. El MSP señala que tales políticas están empeorando los determinantes fundamentales de la salud y están paralizando progresivamente la infraestructura de salud y la prestación de servicios. También están alentando a los gobiernos nacionales a que renuncien a su responsabilidad por la salud pública, al tiempo que marcan el comienzo de la privatización de los bienes públicos, incluidos los servicios de salud, a menudo mediante la introducción de regímenes

de seguros. El MSP igualmente señala la naturaleza patriarcal, racista y homofóbica de la ideología actualmente dominante que también sirve para aumentar la discriminación y afectar

la salud de las personas. El MSP señala las amenazas a la salud humana y planetaria planteadas por conflictos, migraciones forzadas masivas y un clima que cambia rápidamente.

Cuadro 2. Visión del Movimiento de Salud de los Pueblos

La visión desarrollada en la Carta de Salud de los Pueblos del 2000¹² guía el movimiento. El desarrollo equitativo y ecológicamente sostenible y la paz son el núcleo de nuestra visión de un mundo mejor: un mundo en el que una vida saludable para todos sea una realidad; un mundo que respeta, aprecia y celebra toda vida y diversidad; un mundo que permite el florecimiento de los talentos y habilidades de las personas para enriquecerse mutuamente; un mundo en el que las voces de las personas guían las decisiones que dan forma a nuestras vidas. Hay recursos más que suficientes para lograr esta visión¹².

El MSP ve la salud como un derecho humano que prevalece sobre las preocupaciones económicas y políticas. El movimiento se basa en la comprensión de que la acción sobre los determinantes sociales, económicos, políticos, comerciales y ambientales más amplios de la salud es clave para la salud y la equidad.

Promueve la atención primaria de salud integral como la base de los sistemas de salud y la declaración ASP 4 establece: "Queremos sistemas públicos de salud equitativos que sean universales, adecuados al contexto, integrados e integrales - no discriminatorios, desempoderantes, privados ni con fines de lucro. Sistemas que proporcionen una plataforma apropiada para la acción sobre los determinantes sociales de la salud, incluido un cambio radical en las estructuras de poder existentes".

El MSP promueve - como fundamental para una sociedad saludable - la participación democrática y los procesos de toma de decisiones transparentes, responsables y justos de género a través de una organización y movimiento fuerte del pueblo.

Fuente: Carta para la Salud de los Pueblos¹², Declaración de Cuenca¹³, Llamado a la acción de Ciudad del Cabo¹⁴ La lucha por la salud es la lucha por un mundo más equitativo, justo y solidario - Declaración de la Cuarta Asamblea de la Salud de los Pueblos¹⁵.

Una de las características exclusiva del MSP es que sus posiciones ideológicas se desarrollan a través de una dialéctica entre el análisis académico y la reflexión sobre la experiencia vivida. Esto se ve más claramente en las Asambleas donde se presentan investigaciones y análisis de la economía política de la salud contemporánea junto con testimonios de personas cuyas vidas reflejan su impacto. Por ejemplo, el análisis puede describir el impacto de los acuerdos comerciales que privilegian las necesidades de las grandes transnacionales agrícolas y los testimonios pueden incluir los de los pequeños agricultores perjudicados por los acuerdos comerciales. Otro ejemplo, es que el análisis podría señalar la creciente influencia de la medicina privada en un país en particular y un testimonio podría describir las formas en que la medicina privada discrimina a los pobres. La combinación del conocimiento académico y la experiencia vivida, fomenta el debate político a partir del cual se desarrollan las posiciones del MSP y luego se consagran en declaraciones y llamamientos.

Un aspecto importante del trabajo del MSP es actuar como un puente entre lo local y lo global. El MSP trabaja en muchos problemas globales, como se describe a continuación, pero sigue arraigado en una preocupación con los problemas de salud de las comunidades locales. El análisis y las acciones emprendidas localmente se basan en una comprensión del capitalismo neoliberal globalizado. El MSP también lleva las preocupaciones locales al nivel global, como se hace en el seno de las Asambleas Mundiales de la Salud. Gran parte de la conciencia y el aprendizaje que se lleva a cabo a través del MSP se centra en fomentar la comprensión de cómo las dinámicas económicas y políticas globales aparentemente distantes, afectan los problemas de salud locales. Como ejemplo, este proceso podría incluir analizar cómo los programas de salud vertical, que se centraron en enfermedades particulares y financiados por iniciativas público-privadas que a menudo incluyen grandes organizaciones filantrópicas como la Fundación Gates, han tenido el efecto de descalificar y debilitar los servicios de salud pública porque

ofrecen mejores salarios y reducen el grupo de personas disponibles para el empleo por parte de los sistemas nacionales de salud¹⁶. Otro ejemplo, es aumentar la conciencia en las comunidades mineras de cómo las corporaciones transnacionales pueden evadir sus responsabilidades con respecto a los impactos negativos en la salud que se ocasiona con la destrucción del medio ambiente a través de la actividad minera.

Cómo se gobierna el MSP

A lo largo de los años se ha experimentado un esfuerzo sostenido para desarrollar una estructura de gobierno representativa, democrática y de toma de decisiones para el Movimiento, que es principalmente una red de redes.

El escenario principal de toma de decisiones de MSP es la Asamblea de la Salud de los Pueblos, donde se busca consenso a través del debate. Entre estas reuniones, el MSP se rige por un Consejo Directivo Global (CDG) con dos copresidentes. El CDG está compuesto por representantes regionales y representantes de algunas de las redes vinculadas, así como un representante del Consejo Asesor. El CDG cuenta con el apoyo de una pequeña secretaría, cuyos miembros reciben salarios modestos. En 2019, la secretaría estaba ubicada en Ciudad del Cabo (Sudáfrica), Delhi (India) y Bruselas (Bélgica). El CDG tiene una comisión de coordinación (7 miembros) que se reúne mensualmente, normalmente a través de Skype y toma la mayoría de las decisiones diarias para el MSP. Igualmente, cuenta con un Consejo Asesor que comprende personas que han prestado un servicio prolongado al movimiento y están invitados por el CDG a unirse.

El MSP también ha establecido grupos de campaña para desarrollar y movilizarse en torno a temas globales transversales clave. Los seis temas de campaña actuales se desarrollaron y adoptaron en la 4a Asamblea de Salud de los Pueblos y son:

- Justicia de género y salud

- Medio ambiente y salud del ecosistema
- Nutrición y soberanía alimentaria
- Comercio y salud
- Sistemas de salud equitativos
- Guerra y conflicto, ocupación, migración forzada y salud

Estos temas enmarcan las campañas del MSP dentro de los círculos de los países y en el ámbito mundial. Estas campañas, reflejan temas que son relevantes en el ámbito global con impactos locales. El MSP reúne conocimientos desde estas doble perspectiva global y local. Campañas y grupos adicionales pueden evolucionar a medida que surgen nuevos desafíos y percepciones. Estos temas no excluyen el desarrollo de campañas dentro de los países sobre los apremiantes desafíos nacionales de salud.

La gobernanza de cada círculo de país es variada. En un extremo se encuentra Sudáfrica, donde el MSP es una organización registrada, mientras que en la mayoría de los otros entornos el círculo es una red informal de individuos y organizaciones afines. Los círculos de países varían en tamaño, desde un puñado de personas en algunos países hasta el masivo MSP en India. El MSP en India (conocido en la lengua vernácula local como Jan Swasthya Abhiyan - JSA) es una coalición de 22 redes nacionales, alianzas, movimientos, grupos de recursos y federación de ONG, que se centran en la salud, el desarrollo, la ciencia, las cuestiones de la mujer, los derechos de salud de niños y personas marginadas y problemas de salud ambiental. Un Comité Coordinador Nacional de JSA con redes y representantes a nivel provincial planifica y organiza diferentes campañas e iniciativas sobre diferentes aspectos de la política de salud. Diferentes estados han desarrollado sus propias redes que se centran en políticas regionales y desafíos de salud, al tiempo que promueven y participan en las campañas nacionales.

Los círculos de países se agrupan en grupos regionales para fomentar la coordinación intra e interregional y el intercambio de información.

Para 2019, estas regiones son: Asia sudoriental y Australia, Asia meridional, India (JSA), África occidental y central, África oriental y meridional, Medio Oriente, América Latina (que comprende cuatro subregiones), Norteamérica, y Europa. Cada uno de estos grupos regionales nomina representantes para el CDG.

Grandes campañas globales del movimiento

Globalmente, además de los seis temas de campaña enumerados anteriormente, el MSP tiene una serie de iniciativas de larga data, diseñadas para influir en los debates y acciones de la salud global.

Informe alternativo de salud mundial – Global Health Watch

El MSP, en coordinación con varias otras redes, produce un ‘Informe alternativo de salud mundial’, independiente y regular, conocido por su nombre en inglés Global Health Watch (GHW). Se han publicado cinco de estos informes y el sexto está previsto para mediados

de 2021. Cada edición de GHW es diferente y es un ejercicio de colaboración de un gran número de personas, instituciones académicas y organizaciones

que comparten el deseo de mejorar el estado de la salud mundial y expresar la solidaridad con la necesidad de abordar la injusticia social y política, aspectos que subyacen detrás de la mala salud¹¹.

GHW 5¹⁷ tuvo contribuciones de más de 120 personas y 70 organizaciones a nivel mundial. Cada GHW contiene secciones que analizan el contexto político-económico de la salud global, los determinantes sociales clave, las tendencias en los sistemas de salud y también incluye una sección titulada ‘Observatorio’ en la que se revisan críticamente el gobierno, las agencias de ayuda internacional, las agencias y fundaciones de salud y desarrollo. En GHW más recientes, apareció una sección titulada ‘Resistencia’ donde se presentan campañas e iniciativas inspiradoras e innovadoras para fortalecer el MSP en diferentes países y en todo el mundo. El contenido de GHW 5 se muestra en el *cuadro 3*.

Cuadro 3. Resumen de los principales contenidos de GHW 5

La arquitectura política y económica global

- Objetivos de desarrollo sostenible en la era del neoliberalismo
- ‘No dejar a nadie atrás’: ¿son los ODS el camino a seguir?
- Avances y retrocesos hacia un sistema único de salud pública en América Latina
- Raíces estructurales de la migración

Sistemas de salud: problemas y debates actuales

- Cobertura de salud universal: ¿solo sobre la protección financiera?
- Revitalizar el control comunitario en la atención primaria de salud.
- Asistencia sanitaria en los EE.UU.: comprensión del complejo médico-industrial
- Contextualizando la lucha de los trabajadores de la salud en Sudáfrica
- El ‘Nuevo’ Hospital Karolinska: Cómo las APP debilitan los servicios públicos
- Acceso a la asistencia sanitaria de los migrantes en la UE
- Informalización del empleo en los servicios de salud pública en el sur de Asia

Cuadro 3. (cont.)

Más allá de la atención médica

- Cambio climático, degradación ambiental y salud: confrontar las realidades
- Enfoque de género para la salud y los derechos sexuales y reproductivos
- Reformas de salud en Chile: falta de progreso en los derechos y en la salud sexual y reproductiva de las mujeres
- Acuerdos comerciales y salud de los trabajadores
- Salud pública en el sector extractivo en África oriental y meridional
- La guerra contra las drogas: de la aplicación de la ley a la salud pública

Vigilancia

- Diálogos sobre dinero en la Organización Mundial de la Salud
- Fundaciones filantrópicas privadas: ¿Qué significan para la salud global?
- Firmas de consultorías de gestión en salud global
- GAVI y Fondo Mundial: las estructuras de gobernanza privada debilitan la supervisión pública en las asociaciones público-privadas
- Tratados de inversión: obligan a los gobiernos al rescate
- El encuadre de la salud como un problema de seguridad
- Política de datos, información y conocimiento
- Acceso y distribución de beneficios: el marco de preparación para la pandemia de influenza
- Programas de saneamiento total a costa de la dignidad humana

Resistencia, acciones y cambio

- Los movimientos sociales defienden las reformas progresivas de salud en El Salvador
- Conversaciones sobre el manejo de la desnutrición aguda severa en India
- Las personas que viven con el VIH en India: la lucha por el acceso
- Compromiso comunitario en la lucha por la salud en Italia

Fuente: GHW 517.

Observatorio de la Organización Mundial de la Salud (WHO Watch)

La formación del MSP se debió en gran parte a una decepción con el papel de la OMS en los años previos al 2000. Estas decepciones se registraron en la Carta de Salud de los Pueblos que exigía

una transformación radical de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para responder a los desafíos de salud de una manera que beneficie a los pobres, evite los enfoques verticales, asegure el trabajo intersectorial; involucre a las organizaciones de los pueblos en la Asamblea Mundial de la Salud y garantice la independencia de intereses empresariales¹⁸.

Las frustraciones del MSP continuaron y dieron como resultado un compromiso regular con la OMS. Inicialmente, un Círculo de Defensa de la OMS incluyó la participación anual en la sesión del Foro de ONG

para la Salud en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) y una sesión informativa técnica sobre el MSP y la Carta de Salud de los Pueblos en 2003. Más tarde, el MSP estableció WHO Watch a través del cual los miembros seleccionados del MSP asisten a la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de cada año y a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo. Los observadores en el terreno tienden a ser miembros más jóvenes y, por lo tanto, el proceso es un excelente campo de entrenamiento y un vehículo de reclutamiento para el MSP. El profundo análisis de las políticas es respaldado por miembros experimentados del MSP. A través de sus esfuerzos combinados, y con el apoyo de los miembros del MSP de todo el mundo, se realizan críticas detalladas, perspicaces y relevantes a las orientaciones de las resoluciones y declaraciones presentadas a las estructuras de gobierno de la OMS, las cuales están disponibles en línea. Los comentarios

de varios actores políticos, de países de ingresos bajos y medianos, sugieren que los comentarios del MSP son inmensamente útiles para ayudarlos a redactar sus respuestas de política y uno comentó: “Hacemos uso del producto del WHO Watch muy bien”¹⁹⁽¹⁰⁵⁾.

El MSP también asiste a otros eventos convocados por la OMS y proporciona comentarios sobre los resultados. Por ejemplo, un grupo de miembros del MSP asistió a la Conferencia de la OMS sobre Promoción de la Salud en Helsinki y publicó una declaración alternativa a la oficial (<https://phmovement.org/phm-declaration-at-8th-global-conference-on-health-promoción-2013/>). Y también publicó una declaración alternativa a la Conferencia Mundial de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud celebrada en Río en 2011 (<https://phmovement.org/alternative-civil-society-declaration-at-the-world-conference-on-the-social-determinants-of-health-2011/>).

La Universidad Internacional de Salud de los Pueblos

La Universidad Internacional de Salud de los Pueblos (Uisp) es el principal programa de educación y desarrollo de cuadros del MSP. Desde 2005, la Uisp ha organizado cursos cortos en diferentes regiones del mundo para jóvenes activistas de la salud y nuevos contactos del MSP. Estos cursos cortos (de unos días a 2 semanas de duración) se imparten en diferentes idiomas y son organizados por diferentes círculos de países e instituciones académicas simpatizantes. Algunos están acreditados por universidades para programas de Maestría en Salud Pública. El profesorado proviene de miembros y activistas del MSP que comparten sus puntos de vista, sus experiencias de vida y luchas para inspirar a los participantes.

Los objetivos típicos de un curso de Uisp se muestran en el *cuadro 4*.

Cuadro 4. Objetivos de un curso de la Uisp

Profundizar la comprensión de:

- los vínculos entre el medio ambiente y la salud;
- globalización y economía política de la salud;
- relaciones de género y la salud;
- determinantes sociales de la salud.

Conocer la política de servicios de salud, incluida la atención primaria integral de salud y los sistemas de salud con una perspectiva crítica sobre las ‘reformas del sector de la salud’;

Comprender la aplicación de un enfoque basado en los derechos a los problemas de salud;

Permitir la evaluación crítica de la ‘asistencia para el desarrollo de la reforma de salud’;

Fomentar la exploración del papel del significado y de la espiritualidad en el activismo y el cambio social;

Desarrollar habilidades prácticas y conceptos que permitan a los activistas ser más efectivos en el amplio movimiento por la equidad en salud.

Fuente: www.iphu.org²⁰.

Aunque la evaluación de las Uisp ha establecido que la mayoría de los participantes han considerado estos cursos inspiradores, se ha observado un éxito parcial de inspirar a los asistentes a participar activamente en el MSP

en su país de origen. Si bien algunos lo hacen, está claro que un mayor seguimiento después de los cursos podría aumentar el grado en que esto sucede¹⁹.

Campaña de salud para todos

Esta campaña tiene que ver con la realización del derecho a la salud en el ámbito nacional y mundial. El sitio web del MSP informa que la campaña es un marco de organización global para diferentes acciones de movilización de redes de la sociedad civil y movimientos sociales en todo el mundo y tiene como objetivo informar e influir en los gobiernos para abordar las debilidades estructurales y sistémicas en el sistema de salud.

En la práctica, esto generalmente se traduce en círculos nacionales que desarrollan o participan en acciones para enfrentar los principales desafíos de salud actuales, que son distintos en cada país. Dichas acciones son tan diversas como una campaña reciente en Ghana para mejorar el saneamiento después de una epidemia de cólera, a una campaña en curso para un ‘Seguro Nacional de Salud de los Pueblos’, encabezado por el MSP de Sudáfrica, una campaña en curso en Australia para mantener y definir el sistema nacional público de salud y una campaña en el Reino Unido para defender el Servicio Nacional de Salud. Además, los seis temas de campaña descritos anteriormente ofrecen a los círculos de países posibles focos adicionales para organizarse.

El MSP ha reflexionado sobre su activismo para lograr la Salud para Todos. Esto se ha reflejado mejor en su reciente trabajo de investigación financiado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC). Esto implicó que el MSP emprendiera un gran estudio multicéntrico que examinara la participación de la sociedad civil en la lucha por la ‘Salud para Todos’. Durante cuatro años, 130 investigadores activistas en 10 países produjeron 50 informes de investigación y un informe general al final de este trabajo¹⁹.

Conseguir en la agenda de la OMS incluir el tema de determinantes sociales de la salud

El MSP fue uno de los grupos que abogó por el establecimiento de un grupo de la OMS que

considerara lo que se necesitaba para lograr una mayor equidad en salud. La respuesta de la OMS bajo el entonces Director General Dr. Lee fue establecer la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Uno de los nominados del MSP a esta Comisión fue nombrado Comisionado y el MSP participó de manera central en el grupo de referentes de la sociedad civil de la CDSS. Además, los activistas y simpatizantes del MSP eran miembros de varias de las nueve redes de conocimiento establecidas para emprender el trabajo en profundidad de la Comisión. La participación del MSP se reflejó en la naturaleza relativamente progresista del informe de la CDSS que incluyó un llamado a la atención a los acuerdos comerciales globales injustos, la rendición de cuentas de las empresas transnacionales y la acción sobre la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos que apuntalan las inequidades en salud mundial. En los 11 años transcurridos desde el informe de la CDSS, ha habido un progreso limitado en la implementación de sus recomendaciones, pero en la reciente Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2019), la OMS anunció que estaba estableciendo una División para Poblaciones más Saludables con una rama dedicada a los determinantes sociales de la salud.

Los miembros y simpatizantes del MSP también participaron en el desarrollo del Informe sobre la Salud Mundial en 2008, referido a la atención primaria en salud por el 30° aniversario de la Declaración de Alma-Ata, que incluyó facilitar una sesión técnica para la OMS, y contribuir con algunos capítulos y revisar el informe antes de su finalización. El MSP también fue invitado a asistir al lanzamiento en la ciudad de Almaty, Kazajstán y hablar en un panel de discusión. Del mismo modo, el MSP fue invitado a participar como miembro del Grupo Asesor Internacional para la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud para la Cobertura Universal de Salud con motivo del 40° aniversario de la Declaración de Alma-Ata, celebrada en Astana, Kazajstán, en octubre de 2018. El MSP expresó su preocupación por la Declaración oficial

de Astana, a través de una declaración de la sociedad civil firmada por varios cientos de organizaciones e individuos (<https://phmovement.org/alternative-civil-society-astana-declaration-on-primary-health-care/>).

Ejemplos de acción en países

El MSP se basa en los movimientos de base de salud en todo el mundo. Los problemas generales que se presentan en el *cuadro 2*, se traducen en un impacto masivo en la salud de las comunidades locales. Por lo tanto, un componente vital de la red del MSP son los círculos de sus países. A mediados de 2019 había aproximadamente 70 círculos de países activos. Los ejemplos de acciones recientes organizadas por círculos de países incluyen:

Sudáfrica: Sudáfrica sufre una carga extremadamente alta de enfermedades, incluida la epidemia de VIH/Sida más grande del mundo, problemas persistentes de salud materno infantil y una epidemia creciente de enfermedades no transmisibles. Tiene un sistema de salud segmentado, uno sistema público y otro privado. Este último alberga a la mayor parte del personal de salud calificado del país, solo cubre a menos del 20% de la población, tiene una distribución inadecuada de proveedores e instalaciones, sobre oferta de servicios y ausencia de control social. Los servicios de salud del sector público, que brindan servicios a la mayoría, son débiles en los niveles primario y comunitario y son de cobertura y calidad variable, y muchas instalaciones experimentan una grave escasez de personal y una gobernanza y gestión subóptimas. En respuesta a estos desafíos, el gobierno ha elaborado una política denominada esquema del Seguro Nacional de Salud (SNS) para proporcionar la Cobertura Universal de Salud (CUS) a través de un sistema de pagador único que comprará servicios de proveedores públicos y privados acreditados. El MSP Sudáfrica (MSP SA) ha desempeñado un papel de liderazgo entre las organizaciones de la sociedad civil en la movilización de un ‘Seguro

Nacional de Salud de la Gente’ cuyas características clave son la solidaridad social, la equidad, la atención integral y la participación comunitaria. Aunque el proyecto de ley de SNS recientemente legislado defiende estos principios, al MSP SA le preocupa que el cabildeo del sector privado influya cada vez más en una desviación de estos hacia un esquema caracterizado por un acuerdo de múltiples pagadores y una cobertura diferencial de subgrupos con distintas condiciones laborales. La campaña SNS para la Gente está ganando terreno constantemente y se está llamando al MSP SA dentro y fuera del país para que asesore sobre las posibles trampas de CUS.

India: comenzando con la preparación de cinco pequeños folletos como recurso para el movimiento en el año 2000, luego publicados como un libro²¹, la JSA (MSP India) se comprometió con la revisión de la Política Nacional de Salud, 2002, donde el JSA advirtió contra la legitimación de la privatización y la comercialización del cuidado de la salud en el país²². A continuación, se organizó una serie de audiencias públicas con la Comisión Nacional de Derechos Humanos sobre la negación del derecho a la atención médica. El compromiso continuo de JSA de varias maneras resultó en la Misión Nacional de Salud Rural. JSA ha seguido participando en la acción y el diálogo sobre políticas de salud a medida que el país desarrolla su respuesta al esquema de Cobertura Universal de Salud. Muchas redes estatales de JSA están respondiendo a desafíos que incluyen la disponibilidad de medicamentos esenciales, contrarrestar la comercialización y la mercantilización de la atención médica y prevenir la privatización de las unidades de vacuna, y al mismo tiempo, promover la acción comunitaria para la salud.

Australia: la acción ha incluido una campaña contra la introducción de copagos al usuario en el plan nacional del seguro nacional de salud Medicare, cabildeo para mejorar la financiación de los servicios de salud controlados por la comunidad aborigen y una campaña contra los acuerdos comerciales que amenazarán la salud.

Escocia celebró una asamblea de salud abierta

en la que los participantes pidieron propuestas concretas de acción colectiva para reducir las inequidades en salud. Esto llevó al MSP Escocia a desarrollar un Manifiesto de salud de las personas escocesas, a través de un enfoque que combina la investigación acción participativa y la defensa proactiva de la salud pública.

Europa: los círculos de países participaron en la protesta y conferencia ‘¡Nuestra salud no está a la venta!’, que tuvo lugar en Bruselas, organizada por la Red Europea contra la Comercialización y Privatización de la Salud y la Protección Social. Activistas de grupos del MSP en Bélgica, Italia, Croacia y Francia se unieron a ambos eventos, junto con miembros de otras redes, incluidos sindicatos y grupos de pacientes.

Los círculos de país del MSP están respaldados por un manual interactivo ‘Cómo se construye un movimiento para la salud – una herramienta para activistas (de la salud)’ (<https://twaha.be/PHM-manual>). Este manual describe la filosofía del MSP y proporciona consejos prácticos, respaldados por muchos ejemplos de cómo actuar en apoyo de la salud. Pone énfasis en el valor de desarrollar redes y coaliciones con otros grupos, incluidos los que se movilizan en torno al medio ambiente, los derechos del agua, la soberanía alimentaria, y con los sindicatos, los pequeños agricultores y el movimiento de mujeres para hacer campaña en temas de interés mutuo.

Retos que enfrenta el MSP

Como cualquier movimiento social, el MSP enfrenta una serie de dilemas organizativos y de su agenda. Algunos de los más destacados se analizan a continuación.

¿El MSP es un movimiento popular o profesional?

El MSP es un movimiento de activistas comprometidos. Muchos activistas del MSP son profesionales de la salud que trabajan directamente con comunidades o académicos

progresistas. Por su naturaleza, los programas globales inevitablemente involucran predominantemente profesionales y académicos. Sin embargo, en varios países, especialmente en el sur de Asia y América Latina, hay un número significativo de profesionales y activistas de la comunidad. A veces hay tensiones experimentadas como resultado de los diferentes antecedentes de los miembros, que van desde diferentes énfasis en la planificación de acciones hasta diferentes necesidades en términos de recursos necesarios para participar activamente en los círculos de los países. A pesar de estos desafíos, el MSP está continuamente explorando formas de aumentar la diversidad de su base. En general, esto ha sido más fácil en situaciones donde el ritmo de la lucha se acelera y hay una participación más amplia de los ciudadanos.

Idioma

El MSP se esfuerza por trabajar en varios idiomas. Sus dos idiomas principales son inglés y español. La Carta de Salud del Pueblo ha sido traducida a más de 40 idiomas, que incluye Farsi, Guaraní, Hausa, Ndebele, Quechua, Serer y Wolof, la mayoría de los cuales están disponibles en el sitio web del MSP. En las Asambleas de Salud de los Pueblos, se realizan esfuerzos para traducir a tantos idiomas como sea posible, utilizando el apoyo de traductores de interés público que trabajan para organizaciones como Babel.

Financiación: coordinación global con poco dinero

El MSP Global depende de las donaciones de sus miembros y algunas pequeñas contribuciones de las redes de apoyo. En los últimos años, el MSP también ha atraído fondos básicos de donantes como Oxfam Novib y Open Society Foundation. Más recientemente, se han asegurado fondos de donantes para proyectos específicos, como el fortalecimiento de la gobernanza mundial de la salud, que ha financiado en parte

el GHW y el WHO Watch y para apoyar las Asambleas de Salud de las Poblaciones. El MSP ha logrado mantener una pequeña secretaría global descentralizada, pero la mayoría de las actividades del MSP son el resultado del esfuerzo voluntario. El GHW, el WHO Watch y la UISP cuentan con recursos principalmente de simpatizantes del MSP que donan su tiempo. Quienes están en las estructuras de gobierno también son voluntarios.

Los círculos de países también se ven impulsados en gran medida por el esfuerzo voluntario. Algunos círculos, como Sudáfrica e India, pueden contratar personal. Se han obtenido fondos para un trabajador de divulgación africano que ha tenido éxito en ayudar a facilitar nuevos círculos de países en esa región. La reciente revisión de la contribución de la sociedad civil al trabajo en pro de la Salud para Todos concluyó con recomendaciones para los organismos que financian a la sociedad civil¹⁹. Estos fondos básicos sugeridos en apoyo del movimiento social de la sociedad civil deberían proporcionarse para fortalecer los procesos de país y los globales descritos en este artículo; procesos que en última instancia contribuyen a mejorar la salud en el mundo. El informe recomendó además que los financiadores deben conocer los límites y los riesgos asociados con la financiación de proyectos estrictamente específicos. En lugar de acuerdos de financiación tan ajustados, el informe recomendó que la responsabilidad debe basarse en una evaluación de las direcciones centrales de la organización y su integridad.

¿Organización registrada o red de redes?

Un debate no resuelto dentro del movimiento se refiere a si el MSP debe o no desarrollar

opciones para la membresía individual y organizacional y convertirse en una organización legalmente registrada. Algunos argumentan que el movimiento es mejor como una ‘red de redes’, mientras que otros sostienen que la membresía con una escala progresiva de tarifas podría permitir al movimiento ser más auto-suficiente, y permitir una representación más estructurada y el control a los representantes.

Conclusiones

En los casi veinte años de su existencia, el MSP se ha convertido en una de las voces internacionales más poderosas que presenta una alternativa progresista al régimen neoliberal dominante que gobierna el discurso y la dirección de la salud y el desarrollo. Siempre ha hablado desde la perspectiva de los pueblos y comunidades oprimidas y ha argumentado que la salud de las personas y del ecosistema, así como la búsqueda por equidad, deben tener prioridad sobre la búsqueda de ganancias privadas. Su rol permanente de decir la verdad al poder es más que nunca necesario, en una era en la que las desigualdades aumentan y el poder se concentra rápidamente entre las personas y corporaciones más ricas del mundo. Su visión de un mundo centrado en las personas y el ecosistema ofrece perspectivas mucho mejores para la equidad en salud.

Colaboradores

Baum F (0000-0002-2294-1368)*, Sanders D (0000-0003-1094-7655)*, Narayan R (0000-0002-2018-1537)* también contribuyeron a la elaboración del manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referencias

- World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care [internet]. Alma-Ata: WHO; 1978. [accessed on 2018 Jan 2]. Available on: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
- Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979;301(18):967-74.
- Harvey D. A brief history of neoliberalism. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Rudin J, Sanders D. Debt, structural adjustment and health. In: Benatar S, Brock G, editors. *Global Health and Global Health Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 155-65.
- Wade RH. Global growth, inequality, and poverty: the globalization argument and the political science of economics. In: Ravenhill J, editor. *Global Political Economy*. 5.ed. Oxford: Oxford University Press; 2017. p. 319-55.
- Velásquez G. Public-private partnerships in global health: putting business before health? Geneva: South Centre; 2014.
- Narayan R, Schuftan C. People's Health Movement. In: Heggenhougen K, Quah S, editors. *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego: Academic Press; 2008. p. 41-5. v. 5.
- Narayan R. The role of the People's Health Movement in putting the social determinants of health on the global agenda. *Health Promot J Austr* [internet]. 2006 [accessed on 2017 Oct 24]; 17(3):186-188. Available on: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=452806502349673;res=IELHEA>ISS>.
- Chowdhury Z, Rowson M. The People's Health Assembly. Revitalising the promise of "Health for All". *BMJ*. 2000;321(7273):1361-2.
- Schuftan C, Turiano L, Shukla A. The right to health: A People's Health Movement perspective and case study. In: Clapham A, Robinson M, Mahon C, et al, editors. *Swiss Human Rights Book*. Zurich: Rueffer & Rub Sachbuchverlag; 2009. p. 521-3v. 3.
- People's Health Movement; Medact; Global Equity Gauge Alliance. *Global Health Watch 1 (2005-2006): An alternative world health report*. London: UK: Zed Books; 2005.
- People's Health Movement. The People's Charter for Health [internet]. 2000. [accessed on 2018 Jan 2]. Available on: <http://www.phmovement.org/en/resources/charters/peopleshealth?destination=home>.
- People's Health Movement, editor. *The Second People's Health Assembly*. Cuenca: PHM; 2005.
- People's Health Movement. The final Cape Town call to action [internet]. 2012. [accessed on 2014 Dec 1]. Available on: http://www.phmovement.org/en/pha3/final_cape_town_call_to_action.
- People's Health Movement, editor. *The Struggle for Health is the Struggle for a More Equitable, Just and Caring World* [internet]. 2018. [accessed on 2014 Dec 1]. Available on: <https://phmovement.org/declaration-pha4/>.
- Cailhol J, Craveiro I, Madede T, et al. Analysis of human resources for health strategies and policies in 5 countries in Sub-Saharan Africa, in response to GFATM and PEPFAR-funded HIV-activities. *Global Health*. 2013;9(1):52-66.
- People's Health Movement, Medact, Health Action International, et al. *Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report*. London: UK: Zed Books; 2017.
- People's Health Assembly. People's Health Charter [internet]. 2001. [accessed on 2007 Apr 10]. Available on: <http://www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf>.
- Bodini C, Sanders D, Sengupta A. The Contribution of

Civil Society Engagement to the Achievement of Health for All. Cape Town: People's Health Movement; 2018.

20. International People's Health University. International People's Health University [internet].2019. [accessed on 2019 Jun 3]. Available on: <https://www.iphu.org/>.

21. Abiyans. Health For All Now! The People's Health

Source Book. Chennai: South Vision; 2000.

22. Abiyans. National Health Policy 2001 – Legitimising Privatization. Delhi: Delhi Science Forum; 2001.

Recibido el 18/07/2019

Aprobado el 03/11/2019

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo