

HISTORIA, SALUD Y GLOBALIZACIÓN

MARCOS CUETO y VÍCTOR ZAMORA
editores



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de Salud y Administración Carlos Vidal Layseca

IEP Instituto de Estudios Peruanos

HISTORIA, SALUD Y GLOBALIZACIÓN

HISTORIA, SALUD Y GLOBALIZACIÓN

MARCOS CUETO Y VÍCTOR ZAMORA
editores



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

***IEP** Instituto de Estudios Peruanos*

Serie: Lecturas contemporáneas, 5

© UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Av. Honorio Delgado 430, Lima 31

Telf. (51-1) 382-0344 / 319-0026

www.upch.edu.pe

© IEP EDICIONES

Horado Urteaga 694, Lima 11

Telf. (511) 332-6194

Fax (511) 332-6173

E-mail: publicaciones@iep.org.pe

© MARCOS CUETO y VÍCTOR ZAMORA

mcueto@upch.edu.pe

zamora@unfpa.org.pe

ISBN: 9972-51-149-9

ISSN: 1026-2679

Impreso en Perú

Primera edición, agosto de 2006

1,000 ejemplares

Hecho el depósito legal

en la Biblioteca Nacional del Perú: 2006-7145

Registro del proyecto editorial

en la Biblioteca Nacional: 11501130600536

Prohibida la reproducción total o parcial de las características gráficas de este libro por cualquier medio sin permiso de los editores.

CUETO, MARCOS

Historia, salud y globalización. Marcos Cueto y Víctor Zamora Mesía (eds.). Lima: IEP, UPCH, 2006. (Lecturas contemporáneas, 5)

HISTORIA; SALUD PÚBLICA; GLOBALIZACIÓN: POLÍTICA EN SALUD; PERÚ W/19.02.06/L/5

*A Rodrigo Cueto por su alegría,
a Mixy Paredes por su paciencia
y a Joaquín Zamora por su sonrisa*

CONTENIDO

Introducción	11
MARCOS CUETO y VÍCTOR ZAMORA	
Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud	27
MARCOS CUETO	
Enfermedades emergentes como un reto para la salud pública en el Perú	59
VÍCTOR ZAMORA	
La Organización Mundial de la Salud y la transición de la "Salud Internacional" a la "Salud Global"	69
THEODORE M. BROWN, MARCOS CUETO y ELIZABETH FEE	
El rol cambiante del Banco Mundial en la salud global	103
JENNIFER P. RUGER	
Globalización: ¿cuán preparada está la salud pública peruana?	135
VÍCTOR ZAMORA	
ANEXOS: DOCUMENTOS	
1. Objetivos de desarrollo del milenio.....	157
2. "Declaración de la Asamblea de Salud de los Pueblos", Bangladesh 2000... ..	161

3. Los retos mundiales de la salud. Declaración del Primer Programa <i>New Century Scholars</i> de Fulbright, 2002.....	175
4. "Recursos Humanos para la Salud: Superemos la Crisis". Resumen Ejecutivo del Informe Estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud, 2004.....	181
Agradecimientos	205
Sobre los autores	209
Bibliografía	211

Introducción

MARCOS CUETO Y VÍCTOR ZAMORA MESÍA

EN LOS ÚLTIMOS VEINTE años el término de "globalización" ha marcado discursos y prácticas no sólo económicas y políticas sino también en otras esferas esenciales de la actividad humana como la salud pública.¹ Es, sin duda, un término de moda; común, y a veces voluble e impreciso, utilizado por distintas personas y grupos para explicar o darle legitimidad a diversas realidades y aspiraciones. La percepción más común del concepto es que engloba procesos mundiales integradores, interdependientes, y únicos en la historia. Estos procesos estarían marcados por la rapidez en los intercambios comerciales, el flujo y ubicuidad de las empresas y capitales financieros transnacionales, el traslado masivo tanto de viajeros como de inmigrantes, y el desarrollo de nuevas tecnologías de información como el Internet. La globalización se ha convertido además en un po

1. Véase O. Ianni, *A Era do Globalismo* (1996) y Kelley Lee, Kent Buse y Suzanne Fustukian, ed., *Health Polic,y in a Globalizing World* (2002); D. Woodward, N. Drager, R. Beaglehole, D. Lipson, "Globalization and health: a framework for analysis and action", *Bulletin of the World Health Organization* 79:9 (2001): 875-881, A.J. McMichael, R. Beaglehole, "The changing global context of public health", *Lancet*, 356 (2000): 577-582. Kelley Lee, *Globalization and Health: an introduction* (2003), David Woodward, Nick Drager, Robert Beaglehole, *et al.* "Globalization and health: a framework for analysis and action". *Bulletin of the World Health Organization* 79:9 (2001): 875-881.

deroso "vector" de ideas. Asimismo, es frecuente asociar al término de "globalización" a la emergencia de nuevas y viejas enfermedades, y al temor al bioterrorismo, que aparentan atravesar por igual a países pobres y ricos. Todos estos procesos parecieran haber acortado las distancias entre los habitantes del planeta, erosionado las fronteras nacionales, reducido la importancia de mercados nacionales y quebrado tradicionales sistemas de protección social y sanitaria.

El origen del término de "globalización", se asocia también a la emergencia de políticas económicas neoliberales y del así llamado "Consenso de Washington" en los años noventa del siglo XX. Este Consenso estuvo ligado a las ideas del renombrado economista inglés John Williamson, y su prédica de un acuerdo tácito entre funcionarios del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo, el gobierno norteamericano y algunas agencias bilaterales y multilaterales, sobre lo que debía hacerse en los países en vías de desarrollo azotados por altas tasas de inflación y deudas externas agobiantes. Es importante notar el contexto político en que surgió este "consenso"; es decir las administraciones republicanas de los Presidentes Ronald Reagan (elegido en 1980 y reelegido cuatro años después) y de George Bush padre (que sucedió al anterior en 1989).² En parte por estas administraciones defensoras del neoliberalismo, las políticas económicas enfatizaron el rol del mercado sobre el Estado, insistieron en desregulaciones para el capital financiero, promovieron la privatización de las empresas públicas, argumentaron a favor de la imposición de tarifas en los servicios sociales que brindaba el Estado, y clamaron por la inmediata reducción del déficit fiscal y la ampliación de la base tributaria de los países. Estas políticas, se aplicaron con mayor o menor intensidad en muchos países latinoamericanos durante la década de los noventa bajo los programas de ajuste estructural.

2. Pedro-Pablo Kuczynski y John Williamson, ed. *After the Washington consensus: restarting growth and reform in Latin America* (2003).

Los políticos empezaron a usar el término de "globalización" casi al mismo tiempo que los economistas y la entendieron como una nueva etapa en la historia mundial, marcada por la caída del muro de Berlín, el colapso de la Unión Soviética y la emergencia de un mundo unipolar; hechos decisivos ocurridos en la última década del siglo xx. Al fin y al cabo la Unión Soviética fue una de las superpotencias de la Guerra Fría que poco después de concluida la Segunda Guerra Mundial dominó parte del planeta. La tensión de la Guerra Fría provocó que la mayoría de los países en vías de desarrollo definieran sus lealtades por alguna de las superpotencias y se inspiraran en ellas para imaginar sus modelos de desarrollo.

Por su lado, políticos neoliberales han usado la noción de "globalización" para explicar la veloz disseminación de formas democráticas como el modelo ideal de gobierno para cualquier sociedad, la reducción del número de funcionarios gubernamentales, la no intervención del Estado en la economía, y la privatización de gran parte de los servicios públicos en aras de la eficiencia y la efectividad. Una de las relaciones más frecuentes que hacen los políticos de las naciones industrializadas entre la salud y la "globalización" es alrededor del tema de la mejora en la productividad económica y la seguridad nacional; es decir consideran urgentes acciones sanitarias "globales" para enfrentar la creciente presencia de enfermedades emergentes y reemergentes y la amenaza del bioterrorismo. Ello ha servido para justificar la necesidad de construir una nueva "salud global" como un instrumento necesario de la política exterior norteamericana que algunos consideran un simple instrumento de las políticas económicas neoliberales.³

3. Lincoln Chen, Jennifer Leaning y Vasant Narasimhan, ed. *Global health challenges for human security* (2003), Board on International Health, Institute of Medicine, *America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests* (1997).

Al mismo tiempo han surgido críticos y movimientos antiglobalización, también en el campo de la salud, que cuestionan el supuesto que la globalización sea un proceso natural, irreversible y precipitado sólo por los avances tecnológicos. Críticos de la globalización, como el economista y premio Nobel Joseph E. Stiglitz, piensa que el Fondo Monetario Internacional que fue creado para asegurar la estabilidad monetaria, se está dedicando a promover los intereses de los grandes capitales financieros.⁴ Otras críticas a la globalización están dirigidas al supuesto que la expansión del mercado mundial vaya a beneficiar a los más pobres. Asimismo, los críticos deploran el debilitamiento de los Estados Nacionales, algunos estragos industriales producidos en el medio ambiente, y señalan que la mayor movilidad y las menores regulaciones al capital financiero sólo han producido más inequidad entre países ricos y pobres, y al interior de los países pobres.⁵ Para algunos críticos, la globalización no es más que una sofisticada reelaboración del imperialismo de las naciones industrializadas que buscan legitimar su dominación o darle mayores oportunidades al capital financiero en el mercado de los servicios de salud y los seguros sociales. Investigadores de la salud y organizaciones que cuestionan el carácter inevitable de la globalización y los supuestos beneficios de la privatización, la consideran una conspiración para minar lo que queda de los Estados de Bienestar, y defienden la noción que la salud no debe reducirse a un factor subordinado a mejorar la productividad económica o mantener la seguridad nacional sino que la salud

4. Joseph E. Stiglitz, *Globalization and its discontents* (2002).

5. Carlos M. Vilas "Globalization as Imperialism", *Latin American Perspectives* 29:6 (2002): 70-79; Vicente Navarro, J. Schmitt J., J. Astudillo, "Is globalization undermining the welfare state? The evolution of the welfare state in developed capitalist countries during the 1990s", *International Journal of Health Services* 34:2 (2004): 185-227.

es un derecho social, económico, y político fundamental de las personas y de los países.⁶

Aunque el término "globalización" puede parecer relativamente nuevo, es indudable que la salud ha estado ligada a la expansión internacional del comercio, la seguridad de los puertos y el imperialismo europeo, desde hace varios siglos.⁷ Asimismo que en su desarrollo se han encontrado a veces en convergencia y a veces en oposición las motivaciones políticas y económicas, por un lado, y las de solidaridad y cooperación entre las naciones, por el otro. Un primer evento de lo que ahora entendemos como una interacción entre la globalización y la salud fueron las primeras cuarentenas en los puertos italianos del siglo XIV que buscaron impedir la llegada de la peste bubónica del Medio Oriente. Un momento crucial se produjo durante el siglo XIX cuando una serie de acuerdos y convenciones de sanidad marítima trataron tanto de proteger a los puertos y las poblaciones receptoras de productos que venían del exterior, como mantener la fluidez del comercio internacional. Un hito en este período fue el surgimiento en Europa de la medicina tropical; una especialidad médica que acabó reduciendo a factores biológicos la etiología y la transmisión de las enfermedades transmisibles que parecían ser más intensas entre los Trópicos del Cáncer y de Capricornio.⁸ En algunos lugares como Inglaterra, donde surgieron prestigiosas escuelas de medicina tropical en Londres y Liverpool, se creó una íntima y orgullosa relación

6. Vicente Navarro, "Health and equity in the world in the era of globalization", *International Journal of Health Services* 29:2 (1999): 215-26; Howard H. Waitzkin "Global trade and public health", *American Journal of Public Health* 95:2 (2005): 192-193 y Vicente Navarro, "Neoliberalism, 'globalization', unemployment, inequalities, and the welfare state", *International Journal of Health Services* 28:4 (1998): 607-682.

7. Jared Diamond, *Guns, Germs and Steel: The Fates of Human Societies* (2001).

8. David Arnold, ed., *Warm climates and Western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900* (1996).

entre la sanidad marítima, la medicina tropical y los intereses gubernamentales y económicos del imperialismo.

Una etapa más reciente de interacción entre procesos globales y la salud, ocurrió durante el siglo XX cuando aparecieron agencias permanentes de sanidad internacional como la Oficina Sanitaria Panamericana (ahora conocida como Organización Panamericana de la Salud, OPS, y cuyo origen se remonta a 1902), y la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, que fue creada poco después de terminada la Primera Guerra Mundial.⁹ Uno de los protagonistas privados principales de la primera mitad del siglo XX fue la Fundación Rockefeller, creada en 1913 sobre la base de la más grande riqueza familiar petrolera de los Estados Unidos, que lanzó campañas para controlar la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria, en varios países del mundo incluyendo los Latinoamericanos, con métodos que enfatizaban la llegada de expertos del exterior con nuevas tecnologías.¹⁰ Asimismo, la Rockefeller impulsó en algunos países un modelo de educación médica inspirado en universidades norteamericanas.

Conforme avanzó el siglo XX, el término de salud internacional se asoció al desarrollo de programas de salud en países pobres o del así llamado "tercer mundo", a ciertos departamentos o cursos en escuelas de salud pública o de medicina, especialmente en universidades de los países industrializados, y a agencias multilaterales ligadas al sistema de Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud, OMS, creada en 1948. La OMS vino a absorber varias de las instituciones internacionales de salud que hasta entonces existían en Europa como la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones. La OMS y las nuevas organizaciones que surgieron a fines de los años cuarenta contri

9. Marcos Cueto, *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud* (2004).

10. Marcos Cueto, ed., *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation and Latin America* (1994).

buyeron a que tanto la "sanidad marítima" como la "medicina tropical" fuesen comprendidas y en parte superadas por el entonces nuevo concepto de la "salud internacional".¹¹ A pesar de que el accionar de la OMS era mundial sus políticas funcionaban como recomendaciones a los Estados-Nacionales y era a partir de estos gobiernos que se esperaba mejorar los servicios de salud y la salud de la población.

No es casual que entonces se asociara la hegemonía política mundial de los Estados Unidos con su influencia en las instituciones internacionales sanitarias. Esta hegemonía que fue erigiendo a la "salud internacional" como una forma más viable que la medicina "colonial", que aún practicaban algunos países europeos, se debió no sólo a los decisivos avances médicos y científicos norteamericanos sino a que la tradición política de Estados Unidos nunca se identificó plenamente con la connotación imperialista que tenía la medicina tropical europea. Esta tradición consideraba, por lo menos formalmente desde su Independencia de Inglaterra, que no era permisible la existencia de colonias o de un imperio político que impusiese su voluntad a las poblaciones de las naciones más pobres. Asimismo, los líderes sanitarios norteamericanos buscaron conjugar una propuesta de cooperación en salud internacional con modelos que buscaban el "desarrollo" y la modernización capitalista de los países atrasados o descolonizados como una alternativa al socialismo, que era preconizado por la Unión Soviética.

Durante la segunda mitad del siglo pasado agencias regionales se renovaron, crecieron o se crearon, como la Organización Panamericana de la Salud, OPS, que recibió un gran impulso después de la Segunda Guerra Mundial y progresivamente fue instalando representaciones permanentes en todos los países de la región así como un número importante de instituciones es

11. Paul F. Basch, "A Historical perspective on international health", *Infectious Diseases Clinics of North America* 5:2 (1991): 183-196.

pecializadas. La OPS desarrolló desde 1985 un valioso programa de residentes en salud internacional que congrega a jóvenes de toda la región Latinoamericana que acumulan valiosas experiencias en un año de trabajo y de estudios en Washington DC, donde funciona la sede de la OPS. A nivel subregional es importante destacar el Convenio Hipólito Unanue creado como parte de la Comunidad Andina de Naciones en 1969 y más conocida entonces como el Acuerdo de Cartagena o Pacto Andino. El Convenio surgió a fines de 1974, cuando los ministros de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela acordaron realizar acciones conjuntas para enfrentar conjuntamente los problemas fronterizos de salud, especialmente los vinculados con las enfermedades transmisibles y con las migraciones poblacionales; la desnutrición; la salud materno-infantil; y la contaminación ambiental, entre otros.

Asimismo movimientos latinoamericanos surgidos en las últimas décadas como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, y la Asociación Brasileira de Salud Colectiva, ABRASCO, han mostrado la capacidad no sólo de resistir y transformar dictados políticos y sanitarios que vienen del exterior sino de hacer propuestas alternativas y creativas.¹² ALAMES surgió en un Seminario Latinoamericano de Medicina Social que se realizó en la ciudad de Ouro Preto, Brasil, a fines de 1984 y que criticó el enfoque biomédico reduccionista a los problemas de salud y enfermedad. Por su lado, ABRASCO, es algo anterior, apareció como una asociación académica de profesionales de salud en 1979 que querían enfatizar, inicialmente en la educación universitaria, que era la comunidad y no el Estado el principal protagonista de la salud pública.¹³ Una experiencia similar se

12. Cecilia Iriarte, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, A. Estrada, E. Merhy, "Latin American social medicine: contributions and challenges", *Revista Panamericana de Salud Pública* 12: 2 (2002): 128-136.

13. ABRASCO, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil* (1984).

encuentra en pleno desarrollo en el Perú alrededor de Foro-Salud, que emerge como un grupo de intelectuales de la salud pública y se convierte luego en una red de redes de organizaciones académicas, Organismos no gubernamentales y movimientos sociales en defensa de la salud pública y que, además, suscribe al movimiento Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos.

Muchos consideran que una respuesta a la globalización y una siguiente etapa en la historia sanitaria mundial estarán marcadas por la "Salud Global" que ya es usado por una serie de instituciones internacionales, universidades y revistas académicas como *Global Public Health* que empezó a ser publicada en el 2006 y que tiene como su editor principal a Richard Parker, quien es un connotado estudioso del SIDA en Brasil y profesor del Departamento de Estudios Socio-médicos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia, Nueva York. El concepto ha estado relacionado también a actores en el quehacer de políticas internacionales de salud de una muy diferente procedencia; como el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates que se inicio en 2000 con aproximadamente 23 millones de dólares. Esta Fundación concentró su atención en programas de salud puntuales y usualmente con una inclinación hacia intervenciones donde la tecnología tiene un papel fundamental como la inmunización.¹⁴ Como los economistas y algunos políticos, los defensores del nuevo concepto de "salud global" han remarcado la aparición, aparentemente espontánea, de una nueva realidad social y epidemiológica que requiere de respuestas creativas. Esta nueva realidad estaría marcada por la emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas, como el SIDA o la gripe Aviar, que se han iniciado o extendido al mismo tiempo en países ricos y pobres. La simultaneidad de estas dolencias ha sugerido que la meta del control de las enfermedades transmisibles por la tecnología médica no está próxima, y que las

14. Anne Emanuelle Birn, "Gates's grandest challenge: transcending technology as public health ideology", *Lancet* 366: 9484 (2005): 514-519.

esperanzas de una ordenada transición mundial de un perfil epidemiológico dominado por las enfermedades infecciosas a uno donde predominan las crónicas y degenerativas, serán más lento y complejo de lo que parecía treinta años atrás.

Algunos defensores de la "Salud Global" centran sus esperanzas en que el nuevo concepto reemplace a la salud internacional, que las agencias gubernamentales y multilaterales hagan alianzas con organismos privados (como los que se han conseguido en el ONUSIDA) y que estas tengan la capacidad de imponer controles, medidas y penalidades a los países que no cumplan con disposiciones sanitarias mundialmente aceptadas. A pesar que la salud pública y los organismos de salud internacionales han experimentado cambios importantes relacionados con el impacto de la globalización, el debate sobre el tema es relativamente reciente, especialmente en textos que circulan en el idioma castellano.¹⁵ En el idioma inglés el término de "Salud Global" se ha ido generalizando y, casi al mismo tiempo, surgen respuestas alternativas que a veces cuestionan la necesidad de un cambio de nombre y otras veces critican aspectos de su contenido.¹⁶

Los defensores de la "Salud Global" no han dejado de señalar los riesgos de la globalización económica como la pobreza, la rápida movilidad de enfermedades infecciosas y la diseminación de enfermedades creadas por el comercio y las industrias transnacionales, como el tabaquismo o la obesidad producto de malas prácticas de nutrición.¹⁷ Aunque el término de "Salud Global" es muchas veces ambiguo, comúnmente se le asocia a una crítica a las limitaciones de las tradicionales agencias multilaterales, bilaterales, y de los ministerios de salud nacionales, generalmente

15. Angus Deaton, "Health in an Age of Globalization" *Brookings Trade Forum*, editado por Susan Collins y Carol Graham (2004).

16. J. Cohen, "Global health. The New World of Global Health", *Science* 311: 5758 (2006): 162-167.

17. Julio Frenk y Óscar Gómez-Dantes, "Globalization and the challenges to health systems", *Health Affairs* 21: 3 (2002): 160-165.

centrados en el control de las fronteras y en la relación oficial entre gobiernos de dos países.¹⁸ La crítica también supone que a diferencia de la salud internacional, donde los protagonistas de los programas de salud eran los Estados y las agencias intergubernamentales, en la salud global participan nuevos actores como las ONG, los grupos de pacientes y activistas y nuevas agencias multilaterales y donantes privados. También se considera que una salud global puede ser más útil para aprovechar los beneficios de la globalización, así como neutralizar sus efectos negativos; entre los que se incluyen el estigma, la exclusión y la desigualdad.¹⁹

Este libro quiere contribuir al inacabado debate en castellano y en el Perú de lo que son y han sido la salud internacional y global.²⁰ Queremos entender mejor tanto las oportunidades de desarrollo y el impacto de nuevos factores económicos y políticos en la salud de la población como de los riesgos y las ventajas que se presentan en la noción de "salud global". Para comprender lo que vivimos le hemos dado importancia a la historia reciente de las políticas de algunas agencias de salud multilaterales y su relación con Latinoamérica y el Perú.²¹ Hemos incluido una ver

18. Kelley Lee, "Globalization and the need for a strong public health response", *European journal of Public Health* 9 (1999): 249-250, y Julio Frenk y Óscar Gómez-Dantes "Globalization and the challenges to health systems". *Health Affairs*, 21:3 (2002):160-165.
19. Julio Frenk y Óscar Gomez-Dantes, "Globalization and the challenges to health systems", *Health Affairs* 21:3 (2002): 160-165.
20. Dos estudios publicados en el Perú pero que no tratan de la salud es Pablo Sandoval y Ramón Pajuelo, *Globalización y diversidad cultural. Una mirada desde América Latina* (2004) y Ludwig Huber, *Consumo, cultura e identidad en el mundo globalizado. Estudios de caso en los Andes* (2002).
21. Algunos estudios sobre el tema en la región son César Vieira, "Globalización, comercio internacional y equidad en materia de salud", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11:5-6 (2002): 425-429, Paulo Marchiori Buss, "Globalization and disease: in an unequal world, unequal health!", *Cadernos de Saúde Pública* 18:6 (2002): 1783-1788, W. F. Water, "Globalization and local response to epidemiological overlap in 21st century

sión extendida de algunos artículos que han aparecido en inglés y documentos poco conocidos así como un artículo novedoso de Víctor Zamora Mesía sobre la percepción de la salud global entre líderes sanitarios peruanos. Del mismo autor es una versión reelaborada del artículo de enfermedades reemergentes y las limitaciones de las instituciones sanitarias tradicionales para enfrentarlas, que apareció en los *Anales de la Facultad de Medicina* de la Universidad de San Marcos. El capítulo de Marcos Cueto sobre los orígenes de la Atención Primaria de Salud, y el trabajo de Theodore Brown, Marcos Cueto y Elizabeth Fee sobre la transición hacia la "salud global", presentan una versión extendida de trabajos que originalmente aparecieron en el *American Journal of Public Health*. La Atención Primaria fue una de las más importantes políticas de la salud internacional desde fines de la década que se inició en 1970 y es hasta el día de hoy reivindicada como un ideal para los trabajadores de salud. En el estudio de Brown, Cueto y Fee se examina cómo el concepto de Salud Global se fue perfilando en un proceso en el que aparecían nuevos actores en la escena sanitaria internacional como el Banco Mundial. Finalmente, hemos incluido el artículo de Jennifer Ruger, quien ha tenido una valiosa experiencia en economía de la salud, que describe como el Banco se convirtió en una de las principales agencias sanitarias y que también fue publicado originalmente en inglés en el *American Journal of Public Health*.

Entre los documentos que aparecen en la sección final de este libro aparece en primer lugar un resumen de cómo es considerada la salud en los así llamados Objetivos del Milenio. Ocho objetivos fueron impulsados por Naciones Unidas en el año 2000 (por ello llevan simbólicamente el nombre del "milenio") y

Ecuador", *Global Health* 19:2,1 (2006): 8, M. L. Barreto, "The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America", *International Journal of Epidemiology* 33:5 (2004): 1132-1137, Nelson Gouveia, Renato Rocha Lieber, Lia Giraldo da Silva Augusto, "Os verdadeiros desafios da saúde global", *Cadernos de Saúde Pública*, 20:4 (2004): 1125-1126.

abarcaban desde la reducción a la mitad de la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA. También aparece en esta sección de documentos un texto elaborado por un movimiento mundial que es crítico tanto de la globalización como de las agencias tradicionales multilaterales de la salud. Se trata de la Primera Declaración de la Asamblea de la Salud de los Pueblos aprobada en Bangladesh en el año 2000. Es importante destacar que una siguiente reunión de este movimiento se realizó en Cuenca, Ecuador, a comienzos del 2005. En tercer lugar aparece la Declaración final de investigadores de un programa de la Fulbright que trató de definir como podía entenderse la salud global. Finalmente, hemos incluido el Resumen Ejecutivo de un programa internacional sobre recursos humanos para la salud que fue auspiciado por la Fundación Rockefeller y que congregó a especialistas de todo el mundo. El objetivo de este programa era llamar la atención de la importancia de los trabajadores de salud, y los graves problemas que enfrentan especialmente en los países más pobres. Entre estos problemas están la insuficiencia de profesionales de salud y la masiva migración de algunos de ellos de los países de menos recursos a los más desarrollados.

El esfuerzo editorial que representa este libro se justifica porque existen pocos estudios académicos en castellano sobre el tema, aunque reconocemos que existen valiosas experiencias internacionales de trabajadores de salud peruanos que desde la época de Carlos Enrique Paz Soldán, el profesor de higiene de la Facultad de Medicina de San Marcos por buena parte del siglo XX, jugaron un rol notable en organismos sanitarios multilaterales. El Perú ha tenido además altos funcionarios sanitarios internacionales, como David Tejada de Rivero quien fuera uno de los sub directores de la OMS durante los años setenta y comienzos de los ochenta. También debemos reconocer la valiosa experiencia universitaria de los diversos cursos de salud internacional dictados en universidades peruanas desde hace algunos años. Todas estas son experiencias que debemos recoger y

conocer mejor para pulir nuestra capacidad de responder a los retos sanitarios mundiales. Aspiramos a que este texto pueda servir para organizar clases y discusiones, así como diseñar nuevas investigaciones e informar políticas en una temática que va volviéndose cada vez más relevante no sólo en centros de educación superior sino entre profesionales, líderes y activistas de la salud. Igualmente esperamos que este esfuerzo contribuya a mejorar capacidades locales, tanto de funcionarios como de instituciones, de intervenir proactivamente en las discusiones y las decisiones de instituciones bilaterales y multilaterales así como de contrarrestar el efecto negativo de las empresas transnacionales que afectan a la salud de la población peruana.

Ello es importante para el caso del Perú donde el tema de la globalización y la salud ha estado generalmente sólo relacionada a las protestas de parte de la sociedad civil por la eventual firma de un Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos y por sus consecuencias negativas sobre el acceso a medicamentos genéricos. Fuera de ello -como lo indica el capítulo de Víctor Zamora Mesías- asuntos más amplios de la globalización y su impacto en la salud de las y los peruanos han estado ausentes de la discusión pública o académica. Algo que queremos sugerir con esta publicación es que es la "globalización" y la "salud global" no son fenómenos homogéneos y unidireccionales sino que son en gran parte procesos políticos y heterogéneos; con riesgos y peligros, pero también con oportunidades y en los que debemos tener la capacidad de adaptar, intervenir, recrear, apropiarse e incluso discrepar o rechazar lo que consideramos que no es beneficioso a la salud de la población y de la salud pública del país.

Tanto la "globalización" como la "salud global" no tienen, y posiblemente nunca tendrán, una definición unívoca y precisa. Son conceptos y procesos cuya agenda está abierta a la discusión y a la intervención de actores sociales y sanitarios que no sólo son las agencias internacionales. También deben incorporar con mayor vigor otras perspectivas esenciales surgidas desde la sociedad o de culturas locales, como los derechos humanos,

la preocupación por el deterioro del medio ambiente, el enfoque de género, el respeto a la diversidad cultural y la ética en la investigación y la práctica de la salud, entre otros.

La combinación de nuevas y viejas nociones y aspiraciones alrededor de la "globalización" y la sanidad revelan que a pesar que la medicina y la salud pública parecen actividades neutrales a la sociedad, son puntos de encuentro para diferentes acontecimientos, culturas, opiniones y políticas, tanto locales como mundiales. Asimismo, que la salud de la población será no sólo un resultado del desarrollo socio económico sino que la salud pública puede ser una poderosa herramienta para demandarlo. Es por ello que hemos escogido una foto de matiz histórico para ilustrar este libro. Se trata de uno de los primeros encuentros culturales ligados a una intervención sanitaria; la de un trabajador de salud de un programa de la Fundación Rockefeller frente a un medio familiar, diferente al que usualmente se encontraría en un establecimiento médico. De esta manera queremos sugerir que no es tan nuevo lo que ahora se propone como una nueva etapa de la historia mundial y sanitaria, y que viejos problemas, como el encuentro de la cultura local con la cultura global, sigue siendo un desafío central para la salud pública. Con esa imagen queremos además sugerir que podremos decidir mejor adonde queremos ir si sabemos de donde venimos y el contexto en que vivimos.

Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud

MARCOS CUETO

DURANTE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS, el concepto de la Atención Primaria de Salud (APS) ha tenido una influencia significativa en muchos países en desarrollo. Sin embargo, se tiene escaso conocimiento de los orígenes del término así como de las distintas interpretaciones del mismo que han existido a lo largo de su corta historia. Existe incluso, menos conocimiento de otra versión de APS, mejor conocida como la Atención Primaria Selectiva de Salud (APSS). Este capítulo examinará los orígenes de estos dos conceptos y la interacción entre cuatro factores cruciales para los programas de salud internacionales: el contexto en el cual ellos aparecieron, los actores que tuvieron (entre los cuales incluiré tanto a los líderes como a las instituciones), los objetivos que se trazaron, y las técnicas que propusieron y por las que se hicieron conocidas. Este trabajo está basado en publicaciones de la época, información obtenida en archivos, y algunas entrevistas, que nos permitirán remontarnos a los principios de estos conceptos. Enfatizaré el papel desempeñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF en la creación de la APS y la APSS y en menor medida el rol de la Organización Panamericana de la Salud, OPS. Este trabajo es complementario a estudios recientes sobre la APS.¹ Dejamos pendiente una

1. Sócrates Litsios, "The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection", *International Journal of Health Services* 32: 4 (2002): 709-32 y

investigación más exhaustiva de las reacciones latinoamericanas y más específicamente de la posición de instituciones y líderes de salud peruanos ante la Atención Primaria.

Contexto

El contexto político en el que surgió la APS fue la crisis de la hegemonía estadounidense a fines de los años sesenta y principios de los años setenta del siglo veinte; es decir las décadas finales de la Guerra Fría. Para entonces la perspectiva de intervenciones de salud de tipo vertical, usado por ejemplo en la erradicación de la malaria por agencias estadounidenses y por la OMS desde finales de los años cincuenta, fue duramente criticado. Nuevas propuestas para la salud y el desarrollo aparecieron, tales como el libro de John Bryant *Health and the Developing World* (traducido al español y publicado en México en 1971) en el que se cuestionó el traslado de los sistemas de asistencia médica básica de los hospitales de los países industrializados a países en desarrollo, y la carencia de un énfasis en la prevención de enfermedades. Según Bryant cerca de la mitad de las personas en el mundo no tenían ningún acceso a los servicios médicos y de salud, y encontraba que para gran parte del resto que la recibían, no servía para solucionar sus problemas. En una crítica a los programas verticales que enfatizaban la tecnología Bryant señaló que no se podía satisfacer las necesidades básicas de salud con equipos rociadores de DDT y jeringas para vacunas.²

S. Lee, "WHO and the Developing World: the context for ideology", Andrew Cunningham y Birdie Andrews, eds., *Western Medicine as contested knowledge* (1997), 24-45. Asimismo, de una variante importante que tuvo la Atención Primaria en la obra y labor del médico Sidney Klark, véase Theodore Brown y Elizabeth Fee, "Sidney Kark and John Cassel: social medicine pioneers and South African emigres". *American Journal of Public Health* 92:11 (2002):1744-1745.

2. J. H. Bryant, *Health and the Developing World* (1969), ix-x; la edición en castellano fue *Mejoramiento mundial de la salud pública* (1971).

En una perspectiva similar, Carl Taylor, fundador y presidente del Departamento de Salud Internacional en la Escuela de Salud de la Universidad de Johns Hopkins en Baltimore, Estados Unidos, editó un libro sobre la medicina rural en la India, que acentuó la perspectiva anterior como un modelo general para los países pobres.³ Otro trabajo de gran influencia fue realizado por Kenneth W. Newell, miembro de la OMS desde 1967, quien recopiló y examinó las experiencias de auxiliares médicos en países en desarrollo.⁴ En el libro *la Salud por el Pueblo*, sostenía que un enfoque ceñido estrictamente al sector salud sería ineficaz.⁴ Además, el informe canadiense de 1974, *Lalonde Report* (titulado así por el Ministro de Salud Marc Lalonde) disminuía la importancia atribuida al número de servicios y prestaciones médicas y proponía cuatro factores determinantes de la salud en una población, a saber, biología, servicios de salud, medio ambiente (por el cual se comprendía también el ambiente social), Y los estilos de vida.⁵

Otros estudios, escritos desde fuera de la comunidad de la salud pública, tuvieron a su vez mucha influencia en el cuestionamiento del supuesto que la salud era el resultado de la transferencia de la tecnología, o de más doctores y más servicios. El historiador británico Thomas McKeown sostuvo que la disminución de las enfermedades respiratorias en Inglaterra se había producido mucho antes que surgiese un método científico de intervención eficaz y que la salud total de la población guardaba menos relación con los avances médicos que con los niveles de vida y la nutrición.⁶ De manera más agresiva, el libro *Nemesis*

3. Carl E. Taylor, ed., *Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges* (1976).

4. Kenneth W. Newell, *La salud por el pueblo* (1975).

5. Marc Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians: a working document/Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, un document de travail* (1974).

6. Thomas McKeown, *The Modern Rise of Population* (1976).

médica de Ivan Illich, sostenía que la medicina era no sólo irrelevante, pero incluso perjudicial, ya que los médicos expropiaban la salud del público y enfatizaban la curación sobre la prevención. Este libro se transformó en un éxito de librería y fue traducido en varias lenguas incluyendo el español.⁷

Otra influencia importante para la APS provino de la experiencia de doctores misioneros. La Comisión Médica Cristiana (también conocida por las siglas CMC), una organización especializada del Consejo Mundial de Iglesias y la Federación Mundial Luterana, fue creada a finales de los años sesenta por misioneros médicos que trabajaban en países en desarrollo.⁸ La nueva organización resaltó la formación de trabajadores sanitarios a nivel comunitario, equipados con medicinas esenciales y métodos simples. Desde 1970 se comunicaba entre sus miembros y difundía su labor a través de la publicación periódica *Contact*, que utilizó el término APS, probablemente por primera vez. A mediados de los años setenta. Versiones francesas y españolas de esta revista tuvieron una amplia difusión, y su circulación general llegó a alcanzar los 10 000 ejemplares.

Es interesante notar que John Bryant y Carl Taylor eran miembros de la CMC y que en 1974 la colaboración entre la CMC y la OMS se formalizó en un acuerdo. Además, en el libro *Health by the People* de Newell algunos de los más importantes ejemplos citados eran programas de la CMC mientras otros fueron llevados a la OMS por miembros de la CMC. Una colaboración cercana entre estas organizaciones fue también posible debido a que las oficinas centrales de la OMS en Ginebra estaban situadas cerca de la oficina central del Consejo Mundial de

7. Ivan Illich, *Medical Nemesis: the Expropriation of Health* (1975). Pocos años después apareció, *Némesis médica: la expropiación de la salud* (1978).
8. Gillian Paterson, "The CMC Story, 1968-1998", *Contact* 161-162 (1998): 318; Sócrates Litsios, "The Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's primary health care approach", *American Journal of Public Health* 94: 11 (2004): 1884-1893.

Iglesias Luteranas (además, 50 miembros de la OMS estaban suscritos a la revista *Contact*).⁹

Otra inspiración importante para la APS fue la popularidad global que experimentó durante los años setenta la difusión de como operaban los servicios médicos rurales en la China Comunista; especialmente la labor de los "médicos descalzos". Es importante anotar que esta difusión coincidió con la entrada de China en el sistema de las Naciones Unidas (incluyendo a la OMS) y su distanciamiento de las dos superpotencias de la Guerra Fría. Los "médicos descalzos", cuyo número de miembros fue incrementándose significativamente entre principios de la década iniciada en 1960 y la Revolución Cultural (1964-1976), eran un grupo diverso de trabajadores de la salud que vivían en la comunidad a la que servían, priorizaban la asistencia médica rural antes que la urbana, y brindaban servicios preventivos más que curativos. Asimismo, se distinguían en combinar el uso de medicinas occidentales y tradicionales, en un momento en que la mayoría de los médicos de formación universitaria desdeñaban la medicina tradicional por considerada primitiva e ineficaz.¹⁰

La APS fue también favorecida por un nuevo contexto político caracterizado por la aparición en la escena internacional de naciones africanas descolonizadas y la extensión de movimientos nacionalistas, antiimperialistas, así como de izquierda, en varios países en desarrollo. Estos cambios condujeron a nuevas propuestas sobre como debía ser el desarrollo, distintas a las llevadas a cabo por algunos países industrializados. La

9. Raynond Martin, "Christians Pioneer International Health Concepts", <http://www.ccih.org/forum/0011-03.htm> [último acceso el 19 de mayo de 2006].

10. Victor W. Sidel, "The Barefoot Doctors of the People's Republic of China", *The New England journal of Medicine* 286 (1972): 1292-1300. Ver también Ruth Sidel y Victor Sidel, *Health Care and Traditional Medicine in China, 1800-1982* (1982).

"modernización", entendida como la simple réplica del modelo de desarrollo seguido por Europa occidental o Estados Unidos, que había sido la posición hegemónica en los programas de ayuda bilateral empezó a ser cuestionada. Algunas de las críticas más conocidas se realizaron desde los países industrializados. Por ejemplo, Lester B. Pearson de Canadá y Willy Brandt de Alemania Occidental, líderes políticos importantes en sus respectivos países, presidieron importantes comisiones sobre el desarrollo internacional que enfatizaban la necesidad de cambios socioeconómicos a largo plazo en vez de intervenciones técnicas específicas.¹¹ Como corolario de lo anterior en 1974, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución para el "Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional" que permitiera modificar los términos desfavorables de intercambio para las naciones vendedoras de materias primas y favorecer a los países menos desarrollados.¹²

Nuevos actores y nuevas intervenciones de salud

Nuevos líderes e instituciones encarnaron las nuevas influencias académicas y políticas. Prominente entre ellos era el médico danés Halfdan Mahler quien fue electo Director General de la OMS en 1973 y más tarde reelegido para dos periodos sucesivos de cinco años cada uno, permaneciendo a la cabeza de la OMS hasta 1988. Los inicios de Mahler no estuvieron relacionados con la malariología; la especialidad que dominó la salud internacional durante los años cincuenta y en la que la mayoría de sus miembros eran partidarios de los programas verticales. Mahler inicio sus actividades internacionales siendo muy joven trabajando en trabajos comunitarios en los Andes ecuatorianos y contra

11. Lester B. Pearson, *Partners in Development* (1969); Willie Brandt, *North South, A Program for Survival* (1980).

12. L. A. Hoskins, "The New International Economic Order, a bibliographic essay", *Third World Quarterly* 3:3 (1981): 506-527.

la tuberculosis. Entre 1950 y 1951 dirigió una campaña de la Cruz Roja en Ecuador contra la tuberculosis y más tarde pasó varios años (1951-1960) en la India como funcionario de la OMS en el Programa Nacional de Tuberculosis. De esta última experiencia le quedó grabado una anécdota que tuvo con una madre a la que quiso explicar que tenía medicamentos sólo para algunos de sus muchos hijos; a lo que esta contestó con una bofetada diciéndole que no trataría a ninguno. En 1962 Mahler fue designado jefe de la Unidad de Tuberculosis en la oficina central de la OMS.¹³ En Ginebra, Mahler también dirigió el proyecto de la OMS en Análisis de Sistemas, un programa que significó la mejora de las capacidades nacionales en la planificación de la salud. Su estancia en Ginebra le permitió hacer amistad y familiarizarse con los funcionarios y programas de la Organización.

Mahler era una figura carismática con un espíritu de misionero. Es indudable que su padre, un predicador bautista, ayudó en algo a moldear su personalidad y su elocuencia. Muchos años después de su retiro de la OMS Mahler explicó que para él, "la justicia social" era "una palabra santa".¹⁴ La fuerte impresión que él produjo en algunas personas está bien ilustrada por el recuerdo de un activista religioso que se encontró con Mahler en los años setenta: "Me sentí como un ratón de iglesia delante de un arzobispo".¹⁵

Mahler tenía excelentes relaciones con los antiguos funcionarios de la OMS. El brasileño malariólogo Marcolino Candau, director de la OMS antes de Mahler, trabajó cercanamente con él y propuso al danés como segundo Director General en 1970. Gracias a su relación cercana con la vieja guardia de la OMS,

13. La información biográfica es tomada de "Dr. Halfdan T. Mahler" <http://www.who.int/archives/who50/en/directors.htm> [último acceso el 19 de marzo de 2005].

14. H. T. Mahler, Entrevista con el autor, Ginebra, 2 mayo, 2002.

15. Mac McGivray [miembro de la CMC] luego de su encuentro con Mahler el 22 de marzo, de 1974 narrado en Paterson, "The CMC Story", p. 13.

Mahler pudo facilitar la transición que experimentó esta agencia bajo su dirección. Algunos de estos cambios ocurrieron antes de que Mahler asumiera el puesto de Director General. A partir de finales de los años sesenta hubo un incremento de los proyectos de la OMS relacionados con el desarrollo de los servicios básicos de salud (de 85 en 1965 a 156 en 1971). Estos proyectos servían para atender las necesidades básicas de la población de menores recursos (y no se centraban en una sola enfermedad como los programas verticales) y son considerados predecesores de los programas de Atención Primaria de Salud que aparecerían más tarde. Otra expresión temprana de los cambios fue la creación en 1972 de una División para reforzar los servicios de salud dentro de la OMS. Newell, una voz académica fuerte para la APS, fue designado director de esta División (la carrera de Newell en la OMS comenzó en 1967 como Director de la División de Investigación en Epidemiología y Ciencias de la Comunicación). En 1973, el mismo año del nombramiento de Mahler como director general de la OMS, la directiva de la OMS publicó un informe sobre los mejores métodos para promover el desarrollo de los servicios básicos de salud. Este fue la base para una nueva re definición de la colaboración entre la OMS y UNICEF (que se remontaba a los años inmediatamente posteriores a la Segunda Guerra Mundial). Mahler logró tener una cercanía con Henry Labouisse, Director Ejecutivo de UNICEF entre 1965 y 1979, quien tenía su propia valiosa experiencia en programas sociales basados en la comunidad tanto en salud como en educación. El acuerdo produjo en 1975 un informe realizado conjuntamente por la OMS y UNICEF que fue discutido extensamente por estos organismos multilaterales y que fue llamado en español *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*, que buscaba resaltar los "enfoques alternativos" para trabajar en países en desarrollo.¹⁶

16. V. Djukanovic y E.P. Mach, eds., *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries, a Joint Unicef/WHO*

El uso del término "alternativos" subrayaba los defectos de los programas verticales tradicionales que estaban concentrados en enfermedades específicas. Además, el supuesto de que el progresivo crecimiento de los sistemas médicos "occidentales" -como un mayor número de médicos y hospitales- lograra satisfacer las necesidades de la gente común fue, otra vez, muy criticado. Según el documento, las causas principales de enfermedad en países en desarrollo eran la desnutrición, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y las transmitidas por vectores, que eran "resultado de la pobreza, la miseria y la ignorancia".¹⁷ El informe también examinó experiencias exitosas de Atención Primaria de Salud en países con pocos recursos económicos como Bangladesh, Cuba, India, Nigeria, Venezuela y Yugoslavia, para identificar los factores claves de su éxito.

Este informe moldeó las ideas de la OMS con respecto a la APS. La 28ª Asamblea Mundial de la Salud de 1975 -la principal reunión anual de la Organización- reforzó la tendencia a apoyar la creación de "Programas Nacionales de APS" como una materia prioritaria y urgente. El informe conjunto entre la OMS y UNICEF que enfatizaba la importancia de enfoques alternativos en los servicios de salud se convirtió en la base para un debate mundial. En la Asamblea Mundial de la Salud de 1976, Mahler propuso el objetivo de la "Salud para todos para el año 2000" y convirtió a este slogan en una parte integral de la Atención Primaria de Salud. Según Mahler esta meta requería de un cambio radical entre los trabajadores de salud y hasta en la misma sociedad. En la Asamblea Mundial de 1976, pronunció un emocionante discurso en el que dijo que: "muchas evoluciones sociales y revoluciones han ocurrido porque las estructuras sociales se derrumbaban. Hay signos de que las estructuras cien

study (1975), p. 110 y el mismo texto traducido es: *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo: estudio conjunto UNICEF/OMS* (1976).

17. Djukanovic y Mach, *Alternative Approaches*, p. 14.

tíficas y técnicas de la salud pública también se están derrumbando".¹⁸ Estas ideas serían confirmadas en una conferencia que se realizó un par de años después en la Unión Soviética.

Alma-Ata

El evento crucial para la Atención Primaria de Salud fue la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud que ocurrió en Alma-Ata del 6 al 12 de septiembre de 1978. Alma-Ata era la capital de la República Soviética de Kazajstán localizada en la región asiática de la Unión Soviética. Según uno de sus organizadores, la reunión trascendería el mero ámbito tradicional de las agencias de la salud y "ejercería una presión moral" para la realización de la APS.¹⁹ Un co-organizador ruso afirmó que "nunca antes tantos países se habían preparado tan intensamente para una conferencia internacional" parecida.²⁰

La tensión de los años sesenta entre los países comunistas - particularmente entre China y la Unión Soviética- desempeñó un papel importante en la selección de la sede para dicha reunión. La delegación china de la OMS fue la que propuso primero la idea de una conferencia internacional sobre la APS.

Al principio, la URSS se opuso a la propuesta y defendió un enfoque más orientado hacia reforzar la autoridad y los servicios médicos institucionales en los países pobres y atrasados. Sin embargo, después de notar que el movimiento a favor de la APS crecía, el delegado soviético de la OMS declaró en 1974 que su

18. H. T. Mahler "Social Perspectives in Health, Address in Presenting his Report for 1975 to the Twenty-Ninth World Health Assembly, Geneva, 4 May 1976", p. 1 Mahler Discursos/Lecturas. Box 1, Biblioteca de la OMS.

19. "Interview with David Tejada de Rivero" En *World Federation of Public Health Associations, Conference Bulletin* 1 (1977): 1. Folder: WHO International Conference on Primary Health Care 1978 Nov 1977-January 1978. P/21/87/5. Archivo de la OMS [en el futuro AM], Ginebra.

20. D. D. Venediktov, "Primary Health Care: Lessons from Alma Ata", *World HealthForum* 2:3 (1981): 332-340, p. 333.

país estaba impaciente para auspiciar la reunión. La oferta también resultó debido a la creciente competencia entre los partidos comunistas tradicionales y las nuevas organizaciones proChina que surgieron en varios países en desarrollo. La oferta de la Unión Soviética tenía, sin embargo, una condición: la conferencia debería darse en suelo ruso; la URSS estaba dispuesta a financiar una gran parte de la reunión, proporcionando dos millones de dólares.²¹

Por un tiempo, la OMS buscó una sede alternativa. Los gobiernos de Irán, Egipto y Costa Rica se interesaron en la idea, pero finalmente desistieron. Nadie podía llegar a ofrecer una oferta económica similar a la prometida por la Unión Soviética, y en el caso de Irán había recelo por la inestabilidad política debido a la creciente oposición islámica al régimen del Sha Mohamed Reza Pahlevi (quien finalmente fue derrocado en 1979). Finalmente, la OMS aceptó la oferta soviética, pero pidió una sede que no fuera Moscú, sugiriendo una ciudad provincial. Después de algunas negociaciones Alma-Ata fue seleccionada, en parte debido a las notables mejoras de salud experimentadas en lo que fuera antes un área atrasada durante la Rusia zarista. La decisión fue una pequeña victoria soviética en la Guerra Fría.

La Conferencia se llevó a cabo con 3000 delegados de 134 gobiernos y 67 representantes de organismos internacionales de todo el mundo. Los detalles fueron orquestados con cuidado por el peruano David Tejada de Rivero, uno de los sub directores generales de la OMS.²² Tejada de Rivero, que años después sería

21. La información se encuentra en "United Nations Economic and Social Council, United Nations Children's Fund, executive Board, 29 October 1976", Folder "WHO International conference on Primary Health Care 1978, August 1975-February 1977" P 21/87/5. Archivo de la OMS.
22. La preocupación de Tejada de Rivero por los detalles lo llevó a solicitar "250 escritorios y mesas, 500 sillas, 200 escritorios de mecanógrafo, 200 sillas de mecanógrafo", entre otros artículos; D. Tejada de Rivero a D. Venediktov, 20 de septiembre de 1976. Folder: "WHO International Conference on Primary Health Care 1978 August 1975-February 1977", P 21/87/5. Archivo de la OMS.

Ministro de Salud en el Perú en el gobierno de Alan García, fue el responsable de la organización del evento; una tarea en la que puso todo su esfuerzo y talento. La mayor parte de los delegados vinieron del sector público, expresamente de ministerios de salud. Setenta participantes latinoamericanos, el 97 por ciento vino de instituciones oficiales de la salud pública. Se esperaba que varios de los delegados fuesen directores o altos funcionarios en planeamiento y expertos en educación, especialistas que serían capaces de implementar un enfoque multisectorial efectivo, pero pocos de los asistentes lo fueron.

La mayoría de los representantes latinoamericanos venían del sector público -entre los cuales sólo había algunos directores de los organismos nacionales de planificación-, sólo uno era de una ONG, uno de una universidad y no había ninguno del sector privado. Entre los latinoamericanos destacaron Rodrigo Altman, Vicepresidente de Costa Rica. Entre los representantes de las Américas se encontraba el director de la OPS, el mexicano Héctor Acuña quien ocupara ese cargo entre 1975 y 1983. En la región se habían producido valiosas experiencias nacionales de medicina comunitaria en países como Cuba o Jamaica. La OPS llegó a la reunión de Alma Ata con una comprensión de la Atención Primaria sobretodo como una extensión de la cobertura de los servicios de salud pero que luego la XX Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en 1978 aprobó una entusiasta recomendación para lograr un compromiso político a favor de la Atención Primaria y apoyar la participación comunitaria así como los sistemas locales de salud.²³ Uno de los políticos más importantes de la región que asistió al evento fue el entonces senador norteamericano Edward Kennedy, que en un momento dado compartió la mesa de honor con Mahler. El general Jorge Chávez Quelopana, director del Instituto Nacional de Planificación y parte de la delegación peruana de cuatro

23. Héctor Acuña, "Progress toward "Health for All by the Year 2000", *Bulletin for the Pan American Health Organization* 16: 3 (1982): 207-11.

personas que asistieron al evento, fue elegido como cabeza del "Comité A" encargado de discutir la Atención Primaria y el Desarrollo.

Asistieron también a la reunión agencias internacionales y de las Naciones Unidas como la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Norteamericana Agencia para el Desarrollo Internacional. Las organizaciones no gubernamentales como movimientos religiosos (incluso la CMC), la Cruz Roja y *Medicus Mundi* y movimientos políticos como la Organización para la Liberación de Palestina y la Organización del Pueblo del Suroeste de África (más conocida por sus siglas SWAPO) estaban también presentes. Sin embargo, debido a motivos políticos China estuvo ausente ya que el conflicto chino-soviético empeoró a partir de los años sesenta.

En la ceremonia de apertura, Mahler desafió a los delegados con ocho preguntas concluyentes que llamaron inmediatamente la atención. Dos de las más audaces fueron:

1. ¿Están listos para introducir, si es necesario, cambios radicales en el sistema de servicios de salud existentes, de modo que esto apoye cabalmente a la APS como la prioridad en la salud?
2. ¿Están listos para luchar las batallas políticas y técnicas requeridas para vencer cualquier obstáculo social y económico, así como resistencias profesionales a la introducción universal de la APS?²⁴

Cuando tuvo lugar la Conferencia, la APS estaba de alguna forma ya "vendida" a muchos participantes. De 1976 a 1978, la

24. "Intervention of Director General of WHO, H. Mahler", in "Alma-Ata 1978, International Conference on Primary health Care, 6-12 September 1978, Statements by participants in the plenary meetings", pp. 4-6. ICPHC/ ALA/78.1-11. Biblioteca de la OMS, Ginebra.

OMS y UNICEF organizaron una serie de reuniones regionales para hablar los "enfoques alternativos". El documento principal de la Conferencia "la Declaración de Alma Ata", ya conocido por muchos de los asistentes, fue aprobado por aclamación. El término "Declaración" le quiso otorgar una gran trascendencia al documento -como otras grandes declaraciones de independencia y de derechos humanos-. La intención era crear un texto de valor universal y a la vez audaz. El lema "Salud para Todos para el año 2000" fue incluido como una visión hacia el futuro.

Tres ideas claves impregnan la Declaración: la "tecnología apropiada", la oposición al elitismo médico, y finalmente, el concepto de salud como un instrumento para el desarrollo socio económico. Respecto a la primera cuestión se presentó una crítica al papel negativo de la "tecnología orientada hacia la enfermedad"; el término se refería a la tecnología de tomógrafos o equipos costosos que eran demasiado sofisticados o irrelevantes para las necesidades de la mayoría de la gente pobre.²⁵ Además, dicho término criticó la creación de hospitales urbanos en países en desarrollo. Estas instituciones eran percibidas como promotoras de una cultura dependiente del consumo, en la que se beneficiaba una minoría, y se desperdiciaba un monto significativo de recursos humanos y financieros que eran escasos. Mahler usó la historia del aprendiz de brujo para ilustrar como la tecnología de la salud carecía de un control "social".²⁶ En contraste, una tecnología médica "apropiada" era la alternativa consecuente para atender las necesidades de las personas. Esta debía ser además científicamente sólida y económicamente factible. Asimismo, la construcción de muchas postas de salud en áreas rurales y en barrios urbanos pobres fue destacada, en lugar

25. Mahler, "Health-A Demystification of Medical Technology", *The Lancet* (1 de noviembre de 1975): 829-833.

26. Mahler, *World Health is Indivisible, Address to the Thirty-first World Health Assembly* (1978), p. 4.

de la construcción de unos cuantos hospitales sofisticados y especializados.

Una segunda idea clave de la Declaración era la crítica al elitismo. Esta significó una desaprobación de la sobre-especialización del personal de salud en países en desarrollo y de las campañas de salud orientadas de arriba hacia abajo. En cambio, el entrenamiento de personal no médico de salud y la participación de la comunidad fue enfatizada. Además, la necesidad de trabajar con curanderos tradicionales como chamanes y parteras fue promovida. Finalmente, la Declaración relacionó a la salud y al desarrollo; el trabajo de salud fue percibido no como una intervención aislada y efímera, sino como parte de un proceso de mejora de las condiciones sociales y económicas de vida de la población. La APS fue diseñada como el nuevo centro del sistema de salud público; esto requirió de un enfoque intersectorial, es decir, varias instituciones públicas y privadas trabajando conjuntamente en cuestiones de salud (por ejemplo en educación sanitaria, vivienda adecuada, agua potable y saneamiento básico). Según una descripción de David Tejada de Rivera, hecha algunos años después de Alma Ata pero poco antes que fuera Ministro de Salud del Perú; la nueva política debía ser una forma de enfrentar los problemas de salud que debía tomarse en cuenta en todos los niveles inclusive en aquellos establecimientos de salud con mayor especialización.²⁷ Además, el eslabón entre la salud y el desarrollo tenía implicaciones políticas; según Mahler, la salud debía ser un instrumento para el desarrollo y no simplemente un subproducto del progreso económico: "podríamos [...] convertirnos en el *avantgarde* de una conciencia internacional para el desarrollo social".²⁸

27. David Tejada de Rivero, "Atención Primaria de Salud y Ampliación de la Cobertura", En: *Políticas de salud en el Perú: medidas de urgencia*, editado por Laura Morales la Torre (1985), p. 15.

28. Mahler, "WHO's Mission Revisited, Address in Presenting his Report for 1974 to the 28th World Health Assembly, 15 May 1975", p. la, Mahler Discursos/Conferencias. Box 1, Biblioteca de la OMS.

La 32^a Asamblea Mundial de la Salud, que se realizó en Ginebra en 1979, respaldó la declaración de la Conferencia; ésta aprobó una resolución que declaró que la APS era "la llave para alcanzar un nivel aceptable de salud para todos". En los años siguientes, el mismo Mahler se convirtió en vocero de la APS redactando artículos y discursos con títulos muy fuertes y sugerentes como: "Salud y justicia" (1978); "La lucha política por la salud" (1978); "El significado de la salud para todos para el año 2000" (1981) y "Dieciocho años para llegar a la salud para todos" (1982).²⁹ Sin embargo, a pesar del entusiasmo inicial, era difícil poner en práctica la Atención Primaria luego de Alma-Ata. Aproximadamente un año después de la conferencia apareció un concepto diferente de la APS.

Atención Primaria Selectiva de Salud

La Declaración de Alma-Ata fue criticada por ser demasiado amplia, idealista, algo vaga y tener un calendario poco realista. Una crítica común se realizaba contra la viabilidad del lema: "Salud para Todos para el 2000". Preocupados por identificar las estrategias de salud más rentables y efectivas, la Fundación Rockefeller patrocinó en 1979 una pequeña conferencia titulada "Salud y Población en el Desarrollo" en su Centro de Conferencias en Bellagio en Italia. El objetivo de la reunión era examinar el estatus y las interrelaciones de la salud y de los programas de población en una época en que los organizadores percibían "síntomas perturbadores de un desinterés en materias de

29. Mahler, "Salud con Justicia", *Salud Mundial* (mayo 1978); "What is Health For All?" *World Health* (noviembre 1979): 3-5. "The Meaning of Health for All by the Year 2000" *World Health Forum* 2: 1 (1981): 5-22, "The Political Struggle for Health, Address at the 29th Session of WHO Regional Committee for the Western Pacific", "Eighteen Years to Go to Health For All "Address to the 21st Pan American Sanitary Conference. Geneva", Mahler Discursos/Conferencias. Box 1, Biblioteca de la OMS.

población".³⁰ Es importante notar que desde los años cincuenta, las agencias internacionales habían comenzado a interesarse en el control poblacional y la planificación familiar en países menos desarrollados y que aun en los setenta se habían encontrado con resistencias de diversa índole en estos países. La inspiración y el marco inicial para la reunión provinieron del médico John H. Knowles, el presidente de la Fundación Rockefeller y editor de *Doing Better and Feeling Worse*, quien creía firmemente en la necesidad de más practicantes para la asistencia primaria en los Estados Unidos (Knowles murió unos meses antes de que la reunión en Bellagio ocurriera).³¹ Las cabezas de algunas de las instituciones multilaterales, bilaterales y de donantes más importantes estuvieron implicadas en la organización de la reunión: Robert S. McNamara, antiguo Secretario de Defensa en las administraciones de Kennedy y de Johnson y, Presidente del Banco Mundial desde 1968; Maurice Strong, Presidente del Centro de Investigación y de Desarrollo Internacional canadiense; David Bell, Vicepresidente de la Fundación Ford; y John J. Gillian, Administrador de USAID, entre otros. El influyente Mc Namara intentaba superar las críticas según las cuales el Banco habría hecho caso omiso de la pobreza social y cierta impresión de ineficiencia y desgaste de las agencias y los donantes que trabajaban en países en desarrollo. Él trató de modernizar la gerencia de los organismos multilaterales; promoviendo métodos que se inspiraban en la administración de empresas, así como establecer objetivos claros. Asimismo, como se ve en el capítulo de Ruger, McNamara hizo que el Banco pasara de apoyar grandes

30. K. Kanagaratnam, 9 de mayo de 1979. "A Review of the Bellagio Population and Health Papers", Folder "Health and Population". Archivos de la Fundación Rockefeller [de ahora en adelante RFA]. Record Group [de ahora en adelante R.G.]. A82. Series 120. Box 1776. Centro de Archivos Rockefeller, Sleepy Hollow, Nueva York [de ahora en adelante RAC].

31. John H. Knowles, ed., *Doing Better and Feeling Worse* (1977).

proyectos de crecimiento dirigidos a generar un crecimiento económico a ser el vocero de los enfoques para la reducción de la pobreza.³²

La Conferencia estaba basada en un documento publicado por Julia Walsh y Kenneth S. Warren titulado: "Atención Primaria de Selectiva Salud, una estrategia interina para el control de las enfermedades en países en desarrollo".³³ El artículo buscaba causas específicas de la muerte, prestando especial atención a las enfermedades más comunes de los niños en países en desarrollo, como la diarrea, y enfermedades producidas por la falta de inmunización. Los autores no criticaron abiertamente la Declaración de Alma-Ata. Ellos presentaron una estrategia "interina" o puntos de entrada a través de los cuales los servicios básicos de salud podrían ser desarrollados. Asimismo resaltaron lo que les parecían objetivos realistas y alcanzables así como la necesidad de una planificación racional y efectiva en los programas sanitarios. En el artículo y en la reunión, la APSS fue introducida como el nombre de una nueva perspectiva; el término significó un paquete de intervenciones técnicas de bajos costos que servirían para combatir los principales problemas de enfermedades en los países pobres hasta que se pueda implementar el programa más ambicioso de la Atención Primaria en su totalidad.

Al principio, el contenido del paquete de programas de la APSS no estaba completamente claro. Por ejemplo, en el artículo que acaba de ser citado, varias intervenciones de diferente índole

32. J. H. Knowles y C. Wahren, July 6, 1978. Folder "Health and Population", RFA. R.G. A82. Series 120. Box 1776. RAC; Martha Finnemore, "Redefining Development at the World Bank", En *International Development and the Social Science, Essays in the History and Politics of Knowledge* editado por F. Cooper y R. Packard (1997), 203-227.

33. J. A. Walsh y K. S. Warren, "Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", *New England Journal of Medicine* 301: 18 (1979): 967-974. Apareció también en *Social Science and Medicine* 14C (1980): 145-163 como parte sustancial de la discusión de la reunión en Bellagio.

fueron recomendadas, incluso la administración de medicinas contra la malaria para los niños (algo que más tarde desapareció de todas las propuestas). Sin embargo, en los años siguientes, estas intervenciones fueron reducidas a cuatro y fueron mejor conocidas como GOBI (sus siglas en inglés), que significaban: monitoreo del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, promoción de la lactancia materna, e inmunización.

La primera intervención, el monitoreo de crecimiento para los niños, estaba destinado a identificar, en una etapa temprana, a los niños que no crecían como debían según los estándares internacionales de talla y peso. Se pensaba que la solución era una nutrición apropiada. Una segunda intervención fueron las sales de rehidratación oral que pretendían controlar las enfermedades diarreicas que atacaban a la infancia con soluciones de rehidratación oral.³⁴ La tercera intervención resaltaba el valor nutritivo, protector y psicológico de alimentar a los niños exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de sus vidas.³⁵ La lactancia materna también fue considerada un medio para prolongar los intervalos entre nacimientos y de este modo contribuir indirectamente a reducir el número de hijos entre las familias más pobres. La intervención final era la inmunización que se apoyaba en la vacunación de la infancia.³⁶

Las cuatro intervenciones parecieron fáciles de supervisar y evaluar; además, eran mensurables y tenían objetivos claros y precisos. El financiamiento pareció más fácil de obtener dado que los indicadores tanto de intervención como de éxito así como los reportes podrían ser elaborados más rápidamente. En los años siguientes, ciertas agencias añadieron las siglas FFF (suministro

34. J. Ruxin, "Magical Bullet: The History of Oral Rehydration Therapy", *Medical History* 38 (1991): 363-397.

35. S. Plank y Milanesi, "Infant feeding and infant mortality in rural Chile", *Bulletin of the World Health Organization* 48 (1973): 203-210.

36. The Rockefeller Foundation, *Protecting the World's Children: Vaccines and Immunization within Primary Health Care. Conference report* (1984).

de alimentos, alfabetización femenina, y la planificación familiar) al acrónimo GOBI, creando el GOBI-FFF (convirtiendo al nivel educacional de las mujeres jóvenes y de las madres en un factor crucial para muchos programas de salud). Llama la atención que las infecciones respiratorias agudas, una causa principal de la mortalidad infantil en los países pobres, no hayan sido incluidas; se pensó que éstas requerían de la administración de antibióticos que no podían ser utilizados por muchos practicantes no-médicos en varios de los países con bajos niveles educativos.

La Atención Primaria Selectiva de Salud atrajo el apoyo de varios donantes, académicos y agencias. Según algunos expertos, esto creó el equilibrio entre la escasez de recursos y las posibilidades reales de hacer intervenciones sanitarias efectivas.³⁷ Una institución participante de la reunión de Bellagio que estaba enormemente influenciado por la nueva propuesta, era UNICEF; bajo el mando dinámico de James Grant - designado después de la Conferencia de Alma-Ata-, UNICEF comenzó a dejar de lado un entendimiento holístico de la APS. Grant, economista y abogado de Harvard, fue nombrado Director Ejecutivo de UNICEF de enero de 1980 hasta enero de 1995.³⁸ Hijo de un médico que trabajó en China para la Fundación Rockefeller, creía que las agencias internacionales tenían que hacer lo mejor posible con sus recursos finitos y sus efímeras oportunidades políticas locales. Esto significaba la traducción de objetivos generales a acciones específicas atadas al tiempo. Él, como Mahler, era también un líder carismático que lograba una empatía con jefes de Estado y gente común del pueblo. Unos años más tarde, Grant organizó un libro de UNICEF que propuso una "revolución de los niños"

37. J. Evans, K. Hall y Warford, "Health Care in the Developing World: problems of scarcity and choice", *New England Journal of Medicine* 305: 19 (1981): 1117.

38. Sobre Grant, ver C. Bellamy, P. Adamson, S. B. Tacon, K. Gautum, R. Jolly, N. Nyi, M. Racellis, R. Reid y J. Rohe, *Jim Grant: UNICEF Visionary* (Florenca: UNICEF Innocenti Research Ctr.; 2001); and http://www.unicef.org/about/who/index_bio_rant.html [con acceso el 19 de mayo, 2006].

y explicó las cuatro intervenciones de bajo costo contenidas en GOBI.³⁹

Mahler nunca encaró directamente el enfoque distinto a la APS que la APSS representaba. Después de algunas dudas, asistió él mismo a la Conferencia Bellagio, y aunque existe evidencia de que él no tenía buenas relaciones con el nuevo director de UNICEF, llegó a solicitar a un sub director de la OMS que tratara de fomentar una buena relación entre estas dos organizaciones. Sin embargo, un enfrentamiento entre las dos versiones de la APS era inevitable.⁴⁰ Algunos partidarios de la Atención Primaria Comprensiva de Salud -como comenzó a ser llamada la idea holística u original de la APS- consideraban a la APSS tan sólo un complemento de la declaración de Alma-Mata, mientras otros la percibían como una contradicción a la Declaración. Algunos miembros de la OMS trataron de responder a la acusación de que ellos no tenían objetivos claros; por ejemplo, un artículo titulado: "Indicadores para monitorear el progreso hacia una salud para todos" fue preparado gracias a una "petición urgente" de la Junta Directiva de dicha organización.⁴¹ Otra publicación

39. UNICEF, *The State of the World's Children: 1982/1983* (1983). Ver también K. S. Warren "introduction", En J. Walsh y K. S. Warren, eds., *Strategies for Primary Health Care, Technologies Appropriate for the Control of Disease in the Developing World* (1986), ix-xi; y K. S. Warren, "The Evolution of Selective Primary Health Care", *Social Science and Medicine* 26: 8 (1988): 891-898.
40. Los ejemplos del debate son las cartas enviadas al redactor que aparecen en la sección "Correspondence" del *New England Journal of Medicine* 302: 13 (1980): 757-759. También S. Rifkin y G. Walt, "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'", *Social Science and Medicine* 23 (1986): 559-566;]. P. Unger y J. Killingsworth, "Selective Primary Health Care: a Critical Review of Methods and Results", *Social Science and Medicine* 10 (1986): 1001-1002, Y la edición especial "Selective or Comprehensive Primary Health Care" de *Social Science and Medicine* 26: 9 (1988).
41. "WHO Indicators for Monitoring Progress towards Health for All, Discussion Paper, Geneva March 17, 1980", HPC/MPP/DPE/80.2. Biblioteca de la OMS, Ginebra.

proporcionó objetivos concretos de la propuesta de "Salud para Todos": que un cinco por ciento del PNB sea dedicado a la salud, que más del 90 por ciento de los niños recién nacidos pesen 2 500 gramos, una tasa de mortalidad infantil menor de 50 por cada 1000 nacimientos vivos, una esperanza de vida mayor de 60 años; y unidades de asistencia médica locales con al menos 20 medicinas básicas.⁴² Sin embargo, la mayor parte de los partidarios de APS soslayaron estos indicadores sosteniendo que ellos no eran fiables y no permitían apreciar las inequidades al interior de los países pobres.⁴³ La discusión entre las dos versiones de la Atención Primaria de Salud continuó.

El debate

Los partidarios de la APS acusaron a la APSS de ser una perspectiva tecnocrática y limitada que desviaba la atención de la salud básica y del desarrollo socioeconómico, no se dirigía a las causas sociales de las enfermedades, y se parecía a los antiguos y desacreditados programas de tipo vertical.⁴⁴ Además, los críticos decían que el "monitoreo del crecimiento" era difícil ya que requería el uso de cuadros y gráficos de información por madres analfabetas (registrar datos no era una tarea fácil, las básculas eran muchas veces deficientes y las tablas podían ser malinterpretadas). Por otro lado, la propuesta sobre la lactancia se enfrentaba a la poderosa industria alimenticia; en 1979 se estimaba que las ventas globales de fórmulas infantiles de leche artificial eran de 2 mil millones de dólares por año (las naciones del "tercer mundo" eran responsables del cincuenta por ciento del total).⁴⁵

42. "Primary Health: a first assessment", *People Report on Primary Health Care* [sin número] (1985): 6-9. Biblioteca de la OMS, Ginebra.

43. Venediktov, "Lessons", 336.

44. O. Gish, "Selective Primary care: Old Wine in New Bottles", *Social Science and Medicine* 16 (1982): 1049-1054, p. 1054.

45. J. E. Post [Associate Professor of Management Policy at Boston University, School of Management] a R. Bartley [editor del *Wall Street Journal*] 13 de

Las compañías sostenían -incorrectamente- que las fórmulas infantiles tenían que ser usadas en países en desarrollo porque las madres desnutridas no podían proporcionar el alimento apropiado y por lo tanto prolongar la lactancia agravaría su salud y minaría la de sus hijos. En contraste, para los defensores de la salud, que lanzaron un boicot contra la multinacional suiza Nestlé, uno de los problemas principales era el uso de agua de procedencia inadecuada o dudosa para dar el biberón en barrios de las periferias de las ciudades.⁴⁶ Esta controversia fascinante ayudó a cambiar prácticas maternas en varios países, pero ahuyentó a las agencias donantes.

Para los partidarios de la Atención Primaria Comprensiva de Salud, las sales orales de rehidratación no eran nada más que un parche en lugares donde no existía agua potable ni alcantarillados. Sin embargo, esta intervención, junto con la inmunización, se hizo popular entre las agencias que trabajaban en países en desarrollo.⁴⁷ Esto era en parte gracias a un logro importante: la erradicación global de la viruela alcanzada en 1980. A partir de 1974, el Programa Ampliado de Inmunización de la OMS luchó contra seis enfermedades contagiosas: tuberculosis, sarampión, difteria, pertussis, tétano, y polio, estableciendo un objetivo de cobertura del 80 por ciento de niños o "Inmunización Universal Infantil" para 1990. Este programa contribuyó al establecimiento de equipo de la cadena de frío (es decir que permitan

noviembre de 1979. Folder "The Protection and Promotion of Breast Feeding", CF-NYH-09 D 5-81 Heyward T011 A 138. Archivos de UNICEF, Nueva York, NY.

46. H. I. Sheefield, "Boycott to save lives of third world babies", *The Michigan Chronicle*, diciembre 29, 1979. [Newspaper clipping]. Folder "The Protection and Promotion of breast feeding." CF-NYH-09 D 05-81 Heyward T011 A 138. Archivos de UNICEF.

47. Durante estos años, la mayoría de países en desarrollo mejoró de manera significativa la cobertura. "Expanded Programme on Immunization, November 24, 1978". Folder "WHO-UNICEF Joint Study", CF-NYH-09 D, Heyward, T010 A128, Archivos de UNICEF.

mantener a las vacunas refrigeradas), prácticas de esterilización adecuadas, la celebración de Días Nacionales de Vacunación y la ampliación de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de las labores realizadas por los vacunadores.⁴⁸

Las campañas de inmunización fueron más continuas en los países en vías de desarrollo después de mediados de los años ochenta, también gracias a que ganaron el valioso apoyo de Rotary Internacional.⁴⁹ Colombia, por ejemplo, hizo de la inmunización una cruzada nacional; comenzó en 1984 y recibió un fuerte apoyo del gobierno de Belisario Betancur y de cientos de profesores, sacerdotes, policías, periodistas, actores de televisión y voluntarios de la Cruz Roja.⁵⁰ En 1975 sólo el nueve por ciento de niños colombianos menores de un año adquirían la vacuna DPT (una vacuna que protege contra la difteria, la pertussis, y el tétano dada a niños menores de siete años). Hacia 1989 el porcentaje se había elevado a 75 y en 1990 era del 87 por ciento.⁵¹ Como corolario, la tasa de mortalidad infantil disminuyó. Estas experiencias contribuyeron decisivamente a terminar con percepciones populares erróneas como pensar que la vacunación tenía efectos secundarios negativos, o que no era necesaria para los niños sanos, y que no era segura para las mujeres embarazadas.

48. T. Hill, R. Kim-Farley y J. Rohde, "Expanded Programme on Immunization: A Goal Achieved Towards Health for All", En J. Rohde, M. Chatterjee, y D. Morley, eds., *Reaching Health for All* (1993), 403-422.

49. G. Nossal, "Protecting our Progeny: The Future of Vaccines", *Perspectives in Health Magazine* 7 (2002): 8-13.

50. UNICEF, *UNICEF in the Americas, for the children of Three decades*, UNICEF, History Series 85, Monograph IV, 1995. Biblioteca de UNICEF, ciudad de Nueva York.

51. F. Muller, "Participation, Poverty and Violence: Health and Survival in Latin America". En Jon Rohde, M. Chatterjee y D. Morley, eds., *Reaching Health far All* (1993), pp. 103-129, p. 105.

Sin embargo, los logros de la inmunización no impidieron ni disminuyeron el debate sobre la Atención Primaria.⁵² Newell, uno de los arquitectos de la APS, hizo una crítica muy dura: "la APSS es una amenaza y puede ser considerada como una contrarrevolución. En vez de alternativa, [...] puede ser destructiva [...] Su atractivo para los profesionales y para las agencias de financiamiento y gobiernos que buscan objetivos a corto plazo es muy aparente. Tiene que ser rechazada".⁵³ Agencias estadounidenses, el Banco Mundial y UNICEF comenzaron a priorizar algunos aspectos de GOBI como la inmunización y las soluciones orales de rehidratación. Consecuentemente, aumentó la tensión y la acritud entre las dos instituciones fundadoras de la APS a principios de los años 1980: la OMS y UNICEF.⁵⁴

El debate entre estas dos perspectivas evolucionó entorno a tres preguntas: ¿Cuál era el sentido de la APS? ¿Cómo se financiaría la APS? ¿Cómo se pondría en práctica? Los diferentes sentidos, sobre todo el de la Atención Primaria Comprensiva, minaron su poder. En su versión más radical, la APS era un adjunto a la revolución social; para unos esto era negativo y Mahler debía ser culpado por transformar la OMS de una organización técnica a una politizada.⁵⁵

Para otros, este programa era ingenuo por esperar tales cambios de las burocracias conservadoras de países en desarrollo.

52. Hubo incluso críticas radicales a la Declaración original de Alma-Ata como la de Vicente Navarro, "A Critique of the Ideological and Political Positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration", [1984]. En V. Navarro, *Crisis, Health and Medicine, A Social Critique*, (1986) pp. 212-232.

53. Newell, "Selective Primary Health Care: The Counter Revolution", *Social Science and Medicine* 26:9 (1988): 903-906, p. 906.

54. J. Goodfield, *A Chance to Live* (1991) 25-42.

55. Mahler, "The Political Struggle for Health, Address of the Director General at the 29th session of the Regional Committee for the Western Pacific, Manila, August 21, 1978", Mahler Speeches/Lectures. Box 10 Biblioteca de la OMS, Ginebra.

Según ellos, era simplista asumir que expertos ilustrados y esfuerzos de salud comunitarios de abajo hacia arriba podían tener un potencial revolucionario. Asimismo, que el poder político de los pobres en el campo era subestimado. También opinaban que la idea de las "comunidades" como estructuras piramidales dispuestas a participar en programas de salud luego que sus líderes recibieran la información necesaria era idealista. De hecho, opinaban, estas comunidades y sus procesos de aprendizaje eran por lo general diversos y complejos y merecían mayor estudio.⁵⁶

En su versión menos rígida, la APS era un complemento de los servicios médicos preexistentes, un primer contacto médico, una extensión de servicios de salud a áreas rurales o un paquete de intervenciones de APSS. Sin embargo, todo esto no podía evitar ser considerado como asistencia de segunda calidad, tecnología simplificada o asistencia médica de bajo nivel para los pobres.⁵⁷ Dos críticas de académicos izquierdistas latinoamericanos eran que "Primaria" realmente significaba la Asistencia "Primitiva" de Salud y que esto era un medio de control social de los pobres, o una degradación del ideal establecido en Alma

Ata. Una pregunta relacionada que no había sido contestada era: ¿La APS es más barata que las intervenciones de salud tradicionales o exige una mayor inversión?⁵⁸

56. A. W. Parker, J. M. Walsh y M. A. Coon, "Normative Approach to the Definition of Primary Health Care", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 54 (1976): 415-438.

57. Ver J. Frenk, "First contact, simplified technology or risk anticipation? Defining Primary Health Care", *Academic Medicine* 65 (1990): 676-679.

58. Ver J. Breilh, "Community Medicine under Imperialism: A new Medical Police", *International Journal of Health Services* 9:1 (1979): 5-24; M. Testa, "¿Atención Primaria o primitiva? De Salud" en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (1988), 75-90; A. Ugalde, "Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs", *Social Science and Medicine* 21:1 (1985): 41-53.

No estaba claro después de la reunión de Alma-Ata cómo la APS iba a ser financiada.⁵⁹ En contraste con otras campañas internacionales, como el programa global de erradicación de la malaria de los años cincuenta, donde UNICEF y la ayuda bilateral estadounidense proporcionaron el financiamiento; no había recursos significativos en la OMS para entrenar al personal auxiliar, mejorar la nutrición, implementar agua potable o crear nuevos centros médicos. Era difícil convencer a países en desarrollo de cambiar sus presupuestos de salud ya establecidos. Un estudio de 1986 examinó varias estimaciones del posible costo de la APS en países en vías de desarrollo (ascendiendo a aproximadamente a mil millones de dólares) y concluyó que "la amplia variedad de gastos [...] es indicativa de lo poco que se conoce sobre esta área".⁶⁰ En algunos casos los recursos financieros destinados eran exiguos. En el caso del Perú de mediados de los ochenta, según la opinión de un especialista era muy pocos los recursos que se habían destinado para la Atención Primaria (no llegaban al tres por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud).⁶¹

Por consiguiente, la mayoría de las agencias internacionales estuvieron interesadas en programas técnicos de corto plazo con presupuestos claros antes que programas de salud de una duración de varios años y que estos organismos consideraban definidos vagamente.⁶² Además, durante los años ochenta mu

59. La preocupación aparece en algunos documentos de UNICEF como el "Memorandum From F. I. Fazzi, December 22, 1977 un-edited re draft on budgeting of PHC", Folder "WHO and UNICEF fund raising", CF-NYH09 D, Archivos de UNICEF.

60. M. Patel, "An Economic Evaluation of Health for All", *Health and Policy and Planning* 1:1 (1986): 37-47.

61. Óscar Ugarte Ubilluz, "Comentarios", En: *Políticas de salud en el Perú: medidas de urgencia*, editado por Laura Morales la Torre (1985), p. 18.

62. S. B. Rifkin, F. Muller y V. Bichmann, "Primary Health Care: on Measuring Participation", *Social Science and medicine* 26:9 (1988): 931-940.

chos países en desarrollo hicieron frente a la inflación, recesión, políticas de ajuste económicas, y deudas externas sofocantes que empezaron a despojar parte de los recursos destinados a la salud pública. Un nuevo contexto político marcado por regímenes neoliberales conservadores en los países industrializados significó restricciones drásticas en la salud y en la ayuda externa. Según Mahler, durante la década del ochenta: "Demasiados países, demasiadas agencias bilaterales y multilaterales, demasiados individuos se habían desilusionado de las perspectivas del desarrollo humano genuino".⁶³

El contexto político cambiante era también favorable para actitudes profundamente conservadoras entre profesionales de la salud. Por ejemplo, la mayor parte de médicos latinoamericanos fue entrenada en facultades de medicina similares a las universidades estadounidenses, trabajaba en hospitales o consultorios privados, vivía en ciudades, recibía ingresos altos según los estándares locales y pertenecía a la clase alta y media-alta.⁶⁴ Los médicos percibían muchas veces la APS como un programa poco intelectual que le daba poca importancia a la investigación, y el ser promotora de soluciones pragmáticas. Más les preocupaba que la Atención Primaria exigiera demasiados sacrificios (pocos consideraban seriamente en la posibilidad de mudarse a áreas rurales o barrios marginales de las ciudades). Una minoría de médicos que adoptaba la APS pensó que debía ser dirigida bajo la supervisión cercana de personal profesional calificado porque con frecuencia desconfiaban del personal instalado que trabajaba como auxiliar médico.

En un discurso de 1980, Mahler se había quejado ya de "los emperadores médicos" y su actitud negativa hacia la APS debido

63. Mahler, "World Health 2000 and Beyond, Address to the 41st World Health Assembly 3 May 198", 4. Mahler Speeches/Lectures. Box 1. Biblioteca de la OMS.

64. A. J. Rubel, "The Role of Social Science Research in Recent Health Programs in Latin America", *Latin American Research Review* 2: 1 (1966): 37-56.

a una falsa pomposidad y autopercepción de estar por encima de la sociedad.⁶⁵ La confrontación empeoró el asunto y la resistencia de los profesionales médicos se hizo más aguda por su temor de perder privilegios, prestigio y poder. La confrontación continuó ya que no había ningún esfuerzo estable para reorganizar la educación médica alrededor de la APS o realzar el prestigio del personal no profesional que realizaba labores comunitarias importantes para los programas de salud. En el caso peruano, se estimada que hacia 1985 el 70 por ciento de los profesionales de salud se encontraban concentrados en Lima y existían pocos alicientes para que se muden a vivir y trabajar al interior del país.⁶⁶ David Tejada de Rivero sugiere que la equivocada traducción al castellano del término "*Primary*" en "Atención" en lugar de "Cuidados" hecha en parte por las intransigentes traductoras y secretarias de la sede de la OMS, canalizó un término y un significado que tenían una connotación asistencial y se dejó de lado otro alternativo de mayor amplitud.⁶⁷ A pesar de todo, para un grupo pequeño pero importante de estudiantes médicos latinoamericanos, la APS se convirtió en una introducción a la salud pública y Mahler fue una especie de ícono.

Otro problema de la implementación de la APS era el compromiso político real; ciertos regímenes autoritarios latinoamericanos -como la dictadura en Argentina- respaldaron formalmente la Declaración de Alma-Ata, pero no pusieron en práctica ninguna reforma tangible. Como la mayoría de las agencias bilaterales y los donantes internacionales favorecieron la

65. Mahler, *Primary Health Care, An Analysis of some constraints, an address delivered to the Special Congregation for the Conferment of an Honorary Degree on Dr. Halfan T. Mahler at the University of Lagos* (1980), 10. Mahler Speeches/Lectures. Box 1. Biblioteca de la OMS, Ginebra.

66. Melitón Arce, "Comentarios". En: *Políticas de salud en el Perú: medidas de urgencia*, editado por Lama Morales la Torre (1985), p. 21.

67. Entrevista de David Tejada de Rivero con Eugenio Villar y Marcos Cueto. Lima, diciembre 5, 2005.

APSS, muchos ministerios de salud latinoamericanos crearon un programa con pocos fondos para la Atención Primaria y el trabajo comunitario, en medio de sus programas y estructuras fragmentadas, y se concentraron en una o dos de las intervenciones de GOBI.⁶⁸ Como consiguiente, la tensa coexistencia y rivalidad entre aquellos que abogaban por programas verticales orientados hacia la enfermedad y aquellos que lo hacían por los programas orientados a la comunidad fue aceptada como una situación normal.

A mediados de los años ochenta, Mahler siguió su cruzada para una APS más holística en distintos foros. Sin embargo, él se encontraba con frecuencia sólo en esta misión, ya que no tenía el apoyo pleno de la misma burocracia de la OMS y sus aliados fuera de la OMS no siempre estaban disponibles. Por ejemplo, desde 1984 hasta 1987, un académico y líder estadounidense valioso para la APS, Carl Taylor, dejó Johns Hopkins y pasó a ser un representante de UNICEF en China. En 1985, Tejada de Rivero, uno de los ayudantes principales de Mahler en Ginebra, se mudó permanentemente a Perú donde ocupó el cargo de Ministro de Salud (llegó a serlo por dos períodos; desde julio de 1985 a junio del 1987 y de mayo de 1989 a octubre de ese mismo año). En 1988, Mahler terminó un ciclo de tres períodos como Director General de la OMS. A pesar de que él nunca lanzó oficialmente una campaña de reelección, no desautorizó a quienes pensaban que podía volver a ser candidato al puesto. Sin embargo, nunca apareció como candidato alternativo alguien con un liderazgo similar al del danés o que parecería tener la energía suficiente para seguir promoviendo la APS. En un proceso electoral corto y confuso, y un resultado algo inesperado, el médico japonés Hiroshi Nakajima fue electo como el nuevo Director.

68. Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, *Atención Primaria de Salud en el Perú* (Lima: Ministerio de Salud; 1981) o Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Programa de Extensión de Cobertura. *Atención Primaria de Salud con participación comunitaria* (Quito: Ministerio de Salud Pública; 1980).

Nakajima carecía de las habilidades de comunicación y de la personalidad carismática de su antecesor y su elección puede ser considerada como el final de un primer período en la historia de la APS. La OMS pareció recortar la APS, y lo más importante de ese momento fue que la OMS perdió su perfil político. Como corolario de lo anterior, un documento de 1997 de la Organización Panamericana de la Salud propuso un nuevo objetivo, o una nueva fecha límite, "Salud para Todos en el siglo veintiuno".⁶⁹ Los partidarios de una APS holística creen que la propuesta original ha permanecido en gran parte en el tintero, demanda hecha aún hasta el día de hoy.⁷⁰

Conclusiones

La historia de los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud analizada en este artículo ilustra dos supuestos distintos sobre la salud internacional del siglo XX. Primero se reconoció que las enfermedades en naciones menos desarrolladas eran sostenidas social y económicamente y necesitaban de una respuesta política. En segundo lugar, estaba el supuesto de que las principales enfermedades en países pobres eran una realidad natural que requería soluciones tecnológicas adecuadas. Estas dos ideas -que tienen precedentes en la historia de la salud pública que son anteriores al surgimiento de la APS fueron presentadas como un dilema, y muchas veces los funcionarios, practicantes o académicos ligados a la salud debían tomar un camino u otro.

69. Organización Panamericana de la Salud, *Salud para Todos en el Siglo Veintiuno* (1997).

70. D. Werner y D. Sanders, *Questioning the Solution, The Politics of Primary Health Care and Child Survival, with an in-depth critique of Oral Rehydration Therapy* (1997). Ver también "Round table: PHC-what still need to be done?" *World Health Forum* 11 (1990): 359-366.

Como he tratado de presentar en este capítulo, para entender las políticas sanitarias internacionales es crucial entender la interacción entre el contexto político, los actores institucionales, los objetivos que proponen, y las técnicas que aparecen como novedosas o propias de una intervención. La Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud representan distintas adaptaciones de estos factores. En el caso de la APS, la combinación puede ser resumida a la crisis de la Guerra Fría, la prominencia de Mahler en la OMS, el objetivo utópico de la "Salud para Todos" y una metodología no específica. La combinación en el caso de la APSS fue el neoliberalismo, el liderazgo de Grant como la cabeza de UNICEF, el objetivo más modesto de una "Revolución de los niños" y las intervenciones encapsuladas en la sigla de GOBI.

Una lección de esta historia es que el divorcio entre objetivos y técnicas, y la falta de articulación entre los distintos aspectos del trabajo de salud necesitan ser analizados con mayor profundidad. Una perspectiva holística, el idealismo, la técnica y las finanzas pueden -deben- ir juntos. Todavía existen los problemas de territorialidad, la carencia de flexibilidad, y la fragmentación en agencias internacionales y en los programas de salud en países latinoamericanos. Los programas de Atención Primaria y las intervenciones de tipo vertical, coexisten. Un modo de realzar la integración de intervenciones técnicas sólidas, insertarlas en programas de desarrollo socio-económicos, y promover la formación de recursos humanos para la salud adecuados a los cambios sanitarios necesarios, es el estudio de la Historia.

Enfermedades emergentes como un reto para la salud pública

VÍCTOR ZAMORA

LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS continúan siendo la primera causa de muerte y enfermedad en el Perú y en el mundo, especialmente entre aquellos cuyos ingresos se encuentran por debajo de la línea de la pobreza.¹ Grandes rebrotes epidémicos de viejas enfermedades como el Cólera, la Malaria, la Fiebre Amarilla, el Dengue, enfermedades nuevas como el SIDA, Encefalitis Equina Venezolana, Tuberculosis resistente a la quimioterapia y enfermedades persistentes como la Peste y el Tifus, así como las más recientes como la Gripe Aviar, son algunos de los ejemplos de este panorama, que amenaza con extenderse. Para sólo hablar del Dengue que hasta hace unas décadas era una enfermedad que no existía en el Perú; entre 1990 y el 2001 el vector de la enfermedad -el mosquito *Aedes aegypty* ha llegado a ocupar 13 de los 24 departamentos del Perú, desde el 2001 han existido epidemias en la costa norte, y en el verano del 2005 se registraron oficialmente más de 100 casos en Comas, Lima.²

1. Ministerio de Salud, *Lineamientos de Política de Salud 1995-2000*. (1996).
2. Rosa Mostorino, Ángel Rosas, Victoria Gutiérrez *et al.* "Manifestaciones clínicas y distribución geográfica de los serotipos del dengue en el Perú- Año 2001", *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 19:4 (2002); pp.171-180.

Estas enfermedades amenazan con provocar crisis en el mediano y corto plazo, tales como la Malaria producida por *Plasmodium falciparum* -la versión más letal de las cuatro especies de *Plasmodium* que producen esta enfermedad en los seres humanos- o el HIV /SIDA; así como riesgos y daños crónicos, tales como las altas tasas de mortalidad materna –uno de los más preocupantes indicadores de salud en el país- o aquellos derivados del deficiente saneamiento básico que producen enfermedades diarreicas; y problemas futuros, tales como los asociados al proceso de envejecimiento de la población y con su concomitante aparición de un tipo especial de males como algunas enfermedades coronarias, terminan de configurar el panorama ya descrito y al cual la salud pública peruana debería demostrar que es capaz de dar una respuesta eficaz.

Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (término que fue acuñado por el microbiólogo premio Nobel de medicina J. Lederberg en 1952), se refiere a aquellas enfermedades de origen infeccioso cuya incidencia en los humanos se ha incrementado en los últimos veinte años o que se avizora se incrementarán en un futuro cercano.³ Asimismo, el concepto supone que estas enfermedades han sido, son y continuarán siendo una seria amenaza para la salud y el desarrollo individual y colectivo, así como un enorme desafío, técnico, político y organizacional. Sin embargo, a pesar que el término ya existía desde hace algunas décadas la noción de enfermedades emergentes han vuelto a ganar inusitada relevancia en la agenda de la salud pública internacional por la percepción de la incapacidad de los sistemas de salud de responder ante ellas. El fenómeno de la reaparición e intensificación de estas dolencias se explica en parte por la evolución del modelo de desarrollo económico general y del proceso de reforma sectorial en particular.

3. D. P. Drotman, "Emerging infectious diseases: a brief biographical heritage". *Emerging Infectious Diseases* 4:3 (1998): 372-373.

Desde Alma-Ata:

La evolución de la agenda mundial en salud

La salud pública, como bien social y económico, no se encuentra ajena al desarrollo de las diversas formas que han tomado las agendas sanitarias mundiales a lo largo de los años. Muy por el contrario, está íntimamente ligada a estas. La agenda mundial de las agencias, no sólo en la salud sino también las interesadas en el desarrollo y las condiciones de vida en los países más pobres ha incorporado el tema de un desarrollo integral de la salud pública en general y de las enfermedades infecciosas emergentes en particular, debido a su importancia en términos de su contribución a la carga de enfermedad de las sociedades y a la seria amenaza que representan para la sostenibilidad de los procesos de reforma sanitaria iniciados durante la década de los noventa del siglo XX y que buscaban darle mayor calidad, equidad y eficiencia a los servicios de salud.

Las modificaciones en la concepción de la relación entre salud y desarrollo, la preocupación acerca de la íntima relación entre crecimiento poblacional y pobreza, la creciente importancia de modelos alternativos e integrales de cuidados de la salud, así como la creciente demostración que la participación comunitaria es clave en el desarrollo de los programas de salud; configuran el marco de la percepción que existía una crisis en la salud pública en la década que se inició en 1970 y que finalmente desembocó en el establecimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) como instrumento para resolverla.

Tal como se analiza en el capítulo sobre los Orígenes de la Atención Primaria elaborado por el historiador Marcos Cueto al inicio de este libro, la APS fue oficialmente aceptada en la Conferencia de Alma-Ata en 1978 gracias al liderazgo de la Organización Mundial de la Salud. Esta, más que una declaración, significa el reconocimiento oficial de cinco principios que la sostienen: la equidad, la participación comunitaria, el uso de tecnologías apropiadas, el énfasis en la promoción, la prevención;

y la necesidad de la acción multi-sectorial.⁴ Esta aproximación integradora de la salud tuvo muchas dificultades para su implementación y su desarrollo que se hicieron evidentes en los años ochenta y noventa. Las más importantes fueron: la resistencia al cambio por parte de instituciones médicas y gubernamentales, las administraciones centralizadas de los servicios de salud, la inadecuada interpretación de la estrategia original, la limitada o nula incorporación del hospital en su desarrollo, la falta del financiamiento necesario para producir un cambio sustantivo; y la aparición de nuevas teorías en torno a la APS. Dentro de estas últimas, la más importante es aquella que desarrollaron Julia Walsh y Keneth Warren más conocida como Atención Primaria Selectiva de Salud y que aparece también analizada en el artículo de Cueto en este libro.⁵

La Atención Primaria Selectiva se sustenta sobre el supuesto de la imposibilidad financiera y técnica de desarrollar APS en forma comprehensiva, tal y como se estableció en Alma-Ata. En ésta formulación alternativa, se plantea priorizar los daños a la salud y sus intervenciones en razón de criterios definidos, tales como: prevalencia, morbilidad, mortalidad, eficacia comprobada de las intervenciones, costo-efectividad y posibilidades de focalizar su ejecución. Estas diferencias no parecen ser sustantivas pero en la práctica muchas veces lo eran. A pesar de todo, la agenda mundial de la salud ha evolucionado, aparecieron formulaciones con formas y contenidos distintos, que tomaban aspectos importantes de la APS, pero siempre como respuesta o como complemento al desarrollo del modelo económico mundial. Como ejemplo de ésto tenemos: las iniciativas de UNICEF

4. World Health Organization, *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.* (1978) (Health for All Series, N. ° 1).
5. J. A. Walsh y K. S. Warren, "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy For Disease Control In Developing Countries", en *New England journal of Medicine* 301 (1979): 907-994.

orientadas a mejorar las intervenciones a grupos vulnerables (especialmente los menos preparados a resistir el modelo económico derivado del Ajuste Estructural promovido por el Fondo Monetario Internacional), conocidas en su momento como la "revolución por la infancia" y, posteriormente la conocida "iniciativa de Bamako" - estrategia pragmática diseñada con la finalidad de implementar la APS en el marco del intento de dar "un rostro humano al ajuste estructural"-; ⁶ y aquellas orientadas o dirigidas a mejorar los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud, tal y como lo señalan los últimos documentos que al respecto ha publicado el Banco Mundial.⁷

Esta última agencia, ha lanzado una propuesta de salud conocida como Reforma de Salud, que ha puesto especial énfasis en promover la diversidad y la competencia entre los proveedores de servicios directos y en mejorar el gasto en salud mediante la reducción progresiva de costos, el financiamiento de intervenciones de salud pública de alta externalidad positiva (como las inmunizaciones o la planificación familiar), el financiamiento de la provisión de paquetes esenciales de servicios clínicos; y la innovación de la gerencia de salud, promoviendo la descentralización y la desregulación del mercado.

Enfermedades emergentes: nuevo título para viejos problemas

Paralelamente al movimiento mundial para iniciar o profundizar los procesos de reforma sanitaria, en 1992 el Instituto de Medicina de Estados Unidos, publicó un documento orientado a

6. A. Paganini, "The Bamako Initiative was not about money", *Health Policy and Development 2:1* (2004): 11-13. G. Comia, R. Jolly y F. Stewart, eds., *Adjustment with Human Face* (1987).
7. World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries: An agenda for Reform. A World Bank Policy Study*. (1987). J. Lederberg, R. E. Shope y S.C.Jr. Oaks, eds., *Investing in Health. World Development Report. World Bank* (1993).

relevante a las enfermedades infecciosas como una amenaza a la seguridad nacional.⁸ Este documento hace una descripción sistemática de la evolución de las enfermedades nuevas y antiguas de origen infeccioso y que han vuelto a convertirse en una seria amenaza para la salud pública mundial, pero con especial énfasis en aquellas que están tomando relevancia para los Estados Unidos. A esta publicación se le añaden otras dos publicaciones producidas por organismos médicos y científicos norteamericanos, que desde una perspectiva complementaria contribuyen a profundizar y ampliar el conocimiento acerca de las enfermedades infecciosas emergentes y de cómo éstas se han convertido en un factor de inestabilidad para el modelo de desarrollo económico mundial, especialmente para economías en proceso de consolidación.⁹ En estas publicaciones se considera a estas enfermedades como uno de los mayores peligros para los nuevos modelos de financiamiento y prestación de los servicios de salud.

El argumento central de estas publicaciones es que el aumento progresivo de la carga de enfermedad, debido a enfermedades emergentes, se convierte en una fuente importante de drenaje de los recursos públicos y que, además, a pesar de su importancia para la sociedad, no responden a la lógica "racional" del mercado, constituyéndose así en una seria amenaza para los modelos de reforma planteados, tanto en el área social como económica. El mismo Banco Mundial avizora este peligro en su informe de 1993: "Los historiadores, cuando vuelvan la vista atrás sobre la medicina en la segunda mitad de este siglo, hablarán de un gran triunfo, la erradicación de la Viruela, y de una gran tragedia, el SIDA".¹⁰ En el caso del SIDA, es el mismo Banco que

8. Institute of Medicine, *Emerging Infections: Microbial threats to health in the United States* (1992).

9. Centers for Disease Control and Prevention, *Addressing emerging infectious disease threats: a prevention strategy for the United States* (1994).

10. Working Group on Emerging and Re-emerging Infectious Diseases. Committee on International Science, Engineering, and Technology (CISET),

luego hace recomendaciones a los gobiernos para reorientar sus intervenciones en salud pública con el propósito de controlar o aminorar el daño producido por esta enfermedad.

Por tanto, las enfermedades emergentes, tales como el HIV SIDA, adquieren cada vez mayor interés por el impacto que estas tienen en términos económicos, sociales y políticos. Como ejemplo podemos considerar al Brasil; en el año 1996, el SIDA ya había producido una disminución de 5.3 años a su promedio de esperanza de vida al nacer, (en el caso de Zimbabwe la cifra llega a 22.2 años) produciéndose, de esta manera, retrocesos significativos a los importantes avances logrados en términos de reducción de mortalidad y mejoramiento de las condiciones de vida en los países en vías de desarrollo.¹¹ Estos logros se habían obtenido, en parte, gracias al desarrollo del conocimiento científico en relación con la prevención y control de las principales enfermedades transmisibles.

Con los avances logrados en el conocimiento de la biología de los microorganismos, el mejoramiento continuo de los antibióticos y la inmunobio-tecnología y, sobretodo, de la mejora sustancial de las condiciones de vida (especialmente en los países industrializados), muchos estudiosos de los países industrializados avizoraron -equivocadamente- el fin de las enfermedades infecciosas en los años sesenta del siglo XX. Incluso Thomas McKeown llegó a la conclusión en 1979 que la disminución de la mortalidad desde el final del siglo XVII se debió predominantemente a la reducción de la mortalidad producida por las enfermedades infecciosas y que, según el mismo autor, el desarrollo y el mejoramiento de la nutrición eran los factores principales que condicionaría la desaparición de estas enferme

National Science and Technology Council. *Infectious Disease - a global health threat* (1995).

11. M. Ainsworth y M. Over, [Development Research Group. World Bank]. "Confronting AIDS: Government Priorities for prevention and coping". V *Pan-American Conference on AIDS*, 1997.

dades.¹² Sin embargo, a inicios de un nuevo siglo nos encontramos con que los adelantos científicos y tecnológicos no han tenido el éxito que alguna vez se les atribuyó en relación con las enfermedades infecciosas.

El debilitamiento de la salud pública

Esta percepción triunfalista respecto a la pronta derrota de las enfermedades infecciosas que predominó en el pasado reciente, así como la evolución hacia el fortalecimiento de los servicios de cuidados individuales de la salud en la agenda sanitaria mundial que surgieron cada vez con mayor fuerza, produjeron que, paradójicamente, se debilitara progresivamente el énfasis de la salud pública en torno a los problemas producidos por las enfermedades infecciosas, no sólo en los países desarrollados sino en los que se encuentra en vías de desarrollo. De esta forma, la vigilancia epidemiológica, las medidas de promoción, prevención y control e investigación continua de estas enfermedades, y la producción de drogas y vacunas, con algunas excepciones (tales como las inmunizaciones), sufrieron un debilitamiento progresivo. Esto ocurrió a pesar que, a decir de las estadísticas que señalaban que las ahora llamadas enfermedades emergentes no habían dejado de ser la causa principal de enfermedad y muerte en los países en desarrollo, especialmente en los estratos de mayor pobreza. Sin embargo, el debilitamiento de las medidas de vigilancia, prevención y control en particular y de la salud pública en general no son los únicos condicionantes para la aparición de nuevos agentes, o la re-emergencia de aquellos a los que se consideraba derrotados. También existen otros factores que se

12. Thomas McKeown, *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Medicine* (1979), p. 207.

derivan del modelo económico mundial. Según lo ha sistematizado Stephen Morse, estos son:¹³

- Los enormes cambios ecológicos derivados del modelo económico hegemónico y las formas de uso de la tierra que este impone, así como las enormes brechas de inequidad económica que el modelo no es capaz aún de resolver.
- Los cambios en los patrones de comportamiento humano y demográfico, especialmente los derivados de los importantes movimientos migracionales y de crecimiento poblacional, guerras civiles, comportamiento sexual, uso de drogas, nuevos modelos urbanísticos que favorecen el hacinamiento.
- El incremento constante del comercio y el turismo internacional.
- El impacto de la tecnología y la industria, especialmente el relacionado a la tecnología alimentaria, uso de drogas inmunosupresoras y el uso indiscriminado de los antibióticos, transplantes de órganos, etc.;
- Los cambios y la adaptación constante de los microorganismos.

El caso peruano

A pesar que la agenda para la reforma sanitaria promueve la incorporación y ejecución de medidas de salud pública de alta externalidad (como las inmunizaciones y el control y tratamiento de las tuberculosis, entre otras), en el Perú, el proceso de reforma sectorial que se inició en los noventa con la recuperación de las capacidades operativas del Ministerio de Salud y- del Instituto Peruano de Seguridad Social, no ha logrado responder plenamente a la creciente amenaza de algunas enfermedades infec

13. Stephen S. Morse, "Factors in the Emergence of Infectious Diseases" *Emerging Infectious Diseases* 1:1 (1995): 7-15.

ciosas. Este objetivo sólo se ha logrado parcialmente a través de la modernización de los servicios clínicos individuales y aquellos destinados a proveer apoyo administrativo. Esta etapa del proceso de modernización y reforma se conoce como la de "superación del colapso funcional".¹⁴

El énfasis puesto en los servicios curativos y de rehabilitación, aunque necesarios, no ha sido el mismo que el dirigido a recuperar, en la misma magnitud, las capacidades del Estado para enfrentar los problemas que afectan a las colectividades humanas y sus condicionantes, a pesar que la gran carga de enfermedad en el Perú está generada por enfermedades para las cuales las medidas de prevención y tratamiento son tecnológicamente simples y de bajo costo.

Las enfermedades emergentes y sus condicionantes ponen a prueba las capacidades institucionales para hacerles frente. Es necesario abrir espacios de diálogo informado que permitan construir políticas públicas y diseñar estrategias para hacer frente a los enormes retos que tenemos por delante. Por sus peculiares características, las enfermedades emergentes se están convirtiendo en un problema de enormes repercusiones que rebasan largamente la intervención sectorial, comprometiendo a los más altos niveles de dirección, no sólo del gobierno peruano sino de los de otros países y de las agencias internacionales. La comunidad internacional juega y jugará un papel preponderante en este proceso. El país debe estar preparado para negociar, desde su propia realidad y condicionantes, una agenda así como políticas que respondan fundamentalmente a los intereses nacionales y que sea capaz de compartir esfuerzos con la comunidad internacional. Ello significa recoger lo mejor de las experiencias recientes como la APS y la reforma del sector pero al mismo tiempo ampliar la agenda sanitaria nacional hacia nuevos temas y nuevos actores.

14. Juan Arroyo Laguna, *Salud, la reforma silenciosa: políticas sociales y de salud en el Perú de los 90* (2000).

La Organización Mundial de la Salud y la transición de la "Salud Internacional" a la "Salud Global"

THEODORE M. BROWN, MARCOS CUETO Y ELIZABETH FEE

UNA MIRADA RÁPIDA a los títulos, de libros, artículos y publicaciones recientes sobre medicina y salud pública sugiere que se viene realizando una transición importante. Los términos "global", "globalización", y sus respectivas variantes se encuentran por todos lados. Más aún, en el contexto específico de la salud pública, el término "global" parece emerger como el más aceptado. Un indicador revelador de lo anterior es el número de entradas bajo los rubros de salud "global" e "internacional" en la base de datos de la Biblioteca Nacional de Salud (más conocida como *PubMed*). Un vistazo a estas entradas indica que los rubros de "salud global" y "salud internacional" está incrementándose significativamente, y al parecer el término de "salud global" superará al de "salud internacional" próximamente. Sin embargo, a pesar que universidades, agencias gubernamentales y organizaciones filantrópicas privadas utilizan el término de maneras altamente visibles, el origen y significado de "salud global" es aún poco claro.¹

1. Por ejemplo, Yale tiene una División de Salud Global en su Escuela de Salud Pública, Harvard tiene un Centro para la Salud y el Medioambiente Global, la London School of Hygiene and Tropical Medicine tiene un Centro sobre el Cambio Global y la Salud y el Instituto Nacional de la Salud en Estados Unidos tiene un plan estratégico para las Enfermedades Infecciosas Emergentes y la Salud Global; Gro Harlem Brundtland se dirigió al Simposio

El propósito de este artículo es el de proporcionar elementos históricos que permitan comprender el surgimiento de la terminología "Salud Global". Creemos que examinar este giro lingüístico permitirá comprender mejor el proceso de cambios en las ideas y actividades de la salud pública a nivel mundial, y no quedarse tan sólo en modas y tendencias efímeras que pueden manifestarse en un diferente uso del lenguaje. La tarea que nos hemos propuesto es la de proporcionar un análisis del significado, la aparición y la importancia del término "Salud Global" y ubicar su creciente popularidad en un contexto histórico más amplio. Para hacerlo haremos que uno de los puntos centrales de este trabajo sea el de examinar el papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una agencia multilateral especializada del sistema de la Organización de Naciones Unidas (ONU), en la salud "internacional" y la "global", y también como agente en la transición de un concepto a otro.

Debemos comenzar por definir y diferenciar algunas expresiones esenciales; la salud "internacional" era ya un término de uso extendido a finales del siglo diecinueve y comienzos del siglo veinte y se refería sobretudo al control de epidemias a través de las fronteras entre las naciones, es decir "internacionalmente". Lo "intergubernamental" se refiere a las relaciones entre los gobiernos de las naciones soberanas, en este caso respecto de las políticas y prácticas de la salud pública. La "salud global" implica, por lo general, una consideración de las necesidades en materia de salud de las personas de todo el planeta por encima de lo que concierne a las naciones en particular. La palabra "global" se asocia también a la creciente importancia de los actores de organizaciones gubernamentales e intergubernamentales y

Anual Número 35 del Centro John E. Fogarty International con el tema: "Salud Global: Un reto para los científicos" en mayo de 2003; los Centros para el Control y la Prevención de la Enfermedad han establecido una Oficina de la Salud Global y se han asociado a la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, UNICEF, la Agencia para el Desarrollo Internacional, y otras, para crear Sociedades de Salud Global.

de las agencias -por ejemplo, los medios de comunicación, fundaciones con fuerte influencia a nivel internacional, organizaciones no gubernamentales, y corporaciones transnacionales, entre otras-. Lógicamente, los términos "internacional", "intergubernamental" y "global" no se excluyen mutuamente y pueden de hecho ser complementarios; podríamos decir así que la OMS es una agencia intergubernamental que ejerce funciones internacionales y que tiene como objetivo mejorar la salud global.

Dadas estas definiciones, no debería sorprender que la salud "global" no sea un invento enteramente nuevo de los últimos años. El término "global" fue utilizado mucho antes de la década de 1990, como en el "Programa Global de Erradicación de la Malaria" lanzado por la OMS a mediados de la década que se inició en 1950; el folleto del Comité de Asuntos Públicos de la OMS de 1958 que llevó como título *La Organización Mundial de la Salud: su lucha global contra la enfermedad*;² el informe de 1971 sobre *Las Políticas de la Salud Global* elaborado especialmente para la Cámara de Representantes de los Estados Unidos;³ y muchos otros estudios sobre el "problema de la población global" que se realizaron a finales de la década de 1970.⁴ En esa época, la expresión y su uso era algo limitado y esporádico en declaraciones y documentos oficiales, mientras hoy en día, las referencias a la salud "global" son mucho más frecuentes y centrales.⁵ Ahora, existe un incremento de la frecuencia de referencia a la salud

2. Albert Deutsch, *The World Health Organization: Its Global Battle Against Disease* (1958).
3. Randall M. Packard, "'No other logical choice': global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era", *Parassitologia* 40 (1998): 217-229 y *The Politics of Global Health, Prepared for the Subcommittee on National Security Policy and Scientific Developments of the Committee on Foreign Affairs, US House of Representatives* (1971).
4. Por ejemplo, T. VI. Wilson, *World Population and a Global Emergency* (1974).
5. James E. Banta, "From international to global health". *Journal of Community Health* 26 (2001): 73-76.

global. Sin embargo queda pendiente la siguiente pregunta: ¿Cuántos han participado en este giro terminológico? y, ¿Cuántos consideran que éste ha sido sólo una moda, una ocurrencia trivial o en cambio algo realmente fundamental y efectivo?

Estas preguntas llamaron la atención de Supinda Bunyavanich y de Ruth B. Walkup quienes publicaron, bajo el título provocador de *Los líderes de la salud pública en los EEUU se inclinan hacia un nuevo paradigma de la salud global*, un informe de las conversaciones sostenidas en 1999 con veintinueve "líderes internacionales de la salud"; mayormente norteamericanos.⁶ Los autores obtuvieron dos tipos distintos de respuestas que registraron en su publicación: aproximadamente la mitad de las personas opinó que no había necesidad de utilizar una nueva terminología y que la etiqueta "salud global" era una jerga innecesaria. La otra mitad reconoció que existían profundas diferencias entre la salud "internacional" y la "global" y que lo "global" implicaba claramente algo transnacional; a pesar de haber reconocido la existencia de un giro mayor en los últimos años, los miembros de este último grupo no pudieron definirlo ni explicarlo. La diferencia en parte se explica en el hecho que en numerosas escuelas de salud norteamericanas existían Departamentos de Salud Internacional que tenían sus propias tradiciones y expertos que no siempre eran proclives a un cambio de lo que consideraban una especialidad que venía desarrollándose desde hacía algunas décadas.

En 1998, Derek Yach y Douglas Bettcher buscaron aproximarse a la esencia y al origen de la nueva "salud global" en un artículo compuesto de dos partes sobre "La globalización de la salud pública" en el *American Journal of Public Health* (la más importante revista en su campo en los Estados Unidos)? Ellos

6. Supinda Bunyavanich y Ruth B. Walkup, "US public health leaders shift toward a new paradigm of global health", *American journal of Public Health* 91 (2001): 1556-1558.
7. Derek Yach y Douglas Bettcher, "The globalization of public health, 1: Threats and opportunities", *American journal of Public Health*, 88 (1998):

definieron el "nuevo paradigma" de la globalización como "el proceso de incremento de la interdependencia y la integración económica, política y social como capital, bienes, personas, conceptos, imágenes, ideas y valores más allá de las fronteras del Estado". Para ellos, las raíces de la globalización eran antiguas, e inclusive podían remontarse al siglo diecinueve, pero el proceso estaba adquiriendo una nueva envergadura a finales del siglo veinte; la globalización de la salud pública, argumentaban, tenía un aspecto dual: prometedor y amenazador.

Del lado positivo estaba la facilitación de la difusión de las tecnologías y la diseminación de ideas y valores como los derechos humanos; del lado negativo, los riesgos como el peligro de la erosión de las redes de seguridad social que generalmente brindaban los Estados benefactores, condiciones más fáciles para el marketing para las industrias del tabaco, el alcohol y las drogas, la rápida propagación de enfermedades infecciosas mundiales y la marcada degradación del medio ambiente con consecuencias peligrosas para la salud pública. Yach y Bettcher estaban convencidos de que la OMS podía convertir estos riesgos en oportunidades. Esta agencia podría ayudar a crear información más eficiente y sistemas de vigilancia al "reforzar sus sistemas de monitoreo y alerta globales", creando de esta manera "sistemas globales de alerta". Incluso las naciones más poderosas se incorporarían a este sistema mundial interdependiente una vez que se dieran cuenta que su participación beneficiaría a sus propios intereses.

A pesar de la larga lista de problemas y amenazas existentes, Yach y Bettcher fueron poco críticos al promover las virtudes de la salud pública global y el liderazgo de la OMS. En una editorial en el mismo número del *American Journal of Public Health*, George Silver tomó nota que Yach y Bettcher trabajaban

735-738; Yach y Bettcher, "The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism", *American Journal of Public Health* 88 (1998): 738-741.

para la OMS y que su postura era similar a la de otros miembros y defensores de este organismo multilateral. Para Silver, la OMS estaba mal encaminada y mucho de lo que se hiciera en el futuro ya no dependía de esta agencia: "El rol de liderazgo de la OMS ha pasado al más rico e influyente Banco Mundial, y la misión de la OMS se ha dispersado entre las otras agencias de las Naciones Unidas".⁸ Los países ricos donantes tenían billones de dólares de retraso en el pago de sus cuotas a la OMS, y esto dejaba a la ONU y a sus agencias en un "desorden" que parecía como si la organización estuviera atrofiada por restricciones financieras e incompetencias internas, frustrados por las guerras intestinas entre sus propias unidades y abrumada por las políticas transnacionales de gobiernos y corporaciones. Dada la situación, la postura de Yach y de Bettcher sobre la "salud pública global" resulta legítimo preguntarse; ¿por qué mostraban estos portavoces de la tan criticada OMS tanto optimismo por la salud pública "global"?

OMS, la etapa inicial

Para entender mejor las ideas de Yach y de Bettcher, y el papel de la OMS de manera más general resulta útil revisar la historia de la organización desde 1948 hasta 1998, período en el que pasó de ser el líder incuestionable de la salud internacional a tener que buscar su lugar en el competitivo mundo de la "salud global".

La OMS se inició formalmente en 1948 cuando la primera Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra ratificó su Constitución. La idea de una institución permanente para la salud internacional puede remontarse a la organización de la Oficina Sanitaria de las Repúblicas Americanas en 1902, la que, décadas después, se convirtió en la Oficina Panamericana de Sanidad y

8. George Silver, "International health services need an interorganizational policy", *American Journal of Public Health* 88 (1998): 727-729; p. 728.

eventualmente, a partir de 1959, en la Organización Panamericana de la Salud.⁹ Otra entidad importante de comienzos del siglo veinte fue la Fundación Rockefeller y su División Internacional de la Salud que implementó una serie de campañas mundiales contra la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria, y brindó becas a estudiantes extranjeros para estudiar medicina, salud pública y enfermería en los Estados Unidos.¹⁰

Había otras dos importantes agencias internacionales de la salud, una era el *Office International d'Hygiene Publique*, la cual funcionó en París desde 1907 y se concentró en diversas actividades básicas relacionadas a la administración de los acuerdos sanitarios internacionales y el intercambio rápido de información epidemiológica.¹¹ La segunda agencia, la Organización de Salud de la Liga de las Naciones, comenzó su trabajo en 1920.¹² Esta

9. Organización Panamericana de la Salud. *Pro Salute, Novi Mundi: Historia de la Organización Panamericana de la Salud* (1992) y Marcos Cueto, *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud* (2004).
10. Ver John Farley, *To Cast out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation* (1913-1951) (2003); Anne-Emmanuelle Birn, "Eradication, control or neither? Hookworm versus malaria strategies and Rockefeller public health in Mexico", *Parassitologia* 40 (1996): 137-147 Y Marcos Cueto, ed., *Missionaries of Science: Latin America and the Rockefeller Foundation* (1994).
11. Office International D'Hygiene Publique, *Vingt-Cinq Ans d'Activité de L'Office International D'Hygiene Publique, 1909-1933* (1933); Paul F. Basch, "A historical perspective on international health", *Infectious Disease Clinics of North America* 5 (1991):183-196; W. R. Aykroyd, "International health a retrospective memoir", *Perspectives in Biology and Medicine* 11 (1968): 273-285.
12. Frank G. Bourdreau, "International Health", *American Journal of Public Health and the Nation's Health* 19 (1929): 863- 878; Bourdreau, "International Health Work" en *Pioneers in World Order: An American Appraisal of the League of Nations*, editado por Harriet Eager Favis (1944), 193-207; Norman Howard-Jones, *International Public Health Between the Two World Wars: The Organizational Problems* (1978); y Martin David Dubin, "The League of Nations Health Organisation", en *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, editado por Paul Weindling (1995), 56-80.

organización estableció su sede principal en Ginebra, Suiza, creó una serie de comisiones internacionales sobre enfermedades y publicó informes técnicos y de vigilancia epidemiológica sobre las epidemias que amenazaban a las principales ciudades y puertos del mundo. La Organización de la Salud de la Liga de las Naciones poseía un presupuesto escaso y se enfrentaba a la oposición de otras organizaciones nacionales e internacionales, incluyendo el poderoso Servicio de Salud Pública de los EEUU. Su existencia se vio también minada por el hecho que el Congreso de los Estados Unidos no apoyó al Presidente Wilson al final de la Primera Guerra Mundial al no ratificarla entrada de Norteamérica a la Liga de las Naciones. Como resultado de ello, durante el período entre las dos Guerras Mundiales, las autoridades sanitarias norteamericanas participaron en una capacidad limitada en los organismos europeos de salud internacional.¹³

A pesar que las complicaciones limitaban la efectividad de la Liga, ambos el *Office International d'Hygiene Publique* y la Organización de la Salud sobrevivieron la Segunda Guerra Mundial y estuvieron presentes en el momento crítico de la posguerra cuando el futuro de la salud internacional sería definido. Sin embargo, el hecho de que la *Office* hubiese funcionado en la Francia ocupada por los Nazis, le restó posibilidades de intervenir en el diseño de la nueva agencia de salud que surgiría al final de la guerra. En cambio, el hecho de que la Sección de Higiene de la Liga funcionase en un país neutral y además tuviese mayores recursos y funcionarios, le permitió ser prácticamente, la base sobre la cual se iría a crear la OMS.¹⁴

Durante la conferencia internacional realizada en la ciudad de San Francisco en 1945 se aprobó la creación de las Naciones Unidas y también se votó por la pronta realización de una

13. Neville M. Goodman, *International Health Organizations and their work* (1952).

14. World Health Organization, *The First Ten Years of the World Health Organization* (1958).

reunión donde se crease una nueva agencia especializada. Ello se logró gracias a la propuesta de un delegado brasileiro, el profesor de higiene de Sao Paulo Geraldo de Paula Souza y a un delegado chino, Szeming Sze.¹⁵ Poco después se formó una comisión de dieciséis personalidades prominentes entre las cuales se encontraba René Sand de Bélgica, Andrija Stampar de Yugoslavia, y Thomas Parran de los Estados Unidos. Sand y Stampar eran ampliamente reconocidos como líderes de la medicina social y Parran era un defensor de la seguridad social en su país. Posteriormente, después de una primera conferencia realizada en la ciudad de Nueva York, se aprobó una Constitución, se crearon oficinas en Nueva York y Ginebra, y se formó una Comisión Interina con representantes gubernamentales que organizarían la nueva agencia, firmarían tratados con otros organismos y buscarían la ratificación de la Constitución de por lo menos 26 países antes que la nueva agencia fuera declarada oficialmente formada.¹⁶ La Comisión Interina de la OMS se reunió entre 1946 y comienzos de 1948 para establecer la nueva organización de la salud internacional. Los representantes de la Oficina Panamericana de Sanidad, cuyos líderes se resistían a ser absorbidos por la nueva agencia, acabaron involucrándose así como lo hicieron otros líderes de organismos de salud norteamericanos e instituciones de alivio a las víctimas civiles que habían actuado hacia el final de la guerra como el *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA, siglas en inglés).¹⁷ Otro problema para los organizadores de la OMS era que su Constitución tenía que ser ratificada por las naciones-Estado, lo que

15. Szeming Sze, *The Origins of The World Health Organization: A personal memoir 1945-1948* (1982).

16. Neville M. Goodman, "The World Health Organization and its Interim Commission", *The Lancet* (7 Septiembre 1946): 358-359.

17. Wilbur A. Sawyer, "Achievements of UNRRA as an International Health Organization", *American Journal of Public Health and The Nation's Health* 37:1 (1947):41-58.

significaba un proceso lento ya que en 1949 sólo 14 países se habían comprometido.¹⁸

Eventualmente se consiguieron las ratificaciones necesarias, la primera Asamblea Mundial de la Salud se reunió en Ginebra en junio de 1948 y creó formalmente la Organización Mundial de la Salud. Algunas de las organizaciones de salud como la Oficina de París, y el UNRRA se fusionaron en la nueva agencia. Aunque la Organización de Salud de la Liga de las Naciones también se fusionó, fue en la práctica la base sobre la que se creó la nueva agencia. La nueva sede de la Organización fue Ginebra, e inicialmente funcionaba en un pabellón del antiguo edificio de la Liga de las Naciones. Se le permitió a la Oficina Panamericana de Sanidad -entonces presidida por Fred L. Soper, un antiguo directivo de la Fundación Rockefeller- retener un estatus autónomo como parte de un esquema de regionalización y descentralización.¹⁹ La OMS dividió formalmente al mundo en una serie de regiones: las Américas, el Sureste asiático, Europa, el Mediterráneo oriental, el Pacífico occidental, y África, pero en realidad ello sólo se llegó a implementar recién en la década de 1950.²⁰ Una de las regiones donde la OMS se enfrentaría a lo que quedaba de los imperios europeos fue África. Inicialmente sólo existían dos naciones "independientes" que formaron esta región (Liberia y Sudáfrica donde reinaba la segregación racial) y otros "territorios" o colonias eran

18. "Seventh Meeting of the Executive Committee of the Pan American Sanitary Organization", Washington, D.C., May 23-30, 1949. Folder "Pan American Sanitary Bureau", R.G. 90-41, Box 9. Series Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh Archives.
19. Thomas Parran, "The first 12 years of WHO", *Public Health Reports* 73 (1958):879-883; Fred L. Soper, *Ventures in World Health: The Memoirs of Fred Lowe Soper* editado por John Duffy (1977); y Javed Siddiqi, *World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System* (1995).
20. Howard B. Calderwood, "The World Health Organization and its Regional Organizations", *Temple Law Quarterly* 37:1 (1963): 15-27.

representados en la Asamblea Mundial de la Salud por representantes de las metrópolis europeas. A pesar de los problemas iniciales, durante los años cuarenta y cincuenta prevalecía una perspectiva "internacional" e "intergubernamental" pero el hecho de llamar a la nueva organización, Organización Mundial de la Salud aumentaba también el afán de disponer de una perspectiva "global" a nivel mundial.

El primer director de la OMS, Brock Chisholm, era un psiquiatra canadiense algo identificado con la tradición de la medicina social inglesa. Estados Unidos, principal contribuyente del presupuesto de la OMS, jugó un papel algo contradictorio: por un lado apoyaba al sistema de las Naciones Unidas con sus objetivos mundiales amplios y por otro, era celoso de su soberanía, promovía sus organismos bilaterales dirigidos desde el Departamento de Estado y mantenía el derecho de intervenir unilateralmente en nombre de la "seguridad nacional".

Como agencia intergubernamental, la OMS fue sensible al ambiente político dominante; es decir los inicios de la Guerra Fría donde se enfrentaban abierta o soterradamente las dos superpotencias mundiales, los Estados Unidos y la Unión Soviética. La tensión internacional llevó a una serie de conflictos militares como la Guerra de Corea y en el Consejo de Seguridad de la ONU desde fines de la década de los cuarenta. De esta manera cuando la Unión Soviética y otros países comunistas se retiraron temporalmente de la OMS en 1949, los Estados Unidos y sus aliados pudieron ejercer fácilmente una influencia dominante. Los soviéticos acusaron a la OMS de no estar cumpliendo su labor y sugirieron que era un instrumento de la política exterior imperialista norteamericana.²¹ La OMS tomó una decisión que estuvo en el borde de la diplomacia: no aceptó el retiro de los países comunistas porque no estaba previsto en su

21. Chris Osakwe, *The Participation of the Soviet Union in Universal International Organization, a political and Legal Analysis of Soviet Strategies and Aspirations inside ILO, UNESCO and WHO* (1972).

Constitución y espero a su retorno, algo que finalmente se produjo a mediados de la década de los cincuenta.

En 1953, Chisholm completó su período y fue reemplazado por el brasileño Marcolino Candau quien sería Director General de la OMS por más de veinte años. Candau había trabajado con Soper en el control de la malaria en Brasil y estaba familiarizado con los programas de control de tipo "vertical" de las enfermedades de la Fundación Rockefeller, y luego con la adopción de éstos por la Oficina Panamericana de la Salud cuando Soper se trasladó a esa agencia como director.²² En el período entre 1949 y 1956, en el que la Unión Soviética no estuvo en la OMS, esta agencia mantuvo cierta cercanía con los intereses de los Estados Unidos y con la política exterior de ese país. Se pensaba que era importante el resolver tanto los problemas de salud como los de pobreza extrema de los países en desarrollo para evitar que estos fueran tentados por las promesas de los comunistas. Para ello se consideraba esencial que agencias bilaterales y multilaterales de salud contribuyesen a controlar las principales enfermedades epidémicas del mundo

En 1955, Candau se sumo con entusiasmo a la promoción de la campaña de erradicación de la malaria de la OMS, inicialmente propuesta por Soper en la OPS, que había sido aprobada ese año por la Asamblea Mundial de la Salud realizada en la ciudad de México. Como explica Randall Packard, Estados Unidos y sus aliados creían que la erradicación global de la malaria promovería el crecimiento económico y crearía mercados en el exterior para la tecnología y los bienes manufacturados estadounidenses.²³ Esto ayudaría a obtener un apoyo para los go

22. World Health Organization, "Information. Former Directors-General of the World Health Organization. Doctor Marcolino Gomes Candau", <http://www.who.int/archives/who50/en/directors.htm> [último acceso el 24 de julio de 2004] y "In memory of Dr. M. G. Candau", *WHO Chronicle* 37 (1983): 144-147.

23. Randall M. Packard "Malaria Dreams: post-war visions of health and development in the Third World", *Medical Anthropology* 17 (1997): 279

biernos locales y los que apoyaran a Estados Unidos y lograría que se ganaran "corazones y mentes" en la batalla contra el comunismo. La campaña reprodujo las teorías de desarrollo de la época al promover las tecnologías traídas desde fuera, fortalecer la formación de un pequeño grupo de expertos que decidiese que políticas sociales debían implementarse y no consideraba como necesario la participación de las poblaciones locales en el planeamiento y la implementación de programas de desarrollo. Este modelo de asistencia para el desarrollo se ajustaba claramente a los esfuerzos estadounidenses de la Guerra Fría de promover la modernización con una reforma social limitada y dirigida desde "arriba".²⁴

Después de algunos éxitos temporales, la OMS tuvo que ir progresivamente cambiando su posición de erradicación absoluta de la malaria debido en parte a que fallaron las previsiones y las tecnologías en las que se había confiado en un inicio.²⁵ Con el regreso de la Unión Soviética y de otros países comunistas en 1956, el balance político en la Asamblea Mundial de la Salud cambió y Candau tuvo que usar toda su habilidad y diplomacia para encontrar un balance entre las superpotencias. Al mismo tiempo, en varios países, la erradicación de la malaria enfrentaba serias dificultades y en última instancia sufriría fracasos.²⁶ En 1969, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que la erradicación de la malaria no era factible en muchas partes del mundo y comenzó un lento proceso de reversión, regresando una vez

296; Randall Packard, " 'No other logical choice': global malaria eradication, " and the politics of international health in the post-war era", *Parassitologia* 40 (1998): 217-229.

24. Randall M. Packard y Peter J. Brown, "Rethinking health, development and malaria: historicizing a cultural model in international health", *Medical Anthropology* 17 (1997): 181-194.

25. José A. Nájera, "Malaria and the work of WHO", *Bulletin of the World Health Organization* 67:3 (1989): 229-243.

26. World Health Organization, *The Second Ten Years of the World Health Organization, 1958-1967* (1968).

más a una agenda antigua del control de la enfermedad. La Asamblea de 1969 enfatizó la necesidad de desarrollar los sistemas de salud rurales y de integrar el control de la malaria a los servicios generales de salud.

Cuando la Unión Soviética regresó a la OMS en 1956, su representante ante la Asamblea -el Ministro de la Salud de la Unión Soviética- argumentó con energía que era factible científicamente además de deseable social y económicamente, la erradicación de la viruela en el mundo.²⁷ Esta era una de las principales dolencias mundiales y cuyo modo de contagio -de una persona enferma a una sana- parecía más fácil de controlar que la malaria, adonde intervenía un vector -el mosquito *Anopheles*- en la transmisión. La URSS quería dejar su impronta en la salud global y Candau, reconociendo el cambio en el balance de poderes estaba dispuesto a colaborar con la nueva iniciativa. La URSS aprobó proveer 25 millones de dosis de vacunas liofilizada y Cuba agregó otros 2 millones de dosis más. En 1959 la Asamblea Mundial de la Salud se comprometió con un programa de erradicación global de la viruela que al contrario del de la malaria sería años después considerado uno de los logros más importantes de la OMS.²⁸

En la década de 1960, nuevas y mejores técnicas -como las jeringas bifurcadas- lograron que el proceso de vacuna se tornara mucho más barato, sencillo y eficaz. Asimismo, el interés de los Estados Unidos en la erradicación de la viruela se incrementó marcadamente y en 1965, el presidente Lyndon B. Johnson ordenó a la delegación de su país a la Asamblea Mundial de Salud que anunciara el compromiso de los Estados Unidos con un programa internacional para erradicarla. Sin embargo, después de una década de trabajo intenso y de cierto progreso, la enfermedad era aún endémica en más de treinta países. En 1967 la

27. Ian y Jennifer Glynn, *The Life and Death of Smallpox* (2004), 194-196.

28. Glen Williams, "WHO - the days of the mass campaigns", *World Health Forum* 9 (1988): 7-23.

campaña recibió el valioso apoyo de más gobiernos y agencias filantrópicas y la OMS lanzó el Programa Intensificado de Erradicación de la Viruela, un esfuerzo internacional encabezado por el estadounidense Donald A. Henderson. Este trabajo terminaría teniendo un éxito impresionante y logrando su objetivo después de una lucha intensa en Brasil y en África en 1980.²⁹

La promesa y los peligros de la Atención Primaria de Salud, 1973-1993

Dentro de la OMS ha habido siempre tensiones entre los enfoques sociales y económicos sobre la salud de la población y los enfoques que enfatizan las tecnologías para controlar o erradicar una enfermedad. Estas tendencias no son necesariamente incompatibles aunque sus partidarios estuvieron muchas veces en desacuerdo. El énfasis en una o la otra crece y mengua a través del tiempo, dependiendo del balance de poderes, del cambio de intereses de los agentes internacionales, del compromiso intelectual e ideológico de individuos claves y de la manera en que todos estos factores interactúan con el proceso de creación de las políticas de salud.

Durante las décadas de 1960 y 1970, los cambios en la OMS fueron influenciados por un contexto político marcado por la erosión de la hegemonía norteamericana en la Guerra Fría, por la aparición de las naciones africanas, por la difusión de movimientos nacionalistas y socialistas y por la emergencia de nuevas teorías del desarrollo que ponían énfasis en la independencia económica de los países industrializados y el crecimiento socioeconómico a largo plazo más que en la intervención tecnológica

29. William H. Foege, "Commentary: Smallpox eradication in West and Central África revisited", *Bulletin of the World Health Organization* 76 (1998): 233-235; Donald A. Henderson, "Eradication: lessons from the past", *Bulletin of the World Health Organization* 76: Supp12 (1998): 17-21; Frank Fenner, Donald A. Henderson, Issao Arita, Zdenek Jezek e Ivan Dalinovich Ladnyi, *Smallpox and its Eradication* (1988).

a corto plazo. Nuevas organizaciones como el Movimiento No Alineado y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y el Desarrollo (UNCTAD, siglas en inglés) discutieron con vigor la necesidad de términos de comercio más justos y un financiamiento más generoso para las naciones pobres.³⁰ En Washington, D.C. y en todo Estados Unidos, tras el conservadurismo de los años cincuenta, creció la relevancia y el protagonismo del movimiento de los derechos civiles y otros movimientos sociales que hicieron que cambiaran en algo las prioridades nacionales y la política exterior norteamericanas.

Este ambiente político cambiante se vio reflejado en cambios dentro de la OMS. En los años sesenta, la OMS reconoció que una infraestructura sanitaria desarrollada, personal que atendiese las enfermedades más comunes de la población y el surgimiento de servicios básicos de salud a nivel nacional eran prerequisites para el éxito de los programas de control de la malaria y de otras enfermedades, especialmente en África. En 1968, Candau instó a algunos de sus funcionarios para que elaboraran un plan que tuviera un enfoque comprensivo e integrado de los servicios curativos y preventivos de asistencia sanitaria. Un representante soviético a la OMS solicitó que se realizara un estudio organizacional de los métodos para promover el desarrollo de los servicios básicos de salud.³¹ Ello llevó a que en enero de 1971, las autoridades de la OMS impulsaran un estudio que fue terminado dos años después y que marcaría un nuevo rumbo para la agencia multilateral.³² Sócrates Litsios ha

30. Jagdish N. Bhagwati, ed., *The New International Economic Order: The North South Debate* (1977); Robert L. Rothstein, *Global Bargaining: UNCTAD and the Quest for a New International Economic Order* (1979).

31. Sócrates Litsios, "The long and difficult road to Alma-Ata: A personal reflection", *International Journal of Health Services* 32 (2002): 709-732.

32. WHO, Executive Board 49th Session, document EB49/SR/14 Rev. (1973), p. 218; WHO, "Organizational study of the Executive Board on methods of promoting the development of basic health services" (1972), document EB49/WP/6,19-20.

analizado los pasos en el proceso de transformación del enfoque de la OMS, de un antiguo modelo de servicios sanitarios a lo que sería luego denominado la Atención Primaria de Salud.³³ Este nuevo modelo estuvo en parte inspirado en las experiencias e ideas de organizaciones no gubernamentales y de misionarios médicos que trabajaban en África, Asia y América Latina a nivel local. También ganó notabilidad a partir de la reincorporación de China a las Naciones Unidas en 1973 y el interés generalizado en los "médicos descalzos" chinos de quienes se decía estaban transformando las condiciones de salud rural de su país y creando un modelo que debía seguirse en otras naciones en vías de desarrollo. Estos médicos chinos generalmente atendían las necesidades básicas de salud, actuaban desde la comunidad de la que eran parte y extendían sus actividades como brigadas sanitarias itinerantes que iban en busca de otras comunidades vecinas. Estas experiencias hacían notar la urgencia de una perspectiva que se centrara en la atención de las necesidades esenciales de la salud y que incluyera el entrenamiento de trabajadores comunitarios de la salud y la resolución de los problemas económicos y ambientales básicos que causaban los principales problemas de salud.³⁴

33. Sócrates Litsios, "The Christian Medical Commission and the development of WHO's Primary Health Care approach", *American Journal of Public Health* 94 (2004): 1884-1893; Sócrates Litsios, "The long and difficult road to Alma -Ata: A personal reflection", *International Journal of Health Services* 32 (2002): 709-732.
34. Algunos trabajos fundamentales para la Atención Primaria de Salud fueron: John H. Bryant, *Health and the Developing World* (1969); Carl E. Taylor, ed., *Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges* (1976); y Kenneth W. Newell, *Health by the People* (1975). Ver también Marcos Cueto, "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", *American Journal of Public Health* 94 (2004): 1864-1874; y Sócrates Litsios, "The Christian Medical Commission and the development of WHO's Primary Health Care approach", *American Journal of Public Health* 94 (2004): 1884-1893.

Estas nuevas tendencias se personificaron en la OMS a través de Halfdan T. Mahler, un danés que se desempeñó como Director General entre 1973 y 1988. Bajo presión del delegado soviético, Mahler accedió a sostener una conferencia importante sobre la organización de los servicios de salud en Alma-Ata, en la Unión Soviética. Inicialmente, Mahler se mostró reacio a esta reunión porque no estaba completamente de acuerdo con el enfoque soviético altamente centralizado y demasiado orientado hacia el predominio del personal profesional médico en la provisión de los servicios de salud.³⁵ A pesar que la Unión Soviética logró que se realizara la conferencia en su territorio, una reunión preparatoria de la misma realizada en septiembre de 1978 reflejó más claramente el punto de vista de Mahler que el de los soviéticos. En ella se discutió el documento "La Declaración de la Atención Primaria de Salud" que planteaba como objetivo obtener "Salud para Todos para el año 2000" y recomendaba un enfoque "inter-sectorial" y multi-dimensional hacia la salud y el desarrollo socio-económico. La Declaración también subrayaba la necesidad de usar "tecnología apropiada" y urgía por una participación activa de la comunidad en la asistencia sanitaria y la educación sanitaria en todo nivel.³⁶

El peruano David Tejada de Rivero -que entonces era uno de los cinco subdirectores de la OMS- ha argumentado posteriormente que fue lamentable que la impaciencia de ciertas agencias internacionales, multilaterales o privadas, que llevaron a sobrenfatizar el lograr resultados tangibles en vez de promover un cambio en los sistemas sanitarios; lo que a la postre llevo "a distorsiones mayores del concepto original de Atención Primaria

35. Ver Litsios, "The long and difficult road to Alma-Ata", 716-719.

36. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 septiembre, 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. [consultado el 10 de abril de 2004].

de Salud".³⁷ Para muchos gobiernos, agencias e individuos, la visión idealista de la OMS sobre la Atención Primaria de Salud era "poco realista" e inalcanzable. El proceso de reducir el idealismo de Alma-Ata a una serie de intervenciones técnicas y prácticas que pudieran ser implementadas, administradas y medidas más fácilmente *comenzó* en 1979 en una pequeña conferencia con una alta presencia estadounidense, sostenida en Bellagio, Italia, y auspiciada por la Fundación Rockefeller, con asistencia del Banco Mundial. Algunos de los que participaron en esta reunión fueron el presidente del Banco Mundial, el vicepresidente de la Fundación Ford, el administrador de USAID, y el secretario ejecutivo de UNICEF.³⁸ La reunión en Bellagio estuvo centrada en una perspectiva que aunque no se enfrentaba directamente era alternativa a la que había sido articulada en Alma-Ata -la "Atención Primaria Selectiva de Salud". Esta nueva perspectiva fue justificada a partir de la noción que era necesario diseñar intervenciones pragmáticas, efectivas, de bajo costo y con un ámbito de acción específico y que sean fáciles de monitorear y evaluar. Gracias principalmente a UNICEF, la Atención Primaria Selectiva de Salud fue pronto implementada con el acrónimo "GOBI" -siglas en inglés- (Monitoreo -en inglés *Growth* del crecimiento para combatir la desnutrición en los niños; Técnicas de rehidratación para vencer las enfermedades diarreicas -en inglés *Oral Rehydration Techniques*-; Lactancia materna

37. David A. Tejada de Rivera, "Alma-Ata Revisited", *Perspectives in Health Magazine: The Magazine of the Pan American Health Organization* 8 (2003):1-6.

38. Maggie Black, *Children First: The Story of UNICEF, Past and Present* (1996) and Black, *The Children and the Nations: The Story of UNICEF* (1986), 114-140. El UNICEF fue creado en 1946 para ayudar a los niños necesitados en las zonas europeas golpeadas por la guerra. Una vez pasada la emergencia, amplió su misión y concentró sus recursos en las necesidades de los niños en países en vías de desarrollo.

-en inglés *Breast Feeding*- para la protección de los niños, e Inmunizaciones o en inglés *Immunization*.³⁹

En la década de 1980, la OMS tuvo que tomar también en consideración la creciente influencia del Banco Mundial. El Banco se había formado inicialmente en 1946 con el objetivo de asistir en la reconstrucción de Europa y más tarde expandió su mandato para proveer préstamos, subvenciones y asistencia técnica a los países en vías de desarrollo. Al comienzo patrocinó grandes inversiones en capital físico e infraestructura pero luego, en los años setenta, comenzó a invertir en políticas de planificación familiar, la salud y la educación, con un énfasis en la población.⁴⁰ Su apoyo a la planificación familiar se debía a que se temía entonces que la sobrepoblación reduciría cualquier avance económico que pudiesen hacer los países en vías de desarrollo.⁴¹

En su *Informe Mundial sobre el Desarrollo* de 1980, el Banco argumentó que tanto la desnutrición como la falta de salud, podían ser tratadas con una acción gubernamental directa -con la asistencia del Banco.⁴² También sugirió que mejorar la salud y la nutrición podía acelerar el crecimiento económico, proporcionando de esta manera un buen argumento para justificar el gasto en el sector social ya que este se consideraba como una contribución al crecimiento económico. A medida que el Banco comenzó a realizar préstamos directos para los servicios de

39. UNICEF, *The State of the World 's Children: 1982/1983* (1983). Ver también Marcos Cueto, "The Origins of Primary Health Care".

40. Jennifer Prah Ruger, "Changing Role of the World Bank in Global Health in Historical Perspective", *American Journal of Public Health* 95 (2005): 60-70.

41. John Sharpless, "World population growth, family planning and American foreign Policy", *Journal of Policy History* 7: 1 (1995): 72-102 y Peter J. Donaldson, "On the origins of the United States Government's international population policy", *Population Studies* 44:3 (1990): 385-399.

42. World Bank, *World Development Report 1980* (1980).

salud, demandó un uso más eficiente de los recursos disponibles, una mejor administración de los mismos y discutió los papeles que debían tener los sectores público y privado en el financiamiento de la asistencia de salud. Progresivamente, el Banco fue defendiendo con mayor vigor el libre mercado en la provisión de servicios sanitarios y la disminución del papel en los programas sociales de los gobiernos nacionales.⁴³ A pesar que las medidas de ajuste estructural y reducción del déficit fiscal promovidas por el Banco, que produjeron en parte la creciente falta de recursos para los gastos de salud, atrajeron fuertes críticas, en parte porque al mismo tiempo estallaba la epidemia del VIH/SIDA; la nueva perspectiva e influencia del Banco encontró partidarios entre los líderes y trabajadores de salud de los países en vías de desarrollo.

A diferencia de la creciente influencia del Banco Mundial, en la década que se inició en 1980, el prestigio de la Organización Mundial de la Salud comenzaba entonces a declinar. Una muestra de los problemas que surgían fue el voto de la Asamblea Mundial de la Salud en 1982 que decidió congelar el presupuesto de la OMS.⁴⁴ Esta medida fue seguida en 1985 por la decisión de los Estados Unidos de pagar sólo el 20 por ciento de su contribución asignada a todas las agencias de las Naciones Unidas y de retener su contribución al presupuesto regular de la OMS, en parte como una forma de protesta contra el programa de medicamentos genéricos de la OMS que era rechazado por las compañías farmacéuticas norteamericanas.⁴⁵ Estos hechos ocurrieron en medio de crecientes tensiones entre la OMS, UNICEF y otras agencias y el cada vez más controversial debate entre la Atención Primaria de Salud Integral o Comprensiva y la Atención Primaria de Salud

43. World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* (1987).

44. Fiona Godlee, "WHO in retreat; is it losing its influence?" *British Medical Journal* 309 (1994): 1491-1495, 1493.

45. *Ibid.*, p. 1492.

Selectiva. Como parte de un debate público algo rencoroso llevado a cabo en las páginas de *Social Science and Medicine* en 1998, Kenneth Newell, un alto funcionario de la OMS y uno de los arquitectos de la concepción primigenia de la Atención Primaria de Salud Integral, llamo a la Atención Primaria de Salud Selectiva un grave "peligro... (que) puede ser visto como una contrarrevolución".⁴⁶

En 1988 acabo la permanencia de quince años de Mahler como Director General de la OMS. De modo inesperado, Hiroshi Nakajima, un investigador japonés que había sido director de la Oficina Regional Occidental de la OMS en Manila, fue elegido como el nuevo Director General.⁴⁷ Sin embargo, el futuro de la organización no estaba claro ni siquiera para sus propios funcionarios.

Crisis en la OMS, 1988 -1998

Nakajima, el primer ciudadano japonés elegido como director de una agencia de las Naciones Unidas se convirtió rápidamente en el Director General más controversial en la historia de la OMS. Su nombramiento no había recibido el apoyo de los Estados Unidos ni el de varios países europeos y latinoamericanos. Su desempeño en el cargo no contribuyó a mitigar las dudas. Nakajima intentó lanzar varias iniciativas importantes -sobre el tabaco, la vigilancia global de la enfermedad, y la necesidad de establecer coaliciones sanitarias entre sectores públicos y privados- pero a pesar de estos esfuerzos persistieron intensas críticas y cuestionamientos a su estilo autocrático y su mala gestión administrativa, su incapacidad de comunicarse de manera efectiva, y sobre todo a sospechas de corrupción y de nepotismo.

46. Kenneth Newell, "Selective Primary Health Care: the counter revolution", *Social Science and Medicine* 26 (1988): 903-906, 906.

47. Paul Lewis, "Divided World Health Organization braces for leadership change", *New York Times* (1 mayo de 1988), 20.

La reputación de Nakajima se vio aún más cuestionada cuando apareció como el responsable que el prestigioso médico Jonathan Mann, creador del primer programa del SIDA en la OMS, tuviese que renunciar intempestivamente por los frecuentes obstáculos que le ponía el Director General.

Otro síntoma de los problemas de la OMS a finales de los ochenta fue el crecimiento de financiamiento extraordinario fuera del presupuesto regular. Como notó Gill Walt, de la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical, hubo un giro crucial de la dependencia predominante del presupuesto regular de la OMS -obtenido de las contribuciones de los estados miembros basadas en el tamaño de la población y el Producto Nacional Bruto- a una mayor dependencia del financiamiento "fuera de presupuesto" proveniente de donaciones de agencias bilaterales o naciones donantes.⁴⁸ El problema era que estas donaciones podían venir muchas veces condicionadas o no reconocían el liderazgo de la OMS en las intervenciones sanitarias. Hacia 1986/1987, los fondos fuera del presupuesto de \$437 millones de dólares habían prácticamente alcanzado el presupuesto regular de \$543 millones. A comienzos de la década de 1990, el financiamiento fuera de presupuesto había sobrepasado el presupuesto regular por \$21 millones contribuyendo el 54 por ciento del presupuesto total de la OMS. Este giro presupuestal significó enormes problemas para la organización. Las prioridades y las políticas estaban establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud, que estaba compuesta por todos los estados miembros, una Asamblea que empezó a ser dominada numéricamente por los países pobres y en desarrollo -y no controlada por las naciones industrializadas- pero tenía autoridad sólo sobre el presupuesto regular, congelado desde inicios de los años ochenta. Las naciones donantes más ricas y las agencias multilaterales como el Banco Mundial podían fácilmente imponer su opinión

48. Gill Walt, "WHO under stress: implications for health policy", *Health Policy*, 24 (1993): 125-144.

sobre el uso de los fondos fuera de presupuesto que ellos mismos proporcionaban. Es así que recrearon una serie de programas de tipo "vertical" más o menos independientes del resto de los programas y de la estructura encargada de tomar las decisiones en la OMS. El dilema de la organización era que incluso si los fondos fuera del presupuesto aumentaban el presupuesto general, "incrementaban las dificultades de coordinación y continuidad, causaban incertidumbre en las finanzas y una gran dependencia de la satisfacción de donantes particulares".⁴⁹

Una de las editoras del *British Medical Journal*, Fiona Godlee, publicó una serie de artículos muy críticos a la agencia multilateral de salud entre 1994 y 1995 a partir de la crítica de Walt.⁵⁰ En uno de sus trabajos concluía con la siguiente evaluación:

"La OMS se encuentra en una etapa de declive, con los donantes expresando su falta de confianza en la gerencia central al colocar fondos fuera del control de la gerencia. Esto ha hecho que la OMS no pueda coordinar sus actividades según las prioridades acordadas y ha socavado cualquier intento de desarrollar respuestas integradas para las necesidades a largo plazo de los países". Su comentario revelaba que algo del prestigio inicial de la agencia se estaba perdiendo.

A finales de los ochenta y comienzos de los noventa, el Banco Mundial ocupó cada vez con mayor confianza y seguridad el vacío creado por una cada vez más ineficaz OMS. Los funcionarios de la OMS no tenían la capacidad o la voluntad de responder a la nueva economía política internacional que estaba estructurada en torno a enfoques neoliberales de la economía, el comercio y la política.⁵¹ El Banco sostenía que los sistemas de salud

49. *Ibid.*, p. 129.

50. Fiona Godlee, "WHO in crisis", *British Medical Journal* 309 (1994):1424-1428; "WHO in retreat: is it losing its influence?" *British Medical Journal* 309 (1994):1491-1495; "WHO's special programmes: undermining from above", *British Medical Journal* 310 (1995):178-82.

51. P. Brown, "The WHO strikes mid-life crisis", *New Scientist* 153 (1997):12; Editorial, "World Bank's cure for donor fatigue", *The Lancet*, 342 (10 de

existentes eran muchas veces poco económicos, ineficientes e ineficaces, promovían la así llamada "reforma de salud" que en la práctica tenía varias interpretaciones y decían favorecer una mayor participación del sector privado en el financiamiento de los servicios de salud.⁵²

A pesar que surgieron controversias en torno a las políticas del Banco, no había duda que hacia comienzos de los noventa, este se había convertido en una fuerza dominante en la salud internacional. La mayor "ventaja comparativa" del Banco está en su capacidad de movilizar grandes recursos financieros y en hacer propuestas globales de desarrollo. Hacia 1990, los préstamos del Banco para la salud pública de diferentes países superaron el presupuesto total de la OMS, y hacia fines de 1996, la carpeta de préstamos acumulados del Banco en salud, nutrición, y población había alcanzado los 13.5 mil millones de dólares. Aún así el Banco reconoció que, mientras que este tenía gran fortaleza económica e influencia, la OMS todavía tenía una mayor destreza y experiencia en cuanto a aspectos técnicos de la salud y la medicina. La nueva hegemonía del Banco se veía claramente reflejada en el conocido *Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993: invirtiendo en la salud*, en la cual se le da crédito a la OMS, "un compañero pleno del Banco Mundial en cada etapa de la preparación del Informe".⁵³ Las circunstancias sugerían que era beneficioso para ambas partes, el Banco y la OMS, el trabajar de manera conjunta.

julio de 1993): 63-64; Anthony Zwi, "Introduction to policy forum: the World Bank and international health", *Social Science and Medicine* 50 (2000): 167.

52. World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* (1987).

53. World Development Report, 1993: *Investing in Health* (1993), pp. iii-iv.

La OMS acoge a la “Salud Global”

Este es el contexto en cual la OMS comenzó a establecerse como coordinadora, estratega, y líder de las iniciativas de "salud global". En enero de 1992, el Comité Ejecutivo de la Organización, compuesta por 31 miembros, decidió designar un "grupo de trabajo" para investigar y sugerir de que manera la OMS podía ser más eficaz en su labor para la salud internacional, teniendo presente que el "cambio global" se estaba apoderando del mundo rápidamente. Esta medida puede haber sido tomada, en parte, como una respuesta a la Iniciativa de Vacunación Infantil, percibida dentro de la OMS como un "golpe" por parte de UNICEF, el Banco Mundial, el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas, la Fundación Rockefeller y varios otros organismos que buscaban el control del desarrollo de las vacunas.⁵⁴ El informe final del grupo de trabajo de mayo de 1993 recomendó que la OMS -si quería mantener el liderazgo del sector salud- debía revisar el fragmentado manejo de sus programas a nivel global, regional, y nacional; disminuir la competencia entre programas regulares y extra-presupuestarios, y sobre todo, aumentar el énfasis dentro de la OMS en asuntos de salud global y su papel protagónico y organizativo en aquella esfera.⁵⁵

Hasta aquel tiempo, el término "salud global", había sido usado esporádicamente y fuera de la OMS, por lo general por partidarios de la izquierda política con varios temas "mundiales" en la agenda. En 1990, G. A. Gellert, miembro de Médicos Internacionales para la Prevención de la Guerra Nuclear solicitó

54. Para mayor información ver, Muraskin, *The Politics of International Health: The Children's Vaccine Initiative and the Struggle to Develop Vaccines for the Third World* (1998).

55. Bo Stenson y Göran Sterky, "What future WHO?" *Health Policy* 28 (1994): 235-256, 242.

un análisis de la "interdependencia de la salud global".⁵⁶ En el mismo año, Milton y Ruth Roemer publicaron un documento en el que sostenían que las mejoras adicionales en la salud global dependerían más de la expansión de los servicios de salud públicos que de los servicios privados.⁵⁷ Otra fuente importante para el término "salud global" eran los movimientos ambientalistas y sobre todo los debates sobre la degradación del medio ambiente mundial, el calentamiento global, y sus efectos potencialmente devastadores para la salud humana.⁵⁸

A mediados de los años noventa, se creó una cantidad considerable de literatura sobre las amenazas a la salud global. En los Estados Unidos, una nueva revista del principal organismo de vigilancia epidemiológica, el CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) titulada *Enfermedades infecciosas emergentes*, comenzó a ser publicada. Un antiguo y prestigioso director del CDC, William Foege, comenzó a utilizar frases como: "amenazas

56. G.A. Gellert, "Global health interdependence and the international physicians' movement", *Journal of the American Medical Association* 264 (1990): 610-613.
57. Milton Roemer y Ruth Roemer, "Global health, national development, and the role of government", *American Journal of Public Health* 80 (1990): 1188-1192.
58. Ver por ejemplo, Andrew J. Haines, "Global warming and health", *British Medical Journal* 302 (1991): 669-670; Andrew J. Haines, Paul R. Epstein y Anthony J. McMichael, "Global health watch: monitoring impacts of environmental change", *The Lancet* 342 (11 December 1993): 1464-1469; Anthony J. McMichael, "Global environmental change and human population health: a conceptual and scientific challenge for epidemiology", *International Journal of Epidemiology* 22 (1993): 1-8; John M. Last, "Global change: ozone depletion, greenhouse warming, and public health", *Annual Review of Public Health* 14 (1993): 115-36; A. J. McMichael, *Planetary Overload, Global Environmental Change and the Health of the Human Species* (1993); Anthony J. McMichael, Andrew J. Haines, R. Sloof and S. Kovats, *Climate Change and Human Health* (1996); Anthony J. McMichael and Andrew Haines, "Global climate change: the potential effects on health", *British Medical Journal* 315 (1997): 805-809.

de enfermedades infecciosas globales" y "amenazas microbiales globales" aludiendo a la idea popular que los gérmenes no respetaban fronteras.⁵⁹ En 1997 la Junta de Salud Internacional del Instituto Nacional de Medicina de los Estados Unidos sacó a la luz un informe con un título revelador: *El interés vital de Los Estados Unidos en la salud global: protegiendo a nuestra gente, realizando nuestra economía, y desarrollando nuestros intereses internacionales*.⁶⁰ Al año siguiente apareció el informe del CDC *Previniendo las enfermedades infecciosas emergentes: una estrategia para el siglo veintiuno*, seguido por otro en el 2001 publicado por el Instituto Nacional de Medicina donde claramente se enfatizaba el tema de la seguridad nacional: *Perspectivas sobre el Sistema de Vigilancia y de Respuesta a las Infecciones Emergentes globales del Departamento de Defensa*.⁶¹ Al mismo tiempo, libros, artículos académicos y artículos periodísticos estaban colmados de historias sobre el ébola, el dengue, la tuberculosis multidrogaresistente y la amenaza del bioterrorismo.⁶² El mensaje era claro: había una creciente amenaza de enfermedades globales que podrían atacar por igual a países pobres y ricos.

En 1998, la Asamblea Mundial de la Salud buscó fuera de las filas de la OMS un nuevo líder que pudiese restaurar la credibilidad de la organización y proveerla de una nueva visión. La persona seleccionada fue Gro Harlem Brundtland, una ex Primera Ministra de Noruega, médico y profesional de la salud

59. Stephen S. Morse, "Factors in the emergence of infectious diseases", *Emerging Infectious Diseases* 1 (1995): 7-15.
60. Institute of Medicine, *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International*.
61. Richard M. Krause, ed., *Emerging Infections: Biomedical Research Reports* (1998); Centers for Disease Control and Prevention, *Preventing Emerging Infectious Diseases: A Strategy for the 21st Century* (1998); Philip S. Brachman, et al., eds., *Perspectives on the Department of Defense Global Emerging Infections Surveillance and Response System* (2001).
62. Por ejemplo, Laurie Garrett, *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World out of Balance* (1994).

pública. Brundtland trajo consigo una determinación notable y una gran energía a su nuevo cargo. En los años ochenta ella había sido Presidenta de la Comisión Mundial del Medioambiente y Desarrollo de las Naciones Unidas la cual produjo el "Informe Brundtland" que condujo a la Cumbre Mundial de 1992. Estaba familiarizada con el pensamiento global sobre el movimiento ambiental, donde se utilizaba con mayor frecuencia el término "global", y tenía un y claro entendimiento de los vínculos entre salud, ambiente y desarrollo.⁶³

Brundtland estaba determinada en posicionar a la OMS como actor importante a nivel global, ir más allá del ámbito de los ministerios de salud y ganar un lugar en la mesa donde las decisiones de las principales agencias estaban siendo tomadas.⁶⁴ Ella quiso reorganizar a la OMS como una organización dispuesta a cumplir efectivamente la misión con la que había sido formada, capaz de monitorear e influir en otros actores de la escena global. Estableció una Comisión de Macroeconomía y Salud, presidida por el economista Jeffrey Sachs de la Universidad de Harvard, que incluía a antiguos ministros de Hacienda, funcionarios del Banco Mundial, del Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial de Comercio, y del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, así como líderes de la salud pública. La Comisión publicó un informe en diciembre de 2001, que sostuvo que el mejoramiento de la salud en países en desarrollo era esencial para su desarrollo económico.⁶⁵ El informe identificó un conjunto de enfermedades prioritarias que requerirían una urgente intervención especializada.

63. Lawrence K. Altman, "U.S. moves to replace Japanese head of WHO", *New York Times* (20 diciembre 1992), p. 1.

64. Ilona Kickbusch, "The development of international health priorities accountability intact?" *Social Science and Medicine* 51 (2000): 979-989.

65. Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (2001); see also Howard Waitzkin, "Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique", *The Lancet* 361 (8 febrero 2003): 523-526.

Brundtland también comenzó a reforzar la posición financiera de la OMS, en gran parte organizando "sociedades globales" y "fondos globales" para juntar a "grupos de presión" -donantes privados, gobiernos, y agencias bilaterales y multilaterales- que debían concentrarse en objetivos específicos. Algunos ejemplos de esta política -que en términos generales fueron precedidos y moldeados alrededor de ONUSIDA- fueron los programas "Racer Retroceder la Malaria" establecido en 1998 para reducir la incidencia de la enfermedad especialmente en África, una importante iniciativa de vacunas (conocida en inglés como GAVI) que a partir de 1999 buscó proteger principalmente a los niños de las dolencias prevenibles más frecuentes, y la iniciativa de "Alto a la Tuberculosis" (en inglés *Stop TB*) formada en 2001 para lidiar con los complejos problemas creados por la Tuberculosis multidrogoresistente. Estos eran programas semi-autónomos que obtenían un financiamiento externo sustantivo, a menudo bajo la forma de Sociedades Públicas Privadas.⁶⁶ Una parte activa muy significativa en estas sociedades (el acrónimo en inglés fue "PPP" por *Public Private Partnerships*) fue la Fundación Bill y Melinda Gates, que entregó más de 1.7 mil millones de dólares entre 1998 y 2000 a un programa internacional para prevenir y eliminar enfermedades en las naciones más pobres del mundo, principalmente en programas de inmunización y vacunación.⁶⁷ Luego de algunos años, aproximadamente 70 de estas sociedades de salud global habían sido creadas.

La gestión de Brundtland como Directora General de Brundtland no estaba exenta de defectos ni libre de críticas. Se ha hecho anotaciones de que algunas iniciativas atribuidas a su administración habían sido comenzadas realmente bajo la dirección

66. Michael A. Reid y E. Jim Pearce, "Whither the World Health Organization?" *The Medical Journal of Australia* 178 (2003): 9-12.

67. Michael McCarthy, "A conversation with the leaders of the Gates Foundation's Global Health Program: Gordon Perkin and William Foege", *Lancet* 356 (8 julio 2000): 153-155.

de Nakajima (por ejemplo, el Marco de la OMS para la Convención para el Control del Tabaco), iniciativas que pueden ser consideradas hoy con algo de escepticismo (la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, "Hacer Retroceder a la Malaria"), y posiblemente existen todavía otros rubros que no recibieron atención suficiente de su administración (Atención Primaria de Salud, VIH/SIDA, salud y derechos humanos, y la precaria situación de los trabajadores de salud). Sin embargo, pocos se disputarían la aseveración que Brundtland tuvo éxito en alcanzar su objetivo principal, de colocar de nuevo a la OMS como un agente altamente visible en un campo tan cambiante como el de la salud global.

Conclusión

Podemos volver ahora brevemente a las preguntas con las cuales este ensayo comenzó: ¿cómo nos ayuda una perspectiva histórica a entender la aparición de la terminología de la "salud global"? y ¿Que papel jugó la OMS en su desarrollo? Las respuestas básicas derivan del hecho que la OMS en varias ocasiones a lo largo de su historia o bien dirigía, reflejaba, o intentaba acomodarse a los más profundos cambios y desafíos en el siempre cambiante mundo de la salud internacional. En los años cincuenta y sesenta, la OMS evolucionó de un reducido énfasis en la erradicación de la malaria a un interés más amplio por el desarrollo de servicios de salud y una campaña exitosa en la erradicación de la viruela. En los años setenta y ochenta, la OMS desarrolló el concepto de la Atención Primaria de Salud, pero más tarde sus alcances fueron desvirtuados y se impulsó una versión pragmática de la anterior mejor conocida como la Asistencia Primaria Selectiva de Salud en un tiempo en que cambiaron el orden económico y la política internacional. En los años noventa, la OMS intentó usar el liderazgo de una emergente preocupación sobre la "salud global" como una estrategia organizativa que prometió la supervivencia de esta agencia, y en

efecto, la renovación del liderazgo de la misma. Pero así como ésta no inventó las agendas para la erradicación o para asistencia primaria, la OMS no inventó la "salud global". Otras corrientes tuvieron, una vez más, mayor responsabilidad. Aún así la OMS, aunque ya no era la única agencia de liderazgo en su sector, ayudó a promover el interés por la "salud global" y contribuyó considerablemente a la diseminación de nuevos conceptos y de un nuevo vocabulario. En aquel proceso, esperaba adquirir, como Yach y Bettcher sugirieron en 1998, una coordinación reintegrada y un papel de liderazgo. Si la nueva reubicación organizacional de la OMS servirá para restablecerla definitivamente como la administradora incuestionable de la salud de la población mundial permanece como una cuestión pendiente.

Otra conclusión de este trabajo es que debemos problematizar la neutralidad del término "salud global" que a veces es presentado como una respuesta puramente racional a acontecimientos nuevos y amenazantes de salud pública como las epidemias internacionales que afectan a países ricos y pobres, y la migración legal e ilegal masiva de poblaciones. Como hemos señalado en este artículo, el término surgió como parte de procesos políticos e históricos más amplios, en el contexto de un orden mundial neoliberal, en el cual el papel-antes dominante de la OMS se vio desafiado, y la agencia multilateral comenzó a recolocarse dentro de nuevas alianzas de poder.

CUADRO 1

NÚMERO TOTAL DE ENTRADAS EN *PUBMED*
BAJO SALUD INTERNACIONAL* Y GLOBAL* POR DÉCADA

Búsqueda de palabras claves, hasta octubre del 2005

DÉCADA	SALUD INTERNACIONAL *	SALUD GLOBAL *
1950	1,007	54
1960	3,303	155
1970	8,369	1,137
1980	16,924	7,176
1990	49,158	27,794
2000 – julio/2005	52,189 +	39,759 +

* Recoge las terminaciones variantes del término, p. ej., internacionalizar e internacionalización; globalizar y globalización.

+ NB sólo 55 meses

El rol cambiante del Banco Mundial en la salud global

JENNIFER P. RUGER

EL 25 DE JUNIO del 2004 se cumplió el 58° aniversario del Banco Mundial, que abrió sus puertas en Washington DC en 1946. Esta institución se llamó inicialmente el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y fue creado en la Conferencia de Bretton Woods en julio de 1944, junto con su institución hermana, el Fondo Monetario Internacional. Al inicio, los objetivos principales del Banco eran la reconstrucción y el desarrollo. Como estaba implícito en su nombre original; su función principal era la de reconstruir Europa después de la Segunda Guerra Mundial, pero, a diferencia de otros organismos especializados de las Naciones Unidas, el Banco podía recaudar fondos en mercados financieros privados y de donaciones recibidas de los países más ricos del mundo.¹ Con estos recursos proporcionó préstamos sin intereses, además de créditos, subvenciones, y asistencia técnica a países afectados económicamente por la Guerra así como a países en vías de desarrollo a los que no les era posible pedir préstamos de mercados internacionales. Las actividades del Banco continuaron por las siguientes décadas,

1. Banco Mundial, "What is the World Bank". <http://web.worldbank.org/WB-SITEI/SITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/O.,content MDK; 20040558-menuPK;34559~pagePK;34542~piPK:36600~the-SitePK;29708,00.html> (Con acceso el 27 de febrero de 2004).

haciendo de este la "principal institución de economía multilateral del mundo".²

A lo largo de más de cincuenta años, las prioridades del Banco y su filosofía de progreso económico -junto con su papel en el mundo- han sufrido cambios significativos: de reconstruir la Europa de la posguerra pasó a buscar el alivio de la pobreza en los países en vías de desarrollo. Las perspectivas sobre el desarrollo han variado a su vez dramáticamente a lo largo del tiempo; han surgido nuevas teorías y evidencias que han profundizado y transformado el debate sobre el desarrollo internacional, influyendo en las prácticas del Banco y en las decisiones sobre sus políticas. El Banco tiene ahora en especial, una visión más sofisticada del bienestar, el nivel de vida, y la pobreza; además, se han acumulado experiencias sobre los medios principales de reducción de la pobreza y de desarrollo a lo largo de la historia del Banco, y tiene ahora una renovada -aunque todavía en evolución- comprensión de como lograr los objetivos de desarrollo. En los años cincuenta y sesenta del siglo veinte, por ejemplo, cuando se pensaba que el crecimiento económico era la clave para el desarrollo, el Banco concentró sus grandes inversiones principalmente en capital físico e infraestructura, ya que tales inversiones eran vistas como las más favorables para aumentar la renta nacional.

En la década del sesenta, y hasta los años ochenta, la teoría del desarrollo fue evolucionando hasta abarcar mucho más que el mero crecimiento económico; apuntaba ahora a satisfacer las "necesidades básicas" de los individuos ya que el objetivo era proveer a todos los seres humanos de la oportunidad de tener una "vida plena". Esta perspectiva marcó las actividades de las políticas y del personal del Banco; sobre todo de Robert Mc Namara, entonces Presidente de este durante los años 1968 a 1981. Por consiguiente, el enfoque del Banco Mundial comenzó a

2. D. Kapur, J. P. Lewis y R. Webb, *The World Bank. Its First Half Century, Volume 1: History* (1997), 2.

cambiar lentamente hacia inversiones en planificación familiar, nutrición, salud, y educación. En los años noventa, el "Consenso de Washington", que estaba orientado hacia la estabilidad macroeconómica, la privatización de las empresas públicas, la liberalización comercial y la contracción del gasto en el sector público dominó el pensamiento sobre el desarrollo y el Banco estuvo centrado en la promoción de los mercados abiertos y en la administración más eficiente de las macroeconomías. Sin embargo, lo aprendido en este periodo a partir de las reformas orientadas hacia el mercado demostró que el buen gobierno, las instituciones sólidas, y el capital humano son cruciales para la erradicación de la pobreza mundial. Hoy, el Banco ve el desarrollo como un proceso holístico y multidimensional que se centra en las personas de las sociedades en las que opera. En este "marco de desarrollo global" los programas de Salud, Nutrición, y Población (SNP) ocupan un lugar central en la labor y misión del Banco.

El Banco Mundial ha pasado de tener prácticamente ninguna presencia en la salud global a ser hoy una de las instituciones de la salud líder en el mundo; con el tiempo, sus préstamos, créditos, y subvenciones para financiar programas de SNP se han vuelto sustanciales. El cambio más grande ocurrió en los últimos 20 años: el apoyo del Banco a la asistencia social como la salud, nutrición, educación, y seguridad social creció del 5 por ciento en su carpeta en 1980 al 22 por ciento en el 2003.³

Es importante recalcar que el Banco Mundial es hoy el más grande proveedor externo de fondos de salud en el mundo, comprometido con más de mil millones de dólares anuales en el nuevo sistema de préstamos para mejorar la salud, la nutrición, y los problemas demográficos en países en desarrollo.⁴ Es además

3. Banco Mundial, "Ten Things You Never Knew About the World Bank". <http://www.worldbank.org/itenthings/index.html> (Con acceso el 5 de marzo de 2004).
4. The Human Development Network, Health, Nutrition & Population, *World Bank Sector Strategy Paper (1997)*.

uno de los proveedores de recursos financieros externos más grandes del mundo en la lucha contra el VIH/SIDA, con compromisos de más de 1.3 mil millones de dólares (la mitad de este monto esta dirigido al África sub-Sahariana donde la epidemia es más aguda).⁵ Al ofrecer plazos largos para el reembolso de los préstamos (hasta 35-40 años y un periodo de gracia de lo años), proporciona el tiempo y recursos necesarios para tratar problemas especiales, como la propagación de epidemias y enfermedades en los países necesitados.

En julio de 1944, los delegados de 45 gobiernos nacionales se reunieron en Bretton Woods, New Hampshire, en Estados Unidos, para diseñar el convenio constitutivo para el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, insertando alas dos entidades en la legislación internacional.⁶ El naciente Banco era la primera institución financiera "de desarrollo multilateral". Era una institución única del sector público creada en un periodo de cooperación intergubernamental durante la época posterior a la segunda guerra mundial. En contraste, el Fondo Monetario Internacional fue ere ado –también en 1944- para estabilizar el sistema monetario internacional y supervisar las divisas mundiales. Un año más tarde, la Asamblea General de las Naciones Unidas se reunió en San Francisco, California, para redactar la Carta de las Naciones Unidas; una nueva era de agencias multilaterales y de la cooperación intergubernamental había surgido.

Para el 31 de diciembre de 1945, 29 gobiernos habían ratificado el Convenio Constitutivo del Banco; en marzo de 1946,

5. Banco Mundial, "What is the World Bank".
6. Banco Mundial, "World Bank Group Historical Chronology 1944-1949".
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O,,contentMDK:20035657~menuPK:56307~pagePK:36726~piPK:36092~theitePK:29506,00.html> (Con acceso el 27 de febrero de 2004).

la Directiva del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional se instalaron e inauguraron sus sesiones en Savannah, Georgia, lugar donde adoptaron sus estatutos y nombraron a los directores ejecutivos del Banco.⁷ La Directiva se reunió por primera vez el 7 de mayo de 1946, su primer presidente el banquero y periodista norteamericano Eugene Meyer quien tomó posesión del cargo el 18 de junio. El Banco abrió su oficina central mundial el 25 de junio en Washington, D.C.⁸

El compromiso de ser el primer Presidente del Banco era un desafío; en la edición por el decimo aniversario de *International Bank Notes* el señor Meyer escribió: "El descubrimiento del camino apropiado para este nuevo experimento en cooperación internacional no era fácil. Teníamos sólo el Convenio Constitutivo para guiarnos, y este nos proporcionaba sólo un bosquejo general".⁹ Meyer dimitió después de 6 meses y fue sucedido por el abogado norteamericano John McCloy, que estuvo en el cargo durante 2 años, período que significó un cambio rápido en la labor y la orientación geográfica del Banco Mundial.

De la reconstrucción del desarrollo

McCloy ayudó a cambiar el enfoque del Banco de un énfasis en la reconstrucción de la postguerra hacia desarrollo económico. El 9 de mayo de 1947, el Banco autorizó su primer préstamo: 250 millones de dólares a Francia para su reconstrucción. Hacia agosto de 1947, había autorizado préstamos de reconstrucción

7. Ibid.

8. Banco Mundial, "Pages from World Bank History-Bank's 57th Birthday Retrospective", <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/0/contentMDK:20116771~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506.OO.html> (Con acceso el 25 de febrero de 2004).

9. Banco Mundial, *International Bank Notes*, junio 1956, citado en el Banco Mundial, "Pages for World Bank History-Bank's 57th Birthday Retrospective".

a Los Países Bajos (195 millones de dólares), Dinamarca (40 millones de dólares), y Luxemburgo (12 millones de dólares).¹⁰ Estos primeros préstamos eran para la "reconstrucción" producida por la devastación de la guerra (hubo también otros préstamos específicos para ciertos proyectos), y terminaron por lanzar al naciente Banco a mercados de capital internacionales. Sin embargo, la comunidad internacional se percató pronto que, en vez de préstamos graduales, el mundo europeo y japonés en reconstrucción requería de un esfuerzo mayor por parte de los líderes internacionales; es así que se estableció el Plan Marshall en junio de 1947.¹¹ Aliviados de la carga de la reconstrucción, los directores del Banco Mundial comenzaron a dirigir su atención hacia el desarrollo.

En la época de la posguerra, la noción que predominaba en la teoría del desarrollo era que el crecimiento económico (entendido como el aumento del producto nacional bruto o las tasas de crecimiento) era la clave para el progreso. Es entonces que durante este período el Banco concentró la mayoría de sus inversiones principalmente en el capital físico y la infraestructura pesada. De 1948 a 1961, por ejemplo, el 87 por ciento de sus préstamos a países menos desarrollados se destinó a la energía y el transporte; los compromisos restantes aseguraron otras formas de gastos indirectos, como la industria y las telecomunicaciones, y una pequeña fracción (el 4 por ciento) fue invertida en agricultura e irrigación.¹² Por otra parte, de enero de 1949 a abril de 1961, el Banco proporcionó 5.1 mil millones de dólares

10. Banco Mundial, "Pages from World Bank History; Bank's First Development Loans", 30 de Mayo de 2003, [http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O"content MDK; 20113929 ~pagePK:36726 ~piPK:36092 ~theSitePK; 29506,OO.html](http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O) (con acceso el 25 de febrero del 2004); Banco Mundial, "World Bank Group Historical Chronology 1944-1949".

11. Kapur, Lewis, y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*.

12. Ibid. 85-86,109-110.

a 56 países para 280 préstamos diferentes, principalmente para el desarrollo económico.¹³ El primer préstamo para el desarrollo (13.5 millones de dólares), efectuado el 7 de abril de 1949, fue otorgado a la Corporación de Fomento a la Producción chilena para cuatro proyectos de energía eléctrica e irrigación aleatoria¹⁴ y el segundo préstamo de desarrollo (2.5 millones de dólares), efectuado el mismo día, se orientó a la maquinaria para la agricultura de ese país. La educación, la salud, y otros sectores sociales no fueron tomados en cuenta en los préstamos.¹⁵

La teoría de desarrollo y la filosofía de inversión de la época permanecieron constantes durante la mayor parte de las dos primeras décadas del Banco y respaldaron la idea de que el servicio público y los proyectos de transporte, la estabilidad financiera, y un sector privado fuerte, eran los medios principales para el desarrollo.¹⁶ Este tipo de proyectos eran más fáciles de financiar y eran considerados como la ayuda más apropiada para los fondos del Banco.¹⁷ Durante este tiempo, el Banco Mundial rechazó inversiones públicas en saneamiento, educación, y salud.¹⁸ Un elemento para entender esta decisión, tal como se mencionó previamente, era el paradigma de desarrollo predominante sugería que las inversiones, préstamos y donaciones debían estar íntimamente vinculadas a la estructura y el funcionamiento del sistema económico. Otra razón estuvo relacionada con la política del Banco como una "institución financiera" ya que "a principios de los años cincuenta las operaciones del Banco y la noción

13. Ibid., 85-86,109-110.

14. Banco Mundial, "Pages from World Bank History; Bank's First Development Loans".

15. Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*, 82; Banco Mundial, "Pages from World Bank History; Bank's First Development Loans".

16. E. S. Mason y R. E. Asher, *The World Bank Since Bretton Woods (1973)*.

17. L. Currie, *The Role of Economic Advisors in Developing Countries (1981)*.

18. Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*.

sobre el desarrollo habían sido moldeadas por la mentalidad del banquero".¹⁹ Este "molde" financiero valoraba las inversiones que mostraban un retorno monetario apreciable y directo. Como por ejemplo explican Edward Mason y Robert Asher en su libro, *The World Bank Since Bretton Woods*:

La contribución de los proyectos sociales importantes a una mayor productividad [...] es menos mensurable y directa que aquella de las centrales eléctricas [...] Financiarlas, además, podría hacer que se incrementen las demandas de préstamos y producir un descontento en Wall Street y dudas con respecto de la "solidez" de la dirección del Banco. Por lo tanto pareció prudente a la Dirección [...] considerar como inadecuada en circunstancias normales la financiación del Banco Mundial de proyectos para eliminar la malaria, reducir el analfabetismo, construir escuelas profesionales, o establecer clínicas.²⁰

Algunos miembros del personal y consejeros del Banco discreparon de este punto de vista. Por ejemplo, E. Harrison Clark, Jefe de la Misión de Sondeo de 1952 en Nicaragua, regresó de aquel país con enfáticas recomendaciones para que el Banco Mundial interviniera en proyectos sociales. La misión que el lideró informa que:

Los gastos para mejorar el saneamiento, la educación y la salud pública deberían ser, sin duda alguna, la primera prioridad en cualquier programa destinado a aumentar el crecimiento a largo plazo y el desarrollo de la economía nicaraguense [...] los altos índices de enfermedad, los estándares bajos de nutrición, y los bajos estándares en la educación y la formación son los factores principales que impiden el crecimiento de la productividad.²¹

Ibid., 85.

19. Mason y Asher, *The World Bank Since Bretton Woods*, 151-152.

20. Banco Mundial, *The Economic Development of Nicaragua* (1953), 22-23, citado de Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*, 111.

A pesar de estas recomendaciones, ninguno de los once préstamos que Nicaragua recibió del Banco Mundial entre 1951 y 1960 cubrió los problemas de agua potable, saneamiento, salud, o educación.²²

Con una indiferencia total inicial hacia los sectores sociales, el Banco Mundial trazó un rumbo diferente al del gobierno estadounidense y al de otras instituciones para el desarrollo. A partir de 1951 y hasta 1954, más del 30 por ciento de la ayuda externa estadounidense a Asia del Sur había sido para la salud, la agricultura, y la educación;²³ la ayuda bilateral estadounidense a Tailandia para la salud pública fue una prioridad significativa.²⁴ Aunque la motivación principal para el préstamo bilateral estadounidense de recursos humanos en Asia del Sur parecía provenir del miedo de que la pobreza y una salud endeble fueran un nido para la ideología comunista,²⁵ las inversiones eran consecuentes con el énfasis estadounidense de la posguerra en el individualismo y la capacidad humana, y su confianza en la ciencia y la medicina.²⁶ Otras agencias multilaterales que habían sido creadas para contribuir al desarrollo, como la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (AID), la Organización para la Alimentación y Agricultura, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y sobre todo la Organización Mundial de la Salud (OMS), también se centraron en mejorar la salud pública.

La base racional o los argumentos para el trayecto independiente que inicialmente siguió el Banco eran tanto académicos

22. Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank: Its First Half Century*.

23. C. Wolf, *Foreign Aid: Theory and Practice in Southern Asia (1960)*.

24. R.J. Muscat, *Thailand and the United States: Development, Security, and Foreign Aid (1990)*.

25. Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*.

26. R. A. Pastor, *Congress and the Politics of us. Foreign Economic Policy, 1929-1976(1980)*.

como financieros. El debate académico en la época sobre el desarrollo ponía énfasis en que el crecimiento económico era la herramienta principal para reducir la pobreza en países en desarrollo y que las inversiones directas en asistencia social resultarían contraproducentes. Davesh Kapur *et al.* escribió: "Tales medidas serían paliativos temporales, a costa de los ahorros y de la inversión productiva; los ataques inmediatos dirigidos contra la pobreza de grandes sectores de población sólo malgastarían los recursos nacionales limitados".²⁷

Esta perspectiva económica "a cuenta gotas" o de "chorreo" fue reforzado por la idea de que la industrialización y la urbanización eran requisitos necesarios para el crecimiento económico,²⁸ visión que dominó la forma de pensar en el Banco durante la mayor parte de los años cincuenta y sesenta.²⁹ Los sociólogos y economistas estuvieron de acuerdo en que la urbanización era un componente inevitable del desarrollo,³⁰ que la desigualdad de ingresos estaba inevitablemente relacionada con el crecimiento económico,³¹ y que el crecimiento y no la distribución de la riqueza, debía ser el punto central del desarrollo.³²

Los intereses financieros del Banco Mundial estaban igualmente en desacuerdo con las políticas de préstamos que favorecieran proyectos y recursos sociales y humanos. Robert Cavanaugh,

27. Kapur, Lewis, y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*, 115.

28. J. Morris, *The Road to Huddersfield* (1963).

29. H. B. Chenery, "The Role of industrialization in Development Programs", *American Economic Review* 45 (1955): 40; W. A. Lewis, "Economic Development with Unlimited Supplies of Labour", *Manchester School of Economic and Social Studies* 22 (1954): 131-191; W. A. Lewis, *Theory of Economic Growth* (1955); B. F. Johnston y J. W. McDor, "The Role of Agriculture in Economic Development", *American Economic Review* 51 (1961): 566-593; Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*.

30. G. D. H. Cole, *Introduction to Economic History, 1750-1950* (1952).

31. S. Kuznets, "Economic Growth and Income Equality", *American Economic Review* 45 (1955): 1-28.

32. Lewis, *Theory of Economic Growth*.

el principal recaudador de fondos del Banco y el puente entre el Mercado de Reserva de Nueva York -la fuente primaria de financiamiento del Banco- y los instrumentos de préstamo del Banco, declaró en 1961:

Si entráramos en el campo social [...] entonces el mercado de bonos sentiría definitivamente que no actuamos prudentemente desde un punto de vista financiero [...] Si se comienza a financiar escuelas, hospitales y mejoras en el abastecimiento de agua, entre otras cosas, esto no aumentara directamente la capacidad de un país de rembolsar un préstamo.³³

La opinión de Cavanaugh reflejaba la manera en que el Banco Mundial era entonces extremadamente sensible de las potenciales reacciones financieras del mercado. Estas posibles reacciones fueron tomadas muy en cuenta cuando el Banco trataba de construir una reputación fuerte dentro de mercados financieros y círculos de desarrollo. A pesar que algunos funcionarios bancarios pensaron que la salud y la educación eran importantes para el desarrollo, las influencias académicas y financieras de la época persuadieron al Banco e hicieron que dejara de lado temas relacionados al bienestar social durante los primeros veinticinco años de su existencia.

Inversiones en salud, nutrición y programas de población

El 1 de abril de 1968, Robert S. McNamara fue elegido Presidente del Banco Mundial. Durante su largo período al frente de dicha institución (que concluyó en junio de 1981), transformó la orientación del Banco tomando como objetivo central la reducción de pobreza. McNamara buscó redefinir al Banco como

33. R.W. Cavanaugh, entrevista, Programa de Historia Oral del Banco Mundial, julio 25, 1961, 63-64, citado de Kapur *et al.*, *The World Bank. Its First Half Century*, 119-120.

una "agencia de desarrollo auténtica" y no sólo como una institución financiera más.³⁴

La llegada de McNamara al Banco coincidió con un cambio en el pensamiento académico y en la investigación sobre el desarrollo. Este giro comenzó en los años cincuenta, cuando las perspectivas ortodoxas sobre el desarrollo³⁵ -concentradas en el crecimiento económico- empezaron a ser cuestionadas. Ciertos estudios mostraron que el capital físico jugaba un papel en el crecimiento económico menos relevante de lo pensado. Además, parecía que "un factor residual" existía en los modelos estadísticos macroeconómicos;³⁶ se creía que este factor residual era la inversión en educación, la capacidad de innovación, la mentalidad empresarial, y más tarde las condiciones de salud.³⁷ Los conceptos de "capital humano" y de "desarrollo humano" -es decir el invertir en las personas- también ganó aprobación.³⁸ El enfoque de desarrollo orientado a las necesidades básicas de las personas influyó el modo en que los académicos y los políticos veían al desarrollo,³⁹ y formó luego la piedra angular del programa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, creada en 1961.⁴⁰

Estas ideas sobre el desarrollo parecían lógicas para McNamara; ambas llamaron su atención y eran consecuentes con su

34. Kapur, Lewis y Webb. *The World Bank. Its First Half Century*.

35. Lewis, *Theory of Economic Growth*.

36. M. Abramovitz, *Resource and Output Trends in the United States Since 1870*, *Occasional Paper 52* (1956).

37. S. Enke, *Economics for Development* (1963).

38. T. W. Shultz, "Investment in Human Capital", *American Economic Review* 51 (1961): II.

39. P. Streeten, *The Distinctive Features of a Basic Needs Approach to Development*, Basic Needs Paper 2, World Bank Policy Planning and Program Review Department, Washington, DC, 10 de agosto de 1977.

40. R.H. Sartorius y V. W. Ruttan, "The Sources of the Basic Needs Mandate", *Journal of Developing Areas* 23 (1989): 331-62.

propia historia personal, su lealtad previa, y su experiencia con el gobierno de los Estados Unidos y con el sector privado. Además, los estudios internos del Banco y los informes de las misiones en diversos países revelaron que cientos de millones de personas en países en desarrollo vivían en la pobreza extrema y carecían de servicios de salud, escuelas primarias y secundarias, y agua potable.⁴¹ Tales condiciones de "subdesarrollo" eran barreras claves para mejorar la productividad, el crecimiento económico y reducir la pobreza. Es decir, la pobreza empezó a ser percibida como un resultado directo de la insuficiencia de inversiones en salud y educación públicas. Dragoslav Avramovic, director del Departamento de Economía del Banco antes que McNamara llegara, era un firme crítico de las perspectivas ortodoxas predominantes. Su crítica a la economía de "chorreo" o "a cuenta gotas" proporcionó más tarde aspectos claves del ataque de McNamara contra la pobreza.⁴² Desde los años sesenta, los cambios en el pensamiento académico sobre el tema del desarrollo empezaron a calar en un sector del personal del Banco Mundial aunque no lograron echar raíces en las políticas del Banco ni en su *ethos* institucional sino hasta la llegada de Mc Namara en 1968.

El cambio gradual del Banco hacia una asignación de una mayor cantidad de préstamos en el sector social comenzó con un énfasis en la planificación familiar que McNamara consideró como el primer paso para aliviar la pobreza. En un discurso en la Universidad de Notre Dame en 1969 exhortó a la comunidad internacional a concentrarse en el crecimiento demográfico, "la cuestión más delicada y difícil de nuestra era, quizás de cualquier era en la historia".⁴³ El control poblacional era un foco

41. Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank: Its First Half Century*.

42. Memorandum, Dragoslav Avramovic a George D. Woods, 13 de febrero de 1964, citado en Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*, 208.

43. Banco Mundial, "Pages from World Bank History-Bank Pays Tribute to Robert McNamara", marzo 21, 2003, <http://web.worldbank.org/AVBSITE/>

principal para otras agencias de desarrollo de la época, en particular para la Fundación Ford y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. En 1970, McNamara había establecido el Departamento para los Proyectos de Población del Banco Mundial y continuaba abogando por el control demográfico en sus discursos y en el diálogo con los gobiernos. En el mes de junio de 1970, el Banco aprobó su primer préstamo para la planificación familiar (2 millones de dólares) a Jamaica.⁴⁴ Hacia el final del año fiscal de 1973, los préstamos del Banco para la planificación familiar sumaron 22 millones de dólares, menos del 10 por ciento del monto otorgado para la energía eléctrica (322 millones de dólares) y para las telecomunicaciones (248 millones de dólares). Esta era una fracción aún inferior de aquella otorgada para la agricultura (938 millones de dólares) y para el transporte (682 millones de dólares).⁴⁵ El 26 de agosto de 1974, fue publicado el informe sobre políticas demográficas y desarrollo económico titulado *Population Policies and Economic Development*, que analizaba el efecto del aumento de las poblaciones en la pobreza.⁴⁶ Aún así, el control demográfico no logró consolidarse como un programa fuerte de préstamos, quizás debido a que no satisfacían los requisitos e intereses del Banco de darle

EXTERNAL/EXTABOÜTLJS/EXTARCHIVES/0,,contentMDK:20100171~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00.html (con acceso el 25 de febrero de 2004).

44. Banco Mundial, "World Bank Group Historical Chronology 1970-1979;" <http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/0,,comentMDK:20035661~menuPK:56317~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00Atml> (con acceso el 27 de febrero de 2004).
45. Banco Mundial, "Pages from World Bank History: Excerpts from the 1973 Annual Report", <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/0,,contentMDK:20108747~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00.html> (con acceso el 10 de noviembre de 2004).
46. Banco Mundial, "World Bank Group Historical Chronology 1970-1979".

prioridad a proyectos adecuados que fueran tanto aceptables para los prestatarios como atractivos para los accionistas bancarios.⁴⁷

La atención de McNamara giró entonces hacia a la nutrición, motivado en parte por la *Conferencia internacional sobre nutrición, desarrollo nacional y planeamiento* que se realizó en el Massachussets Institute of Technology, una prestigiosa universidad en Cambridge, Estados Unidos, en 1971 y el Programa Internacional de Planificación de la Nutrición establecido en 1972 en dicha universidad y financiado por la Fundación Rockefeller y la AID.⁴⁸ En noviembre de 1970, el reputado bioquímico James Lee fue nombrado consejero científico del Banco, y fue responsable de las políticas de alimentación y nutrición junto con otras áreas sociales.⁴⁹ En su discurso, en la reunión anual del Banco en 1971, McNamara recalcó que la desnutrición estaba extendida y limitaba el crecimiento físico y a menudo mental de centenares de millones, convirtiéndose en una importante barrera para el desarrollo humano.⁵⁰ Hacia enero de 1972, el informe *Posible Bank Actions on Malnutrition Problems* del Banco Mundial hizo que se estableciera una unidad de nutrición al interior de la agencia multilateral. En 1973, el libro de Alan Bergs *The Nutrition Factor* y un documento sobre políticas nutricionales del mismo año -los cuales exigían un papel más activo en la nutrición- reforzaron la posición de McNamara para el futuro respaldo que el Banco debía dar a aquella área y a pesar de esto, el Banco no aprobó su primer préstamo para la alimentación (de 19 millones de dólares para Brasil) sino hasta 1976.⁵²

Kapur, Lewis, y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*.

47. Ibid., 253.

48. Ibid.

49. Banco Mundial, "Pages from World Bank History-Bank Pays Tribute to Bob McNamara".

50. Kapur, Lewis, y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*, 253-254.

51. Banco Mundial, "World Bank Group Historical Chronology 1970-1979".

Desde 1970, McNamara había estado tratando de lograr que el Banco diese un decidido apoyo a la salud y a los programas de nutrición. Dos ejemplos de ellos fueron sus comentados discursos en la Universidad de Columbia (1970) y en la Asamblea General anual del Banco (1972). En junio de 1973 solicitó a expertos del Banco un documento sobre políticas de salud.⁵³ De esta manera surgió el *Informe de las políticas del sector de salud* de 1975 que resultó ser el primero de varias otras publicaciones y esfuerzos del Banco para generar y diseminar el conocimiento en políticas de salud. En 1974, uno de los programas más prometedores del Banco, el Programa para el Control de la Oncocercosis, fue creado para eliminar la Oncocercosis, Hamada también ceguera de los ríos, y establecer un control nacional y regional de la enfermedad. Esta iniciativa de salud implicó la participación de once países de África y fue patrocinada, junto con el Banco Mundial, por el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD), la Organización para la Agricultura y la Alimentación y la OMS. Asimismo, implicó también el esfuerzo del sector privado y de organizaciones no gubernamentales. Como la Oncocercosis es causada por un gusano parasitario y es propagada por un tipo de moscas que se reproducen en agua de torrentes rápidos, el grupo determinó que se podría detener la transmisión de la enfermedad tratando el flujo del agua. El Programa para el Control de la Oncocercosis también estableció un programa de aplicación de insecticida para evitar el crecimiento de las moscas negras. S4

Debido a que el Banco no estaba totalmente involucrado en cuestiones de salud en aquella época, su decisión de emprender

53. Kapur, Lewis y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*.

54. World Bank, "Pagos from World Bank History: The Fight Against Riverblindness", March 14, 2003, <http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/0..contentMDK:20098846~pagePK:36726~piPK:36092~theSite PK:29506,00.html> (con acceso el 25 de febrero de 2004).

la lucha contra la ceguera de los ríos resultó un punto decisivo. El Programa, que continuó durante aproximadamente 30 años, protegió a aproximadamente 34 millones de personas de esta enfermedad y permitió liberar de esta dolencia a casi 25 millones de hectáreas de tierras para su explotación agrícola.⁵⁵ El Programa para el Control de la Oncocercosis estimuló de forma crucial la participación del Banco en el sector salud. En 1979 este estableció un departamento de salud y una política al interior de la institución que evaluaba financiar proyectos de salud autónomos, así como los rubros de salud en otros proyectos.⁵⁶

Estos esfuerzos en el campo de la salud pública fueron influenciados por el creciente reconocimiento -en los discursos académicos y en las políticas de desarrollo- de la idea que el enfoque orientado a las necesidades básicas de las personas era esencial en la reducción de la pobreza.⁵⁷ McNamara estaba particularmente comprometido con esta idea y en su discurso anual en 1976 frente a la asamblea de la junta directiva del Banco Mundial que se realizó en Manila, Filipinas, subrayó la necesidad de reexaminar la economía a "cuenta gotas" y de concentrarse en las necesidades humanas básicas de cientos de millones de personas en los países en vías de desarrollo.⁵⁸ Durante los años siguientes, solicitó que el Banco llevara a cabo una investigación exhaustiva previamente a un programa de préstamos a gran escala para cubrir las necesidades básicas.

A pesar de fracasar el intento de institucionalizar plenamente las nuevas orientaciones sociales en las políticas del Banco

55. Ibid.

56. Kapur, Lewis, y Webb, *The World Bank. Its First Half Century*, 345.

57. P. Streeten with Shahid Javed Burki, *et al.*, *First Things First: Meeting Basic Human Needs in Developing Countries* (1981).

58. R.S. McNamara, "To the Board of Governors, 1976, Manila, Philippines, October 4, 1976", en McNamara, *The McNamara Years at the World Bank*, 337, quoted in Kapur, Lewis, and Webb, *The World Bank. Its First Half Century*, 266.

Mundial, el enfoque orientado a las necesidades básicas colocó los cimientos para una mayor expansión de los sectores de Salud, Nutrición, y Población del Banco. El reconocimiento oficial de este cambio se hizo público en el *Informe sobre el desarrollo mundial* de 1980 el cual demostró que la desnutrición y la enfermedad eran dos de los peores síntomas de la pobreza y que ambos podían ser tratados mediante la acción directa de los gobiernos y con asistencia del Banco. El Informe sugirió también que la mejora de la salud y de la alimentación probablemente aceleraría el crecimiento económico. Luego de que una serie de documentos de investigación indicaran que la salud y la educación estaban directamente relacionadas con mejoras productivas, las conclusiones fueron incorporadas al *Informe sobre el desarrollo mundial* de 1980 para abogar por un mayor énfasis en los préstamos para el sector social.⁵⁹

El Banco Mundial pasó entonces de la teoría del desarrollo y la investigación a la acción. Este cambio se empezó a notar con la creación del Departamento de Salud, Nutrición y Población en octubre de 1979 y al permitir préstamos de salud autónomos. Un *Informe de las políticas del sector de salud* de 1980 fue una de las primeras tentativas de proporcionar un fundamento para las inversiones autónomas en el sector salud.⁶⁰ En esta dirección se empezaron proyectos sustantivos. En 1980, el Banco aprobó otro préstamo de alimentación -al proyecto de Alimentación de Tamil Nadu en la India en 1984-, que proporcionó una subvención de 2 millones de dólares para programas de emergencia sociales. En 1985, dio una subvención de 3 millones de dólares al Programa Mundial de Alimentos para víveres de emergencia al África sub-sahariana.⁶¹ En síntesis, la creación

59. Banco Mundial, *World Development Report* (1980).

60. The Human Development Network, *Health, Nutrition, and Population*.

61. Banco Mundial, "World Bank Group Historical Chronology 1980-1989", <http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOLTLS/EXTARCHIV/ES0,,contentMDK:20035663~menuPK:56318~pagePK:>

del Departamento de Salud, Nutrición y Población fue un hito en la participación del Banco Mundial en la salud.

El 10 de febrero de 1987, el Banco copatrocinó -junto con la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas- una conferencia en Nairobi, Kenia, sobre los peligros de la maternidad.⁶² Esta conferencia lanzó la iniciativa del Banco Mundial de una "Maternidad sin Riesgo", convirtiéndose en su primer compromiso global en cuestiones de salud de esta naturaleza (el programa esta ahora en su décimo séptimo año). La iniciativa consolidó el compromiso del Banco con la planificación familiar y con la salud materno-infantil y los acuerdos públicos y financieros resultantes de esta iniciativa se convirtieron en pilares importantes del trabajo del Banco en ese sector. Los proyectos de maternidad sin riesgo aumentaron de 10 en 1987 a 150 en 1999, con un compromiso anual de 385 millones de dólares entre 1992 y 1999 -el 30 por ciento de los préstamos de SNP del Banco.⁶³ Entre 1987 y 1998 el Banco apoyó actividades de partos sin riesgo en 29 países.⁶⁴ En 1987 prestó 10 millones de dólares para el Proyecto de Salud Familiar en Zimbabwe y 11 millones de dólares a Malawi para su Segundo Proyecto de Salud Familiar. En 1990, apoyó un préstamo de 267 millones de dólares al Segundo Proyecto de Servicios Básicos de Salud al noreste de Brasil.⁶⁵

Una segunda conferencia sanitaria internacional sobre la maternidad sin riesgo, patrocinada por el Banco Mundial, la OMS, la UNICEF, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas se realizó el 30 de enero de 1989, en Niamey, Nigeria. Le siguió un

36726 ~piPK:36092 ~theSitePK:29506,00 .html (conacceso e127 de febrero de 2004).

62. Ibid.

63. The Human Development Network, *Safe Motherhood and the World Bank: Lessons From 10 Years of Experience* (1999), 5.

64. Ibid., 33.

65. Ibid., 25.

informe del Banco de noviembre de 1989 Hamada *África subsahariana: de la crisis al crecimiento sostenible*, el cual mostró la necesidad de doblar los gastos en desarrollo de recursos humanos en la región.⁶⁶ Juntos, estos acontecimientos proporcionaron el impulso adicional necesario para las inversiones en planificación familiar y salud materno-infantil. En 1998, el Banco prestó 300 millones de dólares al Proyecto de Desarrollo de Mujeres y Niños de la India, y 250 millones de dólares para el Programa de Salud y Población en Bangladesh.⁶⁷ Sin embargo, es necesario notar que uno de los trabajos fundamentales sobre planificación familiar del Banco resultó controversial; su *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1984: Población y Desarrollo*. Este documento, que subrayaba el papel de los gobiernos en la reducción de la fertilidad y la mortalidad,⁶⁸ fue criticado, como lo fueron algunos de los proyectos de planificación familiar que fueron relacionados con el control de la población y políticas de despenalización del aborto en América Latina y otros países en desarrollo.⁶⁹

Otras actividades tempranas y significativas del sector Salud, Nutrición y Población (SNP) incluyeron el préstamo realizado en 1981 a Túnez para ampliar sus servicios de salud básicos, el estudio de 1987 *Financiando servicios de salud en países en vías de desarrollo: una agenda para la reforma*, y el *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: Invirtiendo en Salud*.⁷⁰ El documento de 1987, enfatizaba la necesidad de una mejora en el financiamiento del sector salud e incluía cuotas y tareas específicas para los países prestatarios -algo que fue sumamente controver-

66. Banco Mundial, "World Bank Group Historical Chronology 1980-1989".

67. The Human Development Network, *Safe Motherhood and the World Bank*, 30.

68. Banco Mundial, *World Development Report, 1984: Population and Development (1984)*.

69. Banco Mundial, "World Bank Group Historical Chronology 1990-1999".

70. Banco Mundial, *World Development Report, 1993: Investing in Health (1993)*.

sial- como un instrumento para movilizar recursos. El *Informe sobre el desarrollo mundial*, 1993 marcó un hito en la salud internacional, y le otorgó al Banco Mundial una gran visibilidad y legitimidad en el sector salud. El primer *Informe sobre el desarrollo mundial* fue dedicado enteramente a la salud (mostrando el compromiso del Banco); su objetivo principal era mostrar la importancia del tema a la comunidad que participaba en proyectos de desarrollo para que esta invirtiera en la salud. El *Informe sobre el desarrollo mundial*, 1993 identificó varios problemas importantes en los sistemas de salud internacionales, en particular en el uso ineficiente de fondos y de recursos humanos, el acceso inequitativo a la atención básica de salud, y los crecientes gastos de atención médica. Como consecuencia, el Banco hizo varias recomendaciones claves para mejorar la salud como por ejemplo: la educación y el empoderamiento de las mujeres jóvenes y adultas, la reasignación de los recursos del gobierno de instalaciones hospitalarias de tercer nivel a la atención primaria de salud, la inversión en salud pública y servicios médicos esenciales, y la promoción del seguro privado. Aunque generalmente bien recibido, el informe fue criticado por introducir el concepto de "Pérdida de Años de Vida Ajustados con Respecto a la Discapacidad" (DALYs, siglas en inglés), por carecer de una base de pruebas sólida, y por promover la privatización de sectores públicos.⁷¹

El aumento de la participación del Banco Mundial en la salud global

El *Informe sobre el desarrollo mundial*, 1993 ha sido complementado a lo largo de la década pasada con investigaciones operativas y análisis del Banco, incluyendo el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en la Reproducción

71. K. Abbasi, "The World Bank and World Health: Under Fire", *British Medical Journal* 318 (1999),1003-6.

Humana, el Programa de Investigación de Enfermedades Tropicales (OMS/ Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas/ Banco Mundial), y la Iniciativa Global sobre los Micronutrientes.⁷² Desde 1993, el Banco ha incrementado también su apoyo a la investigación en países específicos y el análisis de cuestiones de SNP, principalmente a través de préstamos bancarios y créditos, lo que ha resultado en el financiamiento externo significativo de investigaciones sobre salud, nutrición y población en países en desarrollo.⁷³ El interés del propio Departamento de Evaluación de Operaciones del Banco Mundial en cuestiones de SNP también ha crecido y ahora gasta 1 millón de dólares anuales (el 8 por ciento del total del presupuesto de investigación del departamento) en estudios de este tipo.⁷⁴ Esta política de investigación surge a partir de la ventaja comparativa del Banco en el análisis económico e intersectorial relacionado a cuestiones de salud. Otras áreas importantes de la participación del Banco Mundial en el conocimiento de la salud global incluyen la formación y seminarios en temas de SNP para expertos en políticas en los países en desarrollo. Durante los últimos años, el Banco ha producido 210 estudios en los sectores SNP para países específicos e informes de evaluación del personal y cientos de documentos de estrategia de países en temas de SNP.⁷⁵ Algunos de estas investigaciones han examinado los aspectos operativos de los servicios de salud; como por ejemplo, un estudio en Marruecos sobre el financiamiento de la salud y los seguros de vida.⁷⁶

72. The Human Development Network, *Health, Nutrition and Population*.

73. *Ibid.*, 11.

74. *Ibid.*, 11.

75. *Ibid.*, 13.

76. G.J. Schieber, J. P. Ruger, N. Klingen, A. M. Pierre-Louis y Z. E. Driss, *Morocco Health Financing Brief*, Documento del Banco Mundial (1999); J. P. Ruger. "Health Financing and Insurance in Morocco" (Informe

Aunque el papel del Banco de generar y diseminar el conocimiento sobre la salud global sea importante, su ventaja principal en comparación a otras instituciones internacionales es su capacidad de movilizar recursos financieros. El cambio más dramático en su papel en la salud global ha sido sin duda el incremento de su apoyo financiero para los sectores SNP a través de préstamos, créditos y subvenciones. Puede decirse que efectivamente el Banco Mundial es actualmente "la fuente externa individual más grande de financiamiento para la SNP en países de ingreso bajo y mediano".⁷⁷ De haber aprobado sólo un préstamo para la SNP en 1970, para 1997 ya había financiado 154 proyectos activos y 94 concluidos con un total de 13.5 mil millones de dólares.⁷⁸ Entre 1987 y 1992, se triplicaron los préstamos para la SNP, y el número promedio de proyectos nuevos por año aumentó de ocho en el período de 1987-1989 (317 millones de dólares anualmente) a 21 en 1990-1992 (1.2 mil millones de dólares anualmente).⁷⁹ Los proyectos de Salud, Nutrición y Población crecieron de menos del 1 por ciento del total de préstamos del Banco Mundial en 1987 a casi el siete por ciento en 1991.⁸⁰ Hacia fines de 1996, el nuevo préstamo anual del Banco Mundial era de 21 mil millones de dólares y el 24 por ciento de este monto era dirigido de la siguiente manera: a SNP (el 11 por ciento o 2.4 millones de dólares), a educación (el 8 por ciento), y a protección social (el 5 por ciento).⁸¹

El tipo de actividades llevadas a cabo por el Banco en los sectores SNP también ha variado a lo largo de los años; los

presentado en el Simposio sobre El Financiamiento del Sector Salud en Marruecos, auspiciado conjuntamente por el Gobierno de Marruecos y el Banco Mundial, Rabat, Marruecos, junio 1999).

77. The Human Development Network, *Health, Nutrition, and Population*, ix.

78. Ibid.

79. Banco Mundial, *World Development Report*, 1993, 169.

80. Ibid.

81. The Human Development Network, *Health, Nutrition, and Population*, 69.

primeros proyectos se centraban principalmente en fortalecer la infraestructura y los servicios básicos de SNP en los países pobres, tratar enfermedades específicas y proteger a ciertas poblaciones vulnerables (orientados específicamente al desarrollo rural). Sin embargo, una evaluación realizada a finales de la década del noventa por el Departamento de Desarrollo de Evaluación de Operaciones del Banco, de los 120 proyectos llevados a cabo entre 1970 y 1995, halló que la poca concentración en la inversión de capital fue la causa de que no se pudiera alcanzar los cambios institucionales y sistemáticos significativos necesarios para la efectividad de los proyectos relacionados a la salud pública. Se encontró también que la carpeta de SNP del Banco estaba fragmentada y que tenía una calidad desigual.⁸² Esta evaluación ha conducido al Banco a cambiar sus actividades en materia de salud, nutrición y población y a alejarse de los servicios básicos de salud para optar por otras reformas de política más amplias que están dirigidas al sistema de salud en su conjunto.⁸³ La evaluación del Departamento de Desarrollo de Evaluación de Operaciones también logró que se buscara una nueva dirección a la estrategia de políticas y préstamos que permitieran apoyar a proyectos que estuvieran sustentados en análisis e investigaciones rigurosas. El Banco respondió en 1997 con su *Informe estratégico sobre el sector SNP*.⁸⁴ La revisión recomendó hacer una mejor y más exigente selección de los proyectos, incluyendo un enfoque de las necesidades del país y un análisis de los gastos, ventajas y riesgos (incluso políticos, institucionales, y económicos) de todas las actividades planeadas para los sectores que cubría el Programa de de Salud, Nutrición, y Población del Banco.

El Banco Mundial ha tratado también de adaptarse al diálogo internacional sobre la necesidad de mejorar la efectividad de

82. Ibid., 15.

83. Ibid.

84. The Human Development Network, *Health, Nutrition, and Population*.

la asistencia para el desarrollo mediante la cooperación entre las agencias multilaterales y bilaterales. Una lección clave aprendida durante las décadas pasadas es que las instituciones que actúan por sí solas no pueden satisfacer los complejos desafíos de la SNP. Así, el Banco ha estado trabajando para fortalecer su colaboración con otras organizaciones internacionales. Por ejemplo, en Brasil, Uganda, y Ghana, colaboró con otros donantes a través de sus programas de enfoque de sectores sociales, con el objetivo de juntar a múltiples donantes para financiar un sector completo, desarrollar políticas globales que favorezcan a amplios sectores sociales y perseguir objetivos similares y complementarios en las políticas de las diferentes agencias. Estos programas son una mejora significativa en relación al enfoque fragmentado que prevalecía previamente en que los múltiples donantes que financiaban proyectos *ad hoc* sin coordinación alguna. No obstante, este nuevo enfoque también ha estado sujeto a controversias.⁸⁵

El Banco Mundial reconoce que debe hacer más para reforzar sus lazos con sociedades de países que forman parte de su grupo de clientes, con la sociedad civil, con grupos de presión, y otros organismos. Recientemente, firmó acuerdos de colaboración con la OMS, lo que proporcionará la asistencia técnica necesaria para mejorar el diseño, la supervisión y la evaluación de proyectos sanitarios apoyados por el Banco. La OMS y el Banco Mundial realizan una labor conjunta para prosperar en el entendimiento internacional de cuestiones de SNP, como por ejemplo, a través del reciente Marco de la Convención sobre el Control del Tabaco, por medio del cual se buscó establecer contener la propagación y el consumo del tabaco y de productos derivados del mismo.

Críticas al Banco Mundial

El Banco Mundial y sus políticas se encuentran entre los temas más debatidos y criticados en la comunidad académica y en la interesada en el desarrollo global. Respecto a las políticas del sector salud, las mayores preocupaciones tienen que ver con las tarifas de los usuarios, el ajuste estructural, el uso de DALYs, y la privatización.

En su informe de 1987 sobre el financiamiento, el Banco destacó el uso de tarifas para los prestatarios como un mecanismo para movilizar recursos. Sin embargo, pruebas empíricas mostraron que aquellas tarifas reducen la demanda tanto de la asistencia necesaria como de la innecesaria, y que esto afecta de manera desproporcionada a la gente más pobre y enferma. Otros estudios y experiencias también sugieren que tales tarifas no han tenido éxito en incrementar los ingresos o mejorar la eficiencia. En su estrategia para los sectores de 1997, el Banco afirmó que no apoya las tarifas para los prestatarios; sin embargo, mantuvo la afirmación de que tales tarifas permitían movilizar recursos. Los críticos sostienen que el Banco debería rechazar enfática y totalmente las tarifas para los prestatarios. Sin embargo, esta política aún debe ser llevada a cabo por el Banco.

En los años ochenta y noventa, el Banco Mundial promovió y hasta presionó a los países para adoptar programas de "ajuste estructural" para sus economías y seguir varias prescripciones del "Consenso de Washington" que enfatizaban cual debía ser el rol de los gobiernos en la estabilidad macroeconómica, la privatización de las empresas públicas, el libre comercio, y la contracción de sector público. Este implicó crear mercados abiertos y liberalizar el comercio, reducir los gastos del gobierno (en algunos casos aquellos dirigidos a la salud), y privatizar a las empresas nacionales. Los críticos sostienen que tales programas reducen gastos de asistencia médica y tienen efectos perjudiciales en la salud.⁸⁶ UNICEF estimó que los programas de ajuste estructural pueden haber tenido relación con la muerte

de 500 000 niños en un periodo de 12 meses.⁸⁷ Sin embargo, un estudio de 1998 del efecto y resultados de los programas de ajuste estructural en los gastos de salud y las mismas investigaciones del Banco Mundial,⁸⁸ no encontraron ningún impacto negativo.⁸⁹ De todas maneras, existe una gran preocupación dentro y fuera del Banco respecto de la eficacia y del efecto negativo de tales programas, y consecuentemente el Banco ha retirado su respaldo a éstos.

El Banco también fue criticado por introducir el concepto de los DALYs en las evaluaciones de la salud global. La descripción del concepto de los DALYs aparece en el *Informe sobre el desarrollo mundial* de 1993, como un modo de medir la carga de la enfermedad global, y de asociar esta carga con la salud pública y de otras políticas sociales. Los críticos sostienen que los DALYs carecen de un marco teórico sólido y no son equitativos porque valoran más los años salvados del ser humano sano que los del minusválido, los años de la gente de mediana edad más que de los jóvenes o viejos, y de los enfermos actuales más que de aquellos que estarán enfermos en un futuro cercano.⁹⁰ Por el contrario, el Banco sostiene que con los DALYs se ha logrado mejorar el análisis de sistemas de salud internacionales. A pesar de todos los críticos permanecen preocupados por su uso en la salud global aún en la actualidad, y el debate continúa hasta el día de hoy.

86. M. Rao (ed.), *Disinvesting in Health: The World Banks Prescriptions for Health* (1999).

87. UNICEF. *The State of the World's Children* (1989), 16-17.

88. Banco Mundial, *Adjustment Lending: Policies for Sustainable Growth* (1990), 11; Abbasi, "The World Bank and World Health; Under Fire".

89. J. Van der Gaag y T. Barham, "Health and Health Expenditures in Adjusting and Non-Adjusting Countries", *Social Science and Medicine* 46 (1998): 995-1009.

90. Abbasi, "The World Bank and World Health; Under Fire"; S. Anand y K. Hanson, "DALYs. Efficiency Versus Equity", *World Development* 26 (1998): 307-310.

Los críticos al Banco Mundial han estado también preocupados por los efectos negativos de la privatización en general y su impacto en el sector salud específicamente.⁹¹ La investigación enfocada en los mercados privados en el sector salud, ha demostrado que se precisa de un gobierno fuerte para lidiar con los fracasos del mercado que ocurren cuando se financia, consume, y suministra servicios de salud tanto privados como públicos. Los fracasos del mercado de seguros, la escasez de crédito, la asimetría en la información, y las insuficiencias de los servicios médicos, particularmente en los países pobres, pueden impedir que la gente alcance beneficios económicos que se acumulan desde la reducción colectiva de riesgos hasta la concentración de riesgos en poblaciones vulnerables donde su control y eventual erradicación puede ser menos difícil.⁹² Sin embargo, a pesar que el Banco admite actualmente que los mercados abiertos y la gestión económica son insuficientes, y que el buen gobierno y las instituciones sólidas son vitales para erradicar la pobreza, incluyendo el sector de salud más expresamente; los críticos sostienen que el Banco tiene que presentar una posición más clara respecto a las compensaciones entre el financiamiento público y privado y la entrega a entes no estatales de los servicios de salud público.⁹³

91. M. Turshen, *Privatizing Health Services in África* (1999).

92. J. P. Ruger, D. Jamison, D. Bloom, "Health and the Economy", en: *International Public Health: Disease, Programs, Systems, and Policies*, ed., M. Merson, R. Black, A. Mills, 617-666 (2001); J. P. Ruger, "Catastrophic health expenditure" *Lancet* 362 (2003): 996-997.

93. K. Abbasi, "The World Bank and World Health: Interview with Richard Feachem", *British Medical Journal* 318 (1999): 1206-1208; A. Wagstaff, "Economics, Health and Development: Some Ethical Dilemmas Facing the World Bank and the International Community", *Journal of Medical Ethics* 27 (2000): 262-267.

Conclusión

El Banco Mundial es hoy muy distinto de la organización concebida en Bretton Woods en 1944. Su misión ha cambiado así como su rumbo: de la reconstrucción y el desarrollo en la postsegunda guerra mundial, al alivio de la pobreza en el mundo. Aunque el Banco enfocó su inversión casi exclusivamente en infraestructura física en sus primeros años, su enfoque se ha ampliado para incluir más préstamos dirigidos al sector social. Una expansión mayor del trabajo del Banco en el sector SNP se llevo a cabo entre finales de los años ochenta y finales de los noventa, y el Banco es ahora el más grande proveedor externo de fondos de salud en el mundo, y uno de los partidarios más importantes en la lucha contra el VIH/SIDA.

El papel del Banco Mundial en la salud global ha evolucionado para lograr un mejor entendimiento del desarrollo, el cual es visto hoy por el Banco como una tarea holística, integrada, y multidimensional que debería equilibrar los puntos fuertes del mercado así como de otras instituciones y además enfocarse en las personas en los países prestatarios.⁹⁴ Este acercamiento refleja, en parte, un nuevo paradigma del pensamiento académico que plantea que el desarrollo es el proceso de expandir las verdaderas libertades que la gente disfruta,⁹⁵ un concepto expuesto

94. Banco Mundial, Comprehensive Development Framework, [http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/PROJECTS/STRATEGIES/CDF/0](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/PROJECTS/STRATEGIES/CDF/0?pagePK:60447~theSitePK:140576.00.html)"pagePK:60447~theSitePK:140576.00.html (con acceso el 5 de marzo de 2004).

95. A.K- Sen. *Development as Freedom* (1999); J. P. Ruger, "Health and Development", *Lancet* 362 (2003): 678; J. P. Ruger, "Combating HIV/AIDS in Developing Countries", *British Medical Journal* 329 (2004): 121-2; J. P. Ruger, "Health and Social Justice", *Lancet* 363 (2004):1075-1080; J. P. Ruger, "Ethics of the Social Determinants of Health", *Lancet* 364 (2004): 1092-1097; J. P. Ruger, "Aristotelian Justice and Health Policy: Capability and Incompletely Theorized Agreements" (1998).

por Amartya Sen. Las lecciones aprendidas en los cincuenta años de experiencia y teoría en el desarrollo sugieren que el crecimiento económico, las inversiones en infraestructura y capital físico, la estabilidad macroeconómica, la liberalización del mercado, y la privatización, todavía son importantes, pero que el desarrollo es multifacético y que nuestro entendimiento de este debe ser amplio y global. Varios elementos claves de esta nueva perspectiva, incluyen no sólo el crecimiento y la estabilidad económica, un sector privado próspero, inversión en la gente y bienes materiales sino un medio ambiente sostenible, e instituciones políticas sanas, que son fundamentales para promover la prosperidad, reducir la pobreza, y mejorar la condición humana.

A finales de 1990, el estudio del Banco Mundial *Voces de los pobres*, que proporcionó entrevistas detalladas de personas empobrecidas que vivían en países en desarrollo, ilustró que la experiencia y los elementos determinantes de la pobreza son multidimensionales.⁹⁶ La gente pobre no sólo requiere ingresos más altos sino también seguridad y empoderamiento, oportunidades de educación, empleo, salud y nutrición, un medioambiente limpio, sistemas judiciales y legales eficientes, libertad civil y política, y una vida rica cultural. Reflejando estos conceptos, el *Informe sobre el desarrollo mundial* de 2000-2001 del Banco se dedicó al tema de la pobreza.⁹⁷ El documento identificó la buena salud y la nutrición, las políticas reproductivas eficaces y los servicios de salud; como elementos esenciales para permitir que los países rompan el círculo vicioso de la pobreza, la alta natalidad, la salud deficiente, y el bajo crecimiento económico.

Todos estos cambios en la misión, la dirección, la investigación, y la filosofía del Banco han hecho de la salud, la nutrición

96. D. Narayan, R. Patel, K. Schafft, A. Rademacher y S. Koch-Schulte. *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?* (2000); D. Narayan, R. Chambers, MK Shah, P. Patesch. *Voices of the Poor: Crying Out for Change* (2000).

97. Banco Mundial, *World Development Report, 2000-2001: Attacking Poverty* (2001).

y la población programas prioritarios de su labor y de la comunidad que trabaja para el desarrollo. La evolución del Banco Mundial, así como la investigación y las ideas sobre el desarrollo, ha sido lenta y estable, sugiriendo que la importancia de la salud en el desarrollo esta convirtiéndose en un concepto con implicaciones duraderas.⁹⁸

96. J. P. Ruger "Millennium development goals for health: building human capabilities".
Bulletin of the World Health Organization 82: 12 (2004): 951 952.

Globalización

¿Cuán preparada está la salud pública peruana?

VÍCTOR ZAMORA MESÍA

CADA DÍA es más evidente que los fenómenos de carácter global influncian y determinan el estado de salud de la población peruana, por un lado, y reducen los márgenes de maniobra que nuestros instrumentos de política tienen para controlarlos, por el otro.

Las nuevas regulaciones y mecanismos del comercio mundial; los recientes acuerdos, instrumentos y actores internacionales que intervienen en los programas y el proceso del desarrollo y del gobierno global de la salud; la cada vez más rápida diseminación del conocimiento; el fortalecimiento -por lo menos formal- de la ciudadanía y de los derechos sociales como la salud, la creciente importancia del rol de las sociedades civiles y los derechos humanos; la amenaza de nuevas enfermedades infecciosas de carácter epidémico, que pone en evidencia el progresivo debilitamiento de nuestros sistemas de salud, el cual se hace más vulnerable por la migración de trabajadores de salud; y, los masivos cambios climáticos que conllevan muerte y destrucción, son ejemplo de ello.

El presente trabajo revela, sorprendentemente, que la globalización aun no forma parte de la agenda de prioridades de la elite que lidera, o tiene gran influencia, en las políticas públicas en salud en el Perú. Para llegar a esta conclusión se realizaron encuestas semi-estructuradas a personalidades representativas de esta elite, los cuales presentamos a modo de ensayo. Se pre-

sentan algunos supuestos sobre lo que es la globalización, una descripción de los materiales y métodos utilizados así como de los resultados y una discusión de los resultados. Este estudio informa, además, que existe aún mucho trabajo por hacer para fortalecer el conocimiento sobre el tema así como diseminar los instrumentos y las estrategias que se pueden implementar para enfrentar los retos que se derivan de la globalización.

¿Qué significa la globalización para la salud?

Con la caída del Muro de Berlín en 1989 y el derrumbe del sistema socialista realmente existente en la Unión Soviética y Europa del Este en los años siguientes, se puso fin a la Guerra Fría; es decir al conflicto de las dos superpotencias cuyo origen se remonta al final de la Segunda Guerra Mundial. Desde entonces el sistema capitalista ha ganado hegemonía mundial y su modelo económico se ha convertido en el motor de un mego fenómeno: la globalización. Este, aunque no es nuevo, cualitativa y cuantitativamente difiere de sus predecesores.¹ En parte porque como dice Lee "involucra un proceso de interacción más cercana de las actividades humanas en un amplio rango de esferas que incluyen lo económico, lo social, lo político y cultural; el cual se experimenta en tres dimensiones: espacial, temporal y cognitiva".²

Las características principales de esta globalización incluyen la cada vez mayor integración de la economía global pero, como sostiene Giddens "trascienden a las esferas políticas y culturales".³ Ello se refleja en la proliferación de los acuerdos

1. D. Dollar y P. Collier, *Globalization, Growth, and Poverty: Building an Inclusive World Economy* (2002).
2. K. Lee, *Health Impacts of Globalization. Towards Global Governance* (2003).
3. A. Giddens *Runaway World: How Globalization is Reshaping Our Lives*. (1999).

multilaterales y, en parte como consecuencia de cambios significativos tanto en la política doméstica; como en los modos de producción y los patrones de consumo. Asimismo, se ha venido produciendo una alta movilidad de la población y la intensificación del proceso de urbanización; la "occidentalización" de la cultura o la universalización de la cultura occidental como el ideal para todas las sociedades; los avances tecnológicos, especialmente en el campo de las comunicaciones; y, el debilitamiento del Estado- Nación.

No hay duda que la globalización produce algunas ganancias significativas para las sociedades del planeta. El comercio se ha facilitado. Los bienes y servicios, el capital, la tecnología y la fuerza de trabajo se mueven con mayor libertad a través de las fronteras. Además de los beneficios económicos, también existen ganancias significativas en las áreas de la cultura y la gobernabilidad. El mayor acceso a la información ha permitido que ciertas nociones y conceptos, tales como los derechos humanos, la democracia y la igualdad de género, alcancen un mayor nivel de conocimiento, respeto y uso. El reconocimiento de la necesidad del ejercicio de una ciudadanía plena para todos los miembros de una sociedad, entendida como el acceso y la utilización de una serie de derechos sociales como la educación y la salud, no sólo ha surgido sino que ha crecido y fortalecido junto con la globalización, convirtiéndose en un poderoso instrumento para el desarrollo.⁴

Sin embargo, la globalización también conlleva riesgos, peligros y efectos negativos, que son cada vez más evidentes, tanto para los individuos, como para las sociedades y los ecosistemas. Uno de los principales problemas que acarrea la globalización es que no disminuye sino que exacerba las brechas entre ricos y pobres. Ello se traduce en inseguridad social, volatilidad política

4. UNDP, *Human Development Report 1999: Globalization with a human face* (1999)

y minimización de la diversidad cultural; así como la severa degradación del medio ambiente.⁵ A ello se suman factores directamente vinculados al quehacer sanitario como la alta migración de la población en general y de los profesionales de la salud en particular, la emergencia y re-emergencia de enfermedades infecciosas (tal y como se resalta en artículo publicado en esta misma edición), el ensanchamiento de las diferencias entre los que pueden aprovechar de las oportunidades que la globalización ofrece y aquellos que no, el cambio climático, la pérdida acelerada de la biodiversidad y la cada vez mayor escasez y destrucción de recursos naturales tales como el agua fresca. Estos ponen en tela de juicio el supuesto que la globalización tan sólo conlleva beneficios, reales o potenciales, y en cambio señalan que es un proceso que afecta adversamente a la sociedad, especialmente a los más pobres, como lo describe de manera detallada el reporte alternativo sobre la salud mundial preparado por *People's Health Movement*.

En el campo de la salud, como en otras áreas, el impacto, las oportunidades y los peligros de la globalización son muy diversos y complejos. Woodward *et al.* sostienen que existen "múltiples vínculos, directos e indirectos, entre la globalización y los determinantes proximales de la salud". Ellos han elaborado una matriz que delimita tres categorías de vínculos directos entre la globalización y la salud en el nivel nacional. Estos efectos directos incluyen "las influencias de salud a nivel poblacional" (salud ambiental, enfermedades infecciosas, disponibilidad de productos peligrosos, prácticas sociales y culturales); los "relacionados al sector salud", tales como los procesos de reforma

5. Al respecto, vease Nancy Birdsall, *A Stormy Day on an Open Field: Asymmetry and Convergence in the Global Economy*. <http://www.rba.gov.au/PublicationsAndResearch/Conferences/2002/Birdsall.pdf> [último acceso el 18 de junio de 2006]; G. A. Cornia, "Globalization and health: results and options", *Bulletin of the World Health Organization* 79:9 (2001): 834-841; R. Labonte, T. Schrecker and Sen Gupta, *Health for Some: Death, Disease and Disparity in a Globalizing Era* (2005).

sectorial o la diversificación del mercado sanitario; y, aquellos "efectos en los sistemas de provisión de cuidados de salud", tales como los recursos humanos, la tecnología o los insumos (especialmente los medicamentos y las drogas).

Los mismos autores presentan lo que consideran los vínculos indirectos entre salud y globalización. Estos se refieren a los efectos que la macroeconomía tiene sobre el sector salud, así como a los riesgos poblacionales que conlleva la globalización. El primero se refiere al impacto del modelo financiero imperante en relación con la liberación, o no, de los recursos suficientes para ser invertidos en el sector salud; y, en el caso del segundo, se concentra en los efectos que las políticas económicas tienen, especialmente los programas de ajuste estructural, sobre el ingreso familiar, la nutrición y las condiciones de vida en general.⁶

Un elemento clave a tener en cuenta es que la globalización implica una nueva esfera de acción independientemente del territorio geográfico tradicionalmente marcado por las fronteras nacionales. Esto restringe las capacidades de los gobiernos para desarrollar políticas en sus propios territorios que tengan la suficiente capacidad de contrarrestar los efectos negativos de la globalización, ya que los instrumentos a su disposición no son suficientes para alcanzar la magnitud y el impacto de la mayoría de los nuevos efectos y actores globales. Por tanto, todos los países, aunque todavía mantienen formalmente la soberanía sobre sus políticas de cuidados de salud; en realidad la están perdiendo a costa de políticas que trascienden al sector salud y que afectan en los determinantes de la salud. Vale decir, son las medidas sanitarias nacionales que resultan siendo débiles y vulnerables para ejercer funciones de gobierno sobre elementos tales como las estrategias de penetración de los mercados; la distribución y venta de ciertos bienes de consumo y estilos de vida que

6. D. Woodward, *et al.*, "Globalization and health: a framework for analysis and action", *Bulletin of the World Health Organization*, 79:9 (2001): 875-881.

atentan contra la salud, tales como el tabaco y los alimentos "basura" que producen obesidad entre otros males. Las políticas de salud nacionales tampoco tienen mayor efecto sobre el crecimiento de la industria global relacionada a la salud (por ejemplo, los medicamentos e insumos farmacéuticos, los seguros, y los distintos métodos de dietas y estética corporal); la extensión de la contaminación ambiental y la intensificación o resurgimiento de las enfermedades infecciosas; así como el impacto sanitario de los sistemas privados de financiamiento de la salud/ y mucho menos sobre los cambios culturales y homogeneización de las sensibilidades, en donde la influencia del concepto de estilos (y condiciones) de vida saludable marca la diferenciación en conductas de riesgo y protección de la salud de las poblaciones. Estos nuevos retos demandan la elaboración e implementación de nuevos arreglos institucionales y estrategias para la salud pública que permitan desarrollar estrategias innovadoras de cooperación internacional.⁸

¿Qué tan preparada está la elite de salud pública peruana para enfrentar los retos de la globalización?

La globalización ha tocado las puertas de la salud en el Perú. Sus expresiones son múltiples y variadas. Las más cercanas y evidentes las constituyen las epidemias de enfermedades infecciosas tales como el Cólera, la Malaria por *Plasmodium jalciparum*, el

7. People's Health Movement, GEGA and Medact, *Global Health Watch 2005 - 2006. An alternative World Health Report* (2006); T. Pang y E. Guindon, "Globalization and Risks to Health", *European Molecular Biology Organization Reports* 5 (2004): 11-16; R. Dodgson, K. Lee y N. Drager, *Global Health Governance. A conceptual Review* (2006); I. Kickbusch, "Global Public Health: revisiting healthy public policy at the global level", *Health Promotion International* 14:4 (1999): 285-288.
8. J. Frenck y O. Gómez-Dantes, "Globalization and the Challenges to Health Systems", *Health Affairs*. 21:3 (2002): 162-165.

HIV-AIDS, la TBC Multidrogo resistente, el Dengue, entre otras; el cambio progresivo de nuestro perfil epidemiológico, en donde convive la desnutrición aguda y crónica con la obesidad, cáncer y/o enfermedades cardiovasculares;⁹ la implementación de reformas de salud de corte neo-liberal que tiene su origen en el llamado Consenso de Washington, que tuvo como principal propulsor al Banco Mundial y que ahora es el centro de aceradas críticas por el deterioro producido en los sistemas de salud pública y la ampliación de las brechas de inequidad.¹⁰ De igual relevancia es el álgido debate sobre el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos y su impacto sobre el acceso a medicamentos genéricos; los recientes reportes sobre la creciente emigración de profesionales de la salud y su potencial consecuencias negativas sobre la cobertura y calidad de los sistemas de salud; y, finalmente, el aumento progresivo de la cantidad y capacidad destructiva de los desastres naturales, tales como el Fenómeno del Niño del 1997-1998 que tuvo manifestaciones extremas en cuanto a precipitaciones y sequías. Las más lejanas, sin embargo, quizá tengan un impacto mayor sobre el estado de salud. Nos referimos a los arreglos financieros y comerciales de carácter global, la homogenización de la cultura, entre otros, que amplían las brechas entre los más ricos y los más pobres, exacerbando así el círculo vicioso de la pobreza-enfermedad-pobreza. Para estas últimas, sin embargo, las conexiones entre ellas y la salud, son mucho más intrincadas y, por tanto, las herramientas para contrarrestarlas, permanecen aún poco desarrolladas o difundidas.

9. B. Fraser, "Peru's epidemiological transition". *The Lancet* 367 (2006):2049-2050.

10. N. Homedes y A. Ugalde, "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America" *Health Policy* 71 (2005): 83-96; M. Fort, MA Mercer y O. Gish, *Sickness and Wealth. The Corporate Assault on Global Health* (2004); J. Arroyo-Laguna, "Greater autonomy for public hospitals in Lima and the consequences of that on the use of health services, 1988-1997" *Pan American Journal of Health* 6 (1999): 301-210.

En un trabajo anterior, relacionado con las enfermedades emergentes y re-emergentes en el Perú, resalté la necesidad de que el sistema de salud peruano se prepare para las nuevas demandas que resulten del cambio violento que la globalización impone.¹¹

Tomando en cuenta las oportunidades y riesgos vinculados a la globalización, así como los retos que implica hacia el futuro, especialmente en el campo de las políticas de salud, se realizó un estudio con la finalidad de conocer que tan alertas se encuentran los líderes de la salud pública peruana sobre el tema de la globalización, cuál es el grado de conocimiento que tienen sobre sus formas de operar, cual es su valoración y posicionamiento frente al tema; y, finalmente, identifica qué están haciendo, o consideran necesario hacer, para abordar los efectos de la globalización.

Este es un estudio descriptivo de políticas públicas.¹² El mismo se sustenta en la aplicación de una entrevista (con el apoyo de un cuestionario semiestructurado) a 16 personas que, por su posición personal y/o institucional, influyen de manera decisiva, directa o indirectamente, en la definición de la agenda de prioridades de políticas de salud en el Perú. Es decir, se trata de personalidades de la elite sanitaria nacional que desempeñan un trabajo o liderazgo importantes en distintos ámbitos; públicos o privados. El trabajo de campo se desarrolló en el primer trimestre del año 2006. Los entrevistados (la mayoría de ellos peruanos) están divididos en tres grandes grupos: gobierno, sociedad civil, y cooperación internacional. Todas las personas entrevistadas recibieron, con la debida anticipación, una copia del cuestionario, con la finalidad de que se familiaricen con el tema. El cuadro N° 1 informa de las instituciones en las cuales trabajan

11. V. Zamora, "Enfermedades emergentes como un reto para la salud pública en el Perú", *Anales de La Facultad de Medicina* 59:4 (1998).

12. Brian Hagwood y Lewis Gunn, *Policy Analysis for the Real World* (1984).

RELACION DE INSTITUCIONES EN LAS CUALES
TRABAJAN LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

GOBIERNO	SOCIEDAD CIVIL	COOPERACION INTERNACIONAL
<p>MINISTERIO DE SALUD</p> <p>Instituto Nacional de Salud</p> <p>Médico. Especialista en Medicina Tropical.</p> <p>Investigador. Directivo</p>	<p>FOROSALUD</p> <p>Foro de la Sociedad Civil en Salud</p> <p>Economista. Investigador. Directivo</p>	<p>OPS/OMS PERU</p>
<p>MINISTERIO DE SALUD</p> <p>Oficina General de Epidemiología</p> <p>Médico. Epidemiólogo.</p> <p>Investigador. Directivo.</p>	<p>USAID PRAES</p> <p>Promoviendo Alianzas y Estrategias</p> <p>Economista. Investigador. Profesor Universitario. Directivo</p>	<p>ONUSIDA - Perú</p>
<p>MINISTERIO DE SALUD</p> <p>Alta Dirección</p> <p>Ex Vice - Ministro</p>	<p>INICIATIVA</p> <p>Iniciativa de Políticas En Salud - US AID</p> <p>Economista. Demógrafo. Investigador. Directivo.</p>	<p>UNICEF - Perú</p>
<p>ESSALUD</p> <p>Seguro Social de Salud</p> <p>Médico. Epidemiólogo. Profesor universitario. Investigador. Directivo.</p>	<p>CARE- PERU</p> <p>Médico. Maestría Salud Pública. Ex Funcionario Público. Directivo</p>	
	<p>CIES</p> <p>Consortio de Investigaciones en Educación y Salud</p> <p>Antropólogo. Profesor Universitario. Investigador. Directivo</p>	

(sigue)

GOBIERNO	SOCIEDAD CIVIL	COOPERACIÓN INTERNACIONAL
(viene)	UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA Facultad de Salud Pública Médico. Doctor en Salud Pública. Ex - Funcionario Público. Investigador. Docente universitario. Directivo.	
	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Dpto. Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública. Epidemiólogo. Investigador. Docente universitario. Directivo	
	APS Academia Peruana de Salud. Médico. Profesor universitario. Ex Funcionario.	
	AIS Acción Internacional para la Salud Sociólogo. Maestría en Salud Pública. Investigador. Directivo.	

las personas entrevistadas, así como una breve descripción de sus perfiles profesionales.

El cuestionario, elaborado por el autor, abordó las siguientes áreas:

- nivel de desarrollo conceptual sobre el tema de la globalización,

- conocimiento de sus principales elementos constitutivos y sus dinámicas,
- valoración sobre su impacto a nivel de conceptos de salud y la ética,
- valoración sobre los efectos de la globalización en la inequidad y exclusión,
- valoración sobre el impacto de la globalización en el estado de salud de la población,
- valoración de aspectos positivos y negativos de la globalización,
- conocimiento de los nuevos instrumentos existentes en salud a nivel global,
- valoración general de lo que se estaba haciendo (o dejando de hacer) en relación con el tema en la sociedad peruana; y
- acciones que se encontraban realizando o preparando realizar para aprovechar/contrarrestar las oportunidades y/o amenazas identificadas.

En todos los casos la aplicación del cuestionario y la realización de la entrevista se hicieron previa firma de un formato de consentimiento informado el cual incluye, también, la autorización (o no) de la divulgación de la fuente.

De la noción general a la sensación de impotencia

Esta es la impresión que deja la lectura detallada de cada una de las entrevistas. En todos los casos, de manera indefectible, las entrevistas muestran tres momentos. El primero, en que las personas entrevistadas muestran un conocimiento bastante general de la globalización y sus eventuales conexiones con la salud, matizada con ejemplos muy valiosos extraídos de sus propias experiencias en el campo de la salud pública. El segundo momento deja traslucir posturas ambivalentes frente a este

fenómeno, situación que se agudiza cuando se pretende explorar más a profundidad algunas particularidades del tema. En todos los casos, se muestra una muy débil reflexión sobre los temas planteados. Finalmente, enfrentados a las preguntas relacionadas con el ¿qué hacer?, las entrevistas, de manera sistemática, concluyen con frases genéricas o sitios comunes; algunas expresadas de manera tímida -"de repente deberíamos hacer un foro"- y otras altisonantes -"debería terminar el modelo impuesto por el Banco Mundial"-, pero en todos los casos demandando y/o reclamando el accionar del Estado, del cual, además, se muestran escépticos ("no hay políticas de Estado", "no hay suficientes recursos"). En todos los casos las propuestas sobre estrategias o herramientas de intervención son muy débiles. En esta sección se presentan de manera detallada los resultados de las entrevistas.

En relación con el área conceptual, la gran mayoría de los entrevistados manifestaron tener una noción sobre el tema general sin llegar a conceptualizar sobre el mismo. Las respuestas son bastante heterogéneas, tanto en relación a la globalización, como fenómeno general, así como la relación existente entre este y la salud, el impacto que pueda tener sobre este último, así como las respuestas a los problemas de salud que la globalización genera. En todos los casos se hace referencia a una de sus características principales, cual es la referida al incremento en la velocidad del intercambio de bienes y servicios.

Forzados a elegir entre varias alternativas, es decir aquellas que se consideran los elementos más relevantes que afectan la salud, los resultados reafirman la apreciación anterior, los énfasis son bastante heterogéneos. El 37.29 por ciento de las opiniones consideran como más relevantes el incremento en el flujo de bienes y servicios con implicancias para la salud, a través de las fronteras, y la emergencia de nuevos acuerdos de comercio. Por ejemplo: se relacionó con frecuencia la globalización con cambios en los alimentos, los medicamentos, las drogas y otras sustancias; así como el incremento de las movilizaciones de

personas, por ejemplo: la migración ilegal o la migración de personal profesional calificado; más conocida como la "fuga de talentos".

Un 35.59 por ciento de las opiniones recogidas, sin embargo, consideran que lo más relevante de la globalización son: el incremento de la velocidad y alcance de las comunicaciones a través de las fronteras (revolución electrónica); la proliferación de nuevos actores mundiales; especialmente no estatales como por ejemplo los organismos no gubernamentales, los activistas de los derechos de los pacientes y los donantes privados, y el desarrollo de nuevas formas de gobierno global, por ejemplo: las alianzas globales público-privadas (como la alianza para las vacunas más conocida como el GAVI, el Fondo Global contra la Tuberculosis, la Malaria y el SIDA, el Programa "Hacer Retroceder la Malaria", entre otras). Asimismo, el mismo porcentaje de entrevistados le dieron gran importancia al incremento en la velocidad de deterioro del medio ambiente y las secuelas negativas que esto representa para la salud.

A estas repuestas le siguen un 22.4 por ciento de opiniones que consideran como más relevantes el aumento exponencial de la diseminación de los valores, las ideas y la cultura a través de las fronteras, por ejemplo: el consenso alrededor de ciertas teorías o nociones económicas liberales, la hegemonía de las ideas políticas que consideran que la democracia es el sistema político ideal de todas las sociedades, ciertos estilos de vida saludables para prevenir algunas enfermedades, etc.; y el incremento de la brecha de la pobreza debido al aumento en las desigualdades sociales.

Sólo un 6.77 por ciento considera que la transformación económica (en parte expresada en la volatilidad financiera así como en la marginalización e inseguridad laboral) y la unificación de mercados de servicios y seguros, con la consiguiente estandarización internacional de bienes y servicios; son los aspectos más relevantes y que tienen una incidencia sobre la salud de la población.

Otra área investigada gracias a la encuesta fue la apreciación sobre la dinámica de la relación entre la globalización, como un proceso social, económico y político amplio, y la salud global, como una respuesta a lo anterior. Al respecto se preguntó específicamente sobre cuál o cuáles consideraban los elementos que han experimentado mayores cambios en ambos. El 35 por ciento manifestó centrar su atención en dos asuntos, el primero era el incremento en el flujo de bienes y servicios, que tuviera implicancias para la salud. Por ejemplo, el intercambio de bienes (especialmente alimentos) y los riesgos potenciales para el desarrollo de nuevas epidemias o el desarrollo de nuevos acuerdos de comercio y su impacto en el acceso de bienes o servicios de gran valor sanitario. En segundo lugar, los encuestaron resaltaron la proliferación de nuevos actores mundiales, de características no estatales, que aparecen acompañado del desarrollo de nuevos instrumentos y formas de gobierno global. Es interesante anotar que estas formas de gobernanza internacional se perciben como agencias sobre las cuales las autoridades o líderes sanitarios nacionales o locales tienen poca capacidad de participación o influencia en sus decisiones.

El resto de respuestas se divide, más o menos uniformemente entre las otras alternativas, vale decir, el incremento en la movilización de las personas, el aumento en la velocidad de las comunicaciones y el incremento de la diseminación de valores, ideas y patrones culturales. A este respecto llama la atención que sólo uno de los entrevistados hizo especial énfasis en los cambios culturales que se dan con la globalización; especialmente los relacionados con el desarrollo de un creciente entendimiento que la salud no es solamente un bien que el Estado debe dar, sino es un bien cuyo cuidado y preservación es una responsabilidad que recae fundamentalmente en la persona, considerándose para muchos como una oportunidad para el desarrollo de un enfoque preventivo. A esta observación podemos agregar el deterioro progresivo de la confianza y legitimidad del Estado en atender los problemas de la salud pública; algo que

hasta hace unos años era una creencia generalizada entre los especialistas.

Otro aspecto saltante, es reconfirmar que los aspectos financieros y/o laborales de la globalización no son vistos como un problema fundamental para la salud. En esta como en la anterior pregunta, el incremento de las inversiones a través de las fronteras con el consiguiente impacto en las economías locales, el aumento de su exposición al riesgo financiero vinculado a la volatilidad de los mismos; y, la inseguridad laboral vinculada a las exigencia del mercado laboral global no han sido adecuadamente resaltadas.

Sólo en un caso se hizo mención al desplazamiento de las prioridades de la salud global hacia aquellas que se reflejaban como principales contribuyentes a la carga de enfermedad global, generándose de esta manera "enfermedades huérfanas de apoyo". La agenda global no incorpora en sus prioridades las enfermedades de carácter local o con "poco peso epidemiológico", tales como la Bartonelosis o la lepra. Enfermedades para las cuales, inclusive, la empresa privada ha dejado de producir las drogas específicas para su tratamiento. Es decir, enfermedades que no tienen relevancia para el mercado global.

El tercer aspecto evaluado por la encuesta se relaciona con la medición de la percepción de cambio que la globalización puede estar produciendo en los conceptos de estado de salud y ética de salud. En este caso la totalidad de los entrevistados afirmaron percibir que se están produciendo cambios importantes, sin llegar a especificar exactamente en qué consisten los mismos. El instrumento no permitió profundizar en el tema de conceptos de salud y la mayoría de los entrevistados prefirió explayarse en los cambios que se producen en tome a la ética, especialmente en relación a la participación de agentes externos en las decisiones sobre salud para el país o el mundo. Resalta el hecho de que las personas entrevistadas no consideren las implicancias éticas que este proceso conlleva; por ejemplo, uso de ciertos medicamentos nuevos, las pruebas clínicas, la clonación de órganos

humanos y la ética de la investigación biomédica, todos temas que son discutidos en el exterior.

Una cuarta área de la encuesta se concentra en averiguar el grado de conocimiento que se tienen sobre las nuevas iniciativas de salud pública existentes a nivel global. El 46.67 por ciento de las respuestas reconoce a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (aprobados en el año 2000 y enarbolados por las Naciones Unidas y el Banco Mundial entre otras agencias) y el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (también una iniciativa conjunta de varias agencias, donantes y gobiernos del así llamado G-8, o de las naciones más industrializadas, que existe desde 1991) como los más importantes. El resto de las respuestas se dividen, más o menos de manera uniforme entre la Alianza por las Vacunas, más conocida por sus siglas en inglés GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*) (13.33 por ciento), el Programa de "Hacer Retroceder la Malaria" (o *Roll Back Malaria*) (13.33 por ciento), la Estrategia de Alto a la Tuberculosis (*Stop TB*) (11.67 por ciento), la Iniciativa de una Vacuna para el VIR (*HIV Vaccine Initiative*) (10 por ciento), y otros (5 por ciento) hicieron referencia a distintos programas globales. Cabe señalar que el listado presentado a los entrevistados incluye aquellas iniciativas que son relevantes para la salud pública y/o tienen actividades en desarrollo en el país.

La quinta área de la encuesta evalúa la opinión que las personas entrevistadas tienen sobre el impacto de la globalización sobre la inequidad y la exclusión, en los servicios de salud. Al respecto, la casi totalidad de los entrevistados (93.75 por ciento) consideró que la globalización ampliaba la magnitud y la brecha social que significa la pobreza y, por ende, generaba una mayor inequidad y exclusión de los sectores menos favorecidos de la población en lo concerniente al acceso a los servicios de salud.

Un sexto asunto evaluado fue la valoración (positiva/negativa) sobre la globalización y de su impacto en la salud de la población en el Perú. En lo que respecta a los aspectos positivos

de la globalización, las respuestas más recurrentes entre los entrevistados fueron tres: mayor acceso a la información, mejores posibilidades de obtener nuevas tecnologías; y, mayor participación de agentes internacionales en los programas sanitarios nacionales, es decir de las iniciativas globales en salud, que brindan un importante apoyo al sector salud en el país. En lo concerniente a los aspectos negativos sobre la salud de la población y la salud pública, tres fueron las respuestas más recurrentes que se mencionaron: el incremento del precio de los medicamentos debido a nuevos acuerdos de comercio; la verticalidad con que se implementan las iniciativas globales en el país (aquí el conjunto de los entrevistados reclamó una relación más horizontal con los mismos); y, el incremento de la migración de personas, lo cual se asociaba a una difusión más rápida de enfermedades de carácter epidémico.

Otro asunto evaluado por la encuesta fue el grado de conocimiento sobre lo que se está haciendo en el tema de globalización y salud, tanto a nivel privado como público. La gran mayoría de entrevistados manifestó desconocer lo que se hace actualmente en materia de globalización y salud en el ámbito privado. La mayoría si se refirió a iniciativas vinculadas al sector público. Entre las primeras, claramente resaltan en las respuestas los movimientos de la sociedad civil anti-globalización que se manifiestan en contra de la firma de un Tratado de Libre Comercio del Perú con los Estados Unidos; por su potencial efecto negativo en el acceso a los medicamentos genéricos, entre otros factores. En el ámbito académico, algunos de los encuestados perciben una potencial dimensión positiva en la globalización por las posibilidades de formación de recursos humanos con capacidades profesionales para desempeñarse, no sólo a nivel local sino internacional. Entre las iniciativas públicas, los encuestados resaltan los proyectos y programas que se acuerdan con algún organismo internacional.

También fue materia de esta investigación las opiniones que las personas entrevistadas tienen sobre lo que se debería hacer

-o dejar de hacer- como país ante la globalización, con la finalidad de estar mejor preparados para aprovechar las oportunidades y enfrentar las amenazas identificadas. Al respecto, el estudio refleja la existencia de una gran confusión, escepticismo y sentimiento de impotencia por parte de las personas entrevistadas. Las referencias sobre la imposición de agendas ("ellos ponen la agenda", "ellos ponen las prioridades") o sobre las pocas posibilidades de responder al fenómeno - "tampoco tenemos muchos recursos" - son la constante. En las respuestas no se hace mención de políticas específicas, ni estrategias, ni instrumentos, ni tampoco de lecciones aprendidas de otras partes del mundo y que podamos aplicar en nuestra realidad concreta. Salvo una tímida referencia al desarrollo de esfuerzos gubernamentales encaminados a "implementar un Reglamento Sanitario Internacional" o las "posibilidades de intercambio de información" fuertemente concentrada en la vigilancia de enfermedades infecciosas transmisibles, no hubo mención de otras de carácter sistémico, aunque se reconoce la necesidad de desarrollarlas. Sobre esto último, las referencias son, igualmente, de carácter muy genéricos, todas ellas demandando una acción más decidida por parte del Estado, pero con poco desarrollo instrumental. Frases como "el Estado debe cumplir su rol de proteger a la población" o "el gobierno debe mejorar la coordinación entre lo público y privado" o "debe haber una política de estado que oriente esto a mediano y largo plazo" abundan en esta sección de las entrevistas.

Finalmente, es preocupante constatar que la mayoría de las personas entrevistadas reconocen que, tanto a nivel personal como institucional, no se encuentran desarrollando trabajo alguno relacionado con el tema y, además, no pueden identificar de persona o institución en el país que este haciendo algo al respecto. En este caso la excepción la marca ForoSalud, red de organizaciones integrantes de la sociedad civil en salud, quienes se encontraban realizando acciones de abogacía y protesta frente a los potenciales efectos negativos del Tratado de Libre

Comercio con los Estados Unidos, especialmente en el campo de medicamentos.

Conclusión: "ese país totalmente desprotegido ante la globalización, que se llama Perú"

Cito textualmente una expresión de un entrevistado para graficar la principal conclusión del estudio. No es de extrañar que el término globalización, a pesar de su uso creciente, este poco desarrollado conceptualmente en la elite de la salud pública peruana, ya que la literatura mundial, especialmente la que existe en el idioma español, sufre de un desarrollo reciente, inconsistente y cierto grado de dispersión, que explican la ambigüedad que aún parece tener el tema de la globalización y la salud. De hecho se acepta que el término tiene diferente significado para diferentes personas. Las personas entrevistadas, por otro lado, logran identificar bien los aspectos que internacionalmente se reconocen como positivos y negativos del fenómeno. En este caso tampoco es un resultado sorprendente que existan divergencias notorias en relación con la valoración de la globalización, como no lo es el hecho de valorar de manera distinta los diversos mecanismos en que la globalización tiene impacto en la salud.

Se hace evidente, por la información recogida en las encuestas, sin embargo, una brecha enorme entre el nivel de desarrollo existente a nivel conceptual y valorativo sobre el tema y la falta de inclusión del tema dentro de las prioridades personales o institucionales. Un ejemplo relevante es la pobreza. Es curiosa observar que, si bien todas las personas entrevistadas reconocen que la globalización exacerba los niveles de pobreza y exclusión, esta no es incluida dentro de los temas a ser considerados entre lo que se debería hacer al futuro.

Se resalta también el hecho de que existen dimensiones de la relación entre globalización y salud que son desconocidas para

La mayoría de los entrevistados y que son relevantes para las políticas de salud. Entre estas podemos mencionar el componente financiero, el laboral y el ético.

Por otro lado, llama la atención que, aun siendo percibido como un tema que afecta de manera decidida el estado de salud de las personas, se desconozcan los instrumentos y las experiencias que se pueden usar para analizar con detenimiento y enfrenta con decisión los retos que representa la globalización.

De hecho, es preocupante constatar el escaso desarrollo, en términos de formulación de políticas, estrategias o iniciativas en torno a la globalización y de la relativa ausencia de una percepción de la necesidad de participar en las discusiones, negociaciones y decisiones que hacen agencias multilaterales, bilaterales y donantes sobre el tema de la salud global.

En este estudio hemos querido llamar la atención sobre la urgente necesidad de fortalecer, los conocimientos y las capacidades de la elite sanitaria nacional, así como de los profesionales y activistas de la salud pública peruana, para desarrollar políticas y programas que permitan comprender y enfrentar el imperativo tema de la globalización así como sus vínculos con la salud, el desarrollo y la pobreza. Esperamos que este capítulo y este libro sirvan para lograr estos objetivos.

Anexos: documentos

Objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud, con sus metas e indicadores

Objetivo: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta: 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

Indicador: 4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria*

Objetivo: 4. Reducir la mortalidad en la niñez

Meta: 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Indicador: 13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
14. Tasa de mortalidad infantil
15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

Objetivo: 5. Mejorar la salud materna

Meta: 6. Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicador: 16. Tasa de mortalidad materna
17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

* Indicador relacionado con la salud notificado por la FAO únicamente.

Objetivo: 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Meta: 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicador: 18. Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años

19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos

20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA

Meta: 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves

Indicador: 21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria

22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria

23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis

24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

Objetivo: 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta: 9. Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

Indicador: 29. Proporción de la población que usa combustibles sólidos

Meta: 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable

Indicador: 30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbanas y rurales

Meta: 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

Indicador: 31. Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento

Objetivo: 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Meta:17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo

Indicador: 46. Proporción de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible.

Fuente: World Health Organization, *The World Health Report, 2003: shaping the future* (Ginebra: World Health Organization 2003) pp. 32-33.

Declaración de la Asamblea de Salud de los Pueblos, Bangladesh, 2000

Presentación

La salud es un asunto social, económico, y político, y sobretodo es un derecho humano fundamental. La desigualdad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están a la raíz de la mala salud y de las muertes de los(as) pobres y marginados(as). La salud para todos(as) significa que los poderosos intereses tienen que ser cuestionados/disputados, que la globalización tiene que ser opuesta, y que las prioridades políticas y económicas tienen que ser cambiados drásticamente.

Esta declaración se construye sobre perspectivas de gente cuyas voces raras veces o casi nunca han sido escuchadas antes. Estimula a la gente a desarrollar soluciones propias y a apoyar autoridades locales, gobiernos nacionales, organizaciones y corporaciones internacionales confiables.

Visión

La equidad, el desarrollo ecológicamente sostenible y la paz son los ejes centrales de nuestra visión de un mundo mejor -un mundo en el cual una vida saludable para todos(as) sea una realidad; un mundo que respete, aprecie y celebre toda vida y diversidad; un mundo que permita el florecimiento de los talentos

y habilidades para enriquecer uno/ a a otro/ a; un mundo en lo cual las voces de los pueblos guíen las decisiones que afectan nuestras vidas. Hay más que suficientes recursos para lograr esta visión.

La crisis en salud

La enfermedad y la muerte diaria nos enojan. No porque haya tanta gente que se enferma o porque haya gente que se muere. Estamos molestos(as) porque las enfermedades y muertes tienen sus raíces en las políticas económicas y sociales que se nos imponen. (Una voz desde Centroamérica)

En décadas recientes, los cambios económicos a nivel mundial han afectado profundamente la salud de la gente y su acceso a atención en salud y otros servicios sociales.

A pesar de los niveles sin precedentes de riqueza en el mundo, la pobreza y el hambre se están incrementando. La brecha entre las naciones ricas y pobres, entre clases sociales, entre hombres y mujeres y entre jóvenes y ancianos(as), también se ha ampliado.

Una gran parte de la población mundial aún no tiene acceso a alimentos, educación, agua potable, saneamiento, vivienda, tierra y sus recursos, empleo y servicios de salud. La discriminación sigue prevaleciendo. Esto afecta tanto la incidencia de enfermedades como el acceso a la atención en salud.

Los recursos naturales del planeta están siendo agotados a una velocidad alarmante. La degradación ambiental resultante amenaza la salud de todo el mundo, sobre todo la salud de los(as) pobres. Ha habido un aumento de nuevos conflictos mientras las armas de destrucción masiva aun son una amenaza grave.

Los recursos mundiales están concentrados cada vez más en las manos de unos(as) pocos(as) que se esfuerzan en maximizar sus ganancias privadas. La política neoliberal y las políticas económicas son hechas por un pequeño grupo de gobiernos poderosos, y por instituciones internacionales como el Banco

Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Organización Mundial del Comercio. Estas políticas, junto con las actividades no-reguladas de las empresas transnacionales, han tenido efectos severos en las vidas, así como en las formas de ganarse la misma, en la salud y el bienestar de poblaciones tanto en el Sur como en el Norte.

Los servicios públicos no están satisfaciendo las necesidades de la población; se han deteriorado como resultado de reducciones en los presupuestos sociales de los gobiernos. Los servicios de salud han llegado a ser menos accesibles, más inapropiados, y distribuidos de manera más desigual.

La privatización amenaza con socavar el acceso a la atención en salud aun más y a comprometer el principio esencial de igualdad. La persistencia de la mala salud prevenible, el resurgimiento de enfermedades como tuberculosis y malaria, y el surgimiento de nuevas enfermedades como VIH/SIDA, son recuerdos drásticos de la falta de compromiso de nuestro mundo con los principios de equidad y de justicia.

Principios de la declaración de salud de los pueblos

- El logro del más alto nivel de salud y bienestar es un derecho humano fundamental, sin importar el color de la persona, su etnia, religión, género, edad, habilidades, orientación sexual o clase.
- Los principios de una Atención Primaria en Salud (CAPS) universal e incluye- deberían ser la base para formular las políticas relacionadas con la salud. Ahora más que nunca se requiere de un enfoque equitativo, participativo e intersectorial.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de garantizar el acceso universal a una atención en salud de buena calidad, educación y otros servicios sociales de acuerdo a las necesidades de la población, no a su capacidad de pago.

- La participación de la población y de las organizaciones populares es esencial para la formulación, implementación y evaluación de todas las políticas y programas sociales y de salud.
- La salud es determinada primordialmente por el ambiente político, económico, social y físico y debe ser de alta prioridad al elaborarse las políticas locales, nacionales e internacionales, junto con los temas de equidad y desarrollo sostenible.

Un llamado a la acción

Para combatir la crisis mundial de salud, se necesita emprender acciones a todos los niveles -del individuo, de la comunidad, nacional, regional y mundial- y en todos los sectores. Las demandas presentadas a continuación proporcionan una base para la acción.

La salud como derecho humano

La salud es un reflejo del compromiso de una sociedad para tener equidad y justicia. La salud y los derechos humanos deberían prevalecer sobre los asuntos económicos y políticos.

Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Apoyar todos los intentos por implementar el derecho a la salud.
- Exigir que los gobiernos y organizaciones internacionales reformulen, implementen cumplan con las políticas y prácticas que respetan al derecho a la salud.
- Construir movimientos populares de amplia base para presionar a los gobiernos a incorporar la salud y los derechos humanos en sus constituciones nacionales y su legislación.
- Luchar contra la explotación de las necesidades de salud de los pueblos.

Abordando las determinantes más amplias en salud

Retos económicos

La economía tiene una profunda influencia en la salud de la población. Las políticas económicas que priorizan la equidad, la salud y el bienestar social pueden mejorar tanto la salud de la población como la economía.

Las políticas financieras, agrícolas, industriales y políticas que responden primordialmente a necesidades capitalistas, impuestas por gobiernos nacionales y organizaciones internacionales, expropián a las personas de sus vidas y de sus formas de ganarse la vida. Los procesos de globalización económica y liberalización han incrementado las desigualdades entre naciones y al interior de las mismas.

Muchos países del mundo y sobretodo los más poderosos están utilizando sus recursos -incluyendo las sanciones económicas e intervenciones militares- para consolidar y expandir sus posiciones, con efectos devastadores en las vidas de los pueblos.

Esta declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Exigir la transformación del sistema mundial de comercio para que deje de violar los derechos sociales, ambientales, económicos y de salud de la población y para que empiece a favorecer a los países del sur.
- Asegurar que estas reformas incluyan regímenes de propiedad intelectual como patentes y el acuerdo de Aspectos Relacionados a Comercio de los Derechos de la Propiedad Intelectual (TRIPS) y que haya un compromiso explícito dentro del marco de la Organización Mundial de Comercio (OMC) para apoyar todas las medidas para proteger la salud pública.
- Exigir la cancelación de la Deuda del Tercer Mundo.

- Exigir la transformación radical del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional para que estas instituciones reflejen y promuevan activamente los derechos e intereses de los países en desarrollo.
- Exigir una regulación efectiva para asegurar que las ETN (Empresas Transnacionales) no tengan efectos negativos en la salud de las personas, no exploten su fuerza de trabajo, no degraden el medio ambiente ni invadan la soberanía nacional.
- Asegurar que los gobiernos implementen políticas agrícolas orientadas hacia las necesidades de la población y no a las exigencias del mercado, garantizando así la seguridad alimentaria y el acceso equitativo a alimentos.
- Exigir que los gobiernos nacionales actúen para proteger el derecho a la salud pública en las leyes de propiedad intelectual.
- Exigir el control e implementación de impuestos sobre los flujos de capital internacional especulativos.
- Insistir que todas las políticas económicas sean sujetos a evaluaciones con respecto a la salud, equidad, género e impacto ambiental y que incluyan medidas regulatorias para asegurar su cumplimiento.
- Desafiar las teorías económicas centradas en el crecimiento y reemplazarlas con alternativas que creen sociedades humanas y sostenibles. Las teorías económicas deben reconocer las limitaciones ambientales, la importancia fundamental de la equidad y la salud, y el aporte de la labor no pagada, sobretudo el trabajo no reconocido de las mujeres.

Retos sociales y políticos

Las políticas sociales generales tienen efectos positivos en las vidas y en los medios de ganarse la vida de las personas. La globalización

fundamente comunidades, familias y culturas. Las mujeres son esenciales para el sostenimiento de la trama social en todas partes, pero muchas veces sus necesidades básicas son pasadas por alto o negadas, sus derechos son violados y su dignidad como mujeres, violadas.

Las instituciones públicas han sido socavadas y debilitadas.

Muchas de sus responsabilidades han sido transferidas al sector privado, sobre todo a corporaciones, o a otras instituciones nacionales e internacionales que raras veces asumen su responsabilidad ante la población. Además, el poder de los partidos políticos y de los sindicatos ha sido severamente disminuido, mientras las fuerzas conservadoras y fundamentalistas están en auge. La democracia participativa en organizaciones políticas y en estructuras cívicas debería prosperar. Hay una necesidad urgente para fomentar y asegurar transparencia y responsabilidad.

Esta declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Exigir y apoyar el desarrollo e implementación de políticas sociales amplias con plena participación de la población.
- Asegurar que todas las mujeres y los hombres tengan derechos iguales al trabajo, a la libertad de expresión, a la participación política, a ejercer la libertad de religión, a la educación y a vivir sin violencia
- Presionar a los gobiernos para incorporar y hacer cumplir la legislación que proteja y promueva la salud física, mental y espiritual y los derechos humanos de grupos marginados.
- Exigir que la educación y la salud sean prioritarias en la agenda política. Esto implica una educación de buena calidad, gratuita y obligatoria para todos(as) los(as) niños(as) y adultos(as), sobretodo para las niñas y mujeres, y una educación y atención de buena calidad para los(as) de temprana edad.
- Exigir que las actividades de las instituciones públicas, tales como

distribución de alimentos, y provisiones para vivienda beneficien la salud de las personas y comunidades.

- Condenar y buscar la revolución de cualquier política –incluyendo la ocupación- que resulte en el desalojo o desplazamiento forzado de personas de sus tierras, hogares o empleos.
- Oponerse a las fuerzas fundamentalistas que amenazan los derechos y libertades de los individuos, sobretodo las vidas de mujeres, niños(as) y minorías.
- Oponerse al turismo sexual y al tráfico global de mujeres y de niños(as).

Retos ambientales

La contaminación del agua y del aire, el cambio de clima brusco, la disminución de la capa de ozono, la energía nuclear y los desechos, los químicos tóxicos y los pesticidas, la pérdida de biodiversidad, la deforestación y la erosión del suelo tienen amplias consecuencias de salud. Las raíces causales de esta destrucción incluyen la explotación no-sostenible de los recursos naturales, la ausencia de una visión holística de largo plazo, la difusión de conductas individualistas y la maximización de ganancias, y el sobreconsumo por los(as) ricos(as). Esta destrucción tiene que ser enfrentada y revertida inmediata y efectivamente.

Esta declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Hacer responsable a las empresas transnacionales y nacionales, las instituciones públicas y militares, por sus actividades destructivas y riesgosas que tienen impacto sobre el ambiente y la salud de la población.
- Exigir que todos los proyectos de desarrollo sean evaluados con criterios de salud y ambiente y que se apliquen restricciones y precauciones cuando cualquier tecnología o política

implique amenazas potenciales a la salud y al ambiente (el principio de precaución)

- Exigir que los gobiernos se comprometan rápidamente a las reducciones de los gases de invernaderos de sus propios territorios, mucho más exigentes que los del acuerdo de cambio de clima internacional, y que no utilicen tecnologías y prácticas peligrosas o inapropiadas.
- Oponerse al traslado de industrias peligrosas y de desechos tóxicos y radioactivos hacia países más pobres y comunidades marginadas, y promover soluciones que minimicen la producción de desechos.
- Reducir el sobre-consumo y estilos de vida no-sostenibles -tanto en el Norte como en el Sur. Presionar a los países industrializados ricos a reducir su consumo y contaminación en un 90 por ciento.
- Exigir medidas para asegurar salud y seguridad ocupacional que incluyan el monitoreo de condiciones de trabajo centrado en los(as) trabajadores.
- Exigir medidas de prevención de accidentes y heridas en el lugar de trabajo, en la comunidad y en los hogares.
- Rechazar las patentes que amenazan la vida y oponerse a la bio-piratería de conocimientos y recursos tradicionales e indígenas.
- Desarrollar indicadores de progreso ambiental y social, enfocados a la población y basados en la comunidad, y presionar para el desarrollo y adopción de monitoreos regulares que midan la degradación ambiental y el estado de salud de la población.

Guerra, violencia y conflicto

La guerra, la violencia y los conflictos devastan comunidades y destruyen la dignidad humana. Tienen un severo impacto en la salud física y mental de sus miembros, sobretodo de las mujeres

y niños(as). El abastecimiento creciente de armas así como su comercialización internacional agresiva y corrupta socavan la estabilidad social, política y económica y la distribución de los recursos hacia el sector social.

Esta declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Apoyar campañas y movimientos para la paz y el anti-armamentismo.
- Apoyar campañas contra la agresión, la investigación, producción, pruebas y uso de armas de destrucción masiva y otras armas, incluyendo todo tipo de minas.
- Apoyar las iniciativas de los pueblos para lograr una paz justa y duradera, sobre todo en países con experiencias de guerra civil y genocidio.
- Condenar el uso de niños soldados, y el abuso y violación, tortura y matanza de mujeres y niños(as).
- Exigir el fin de la ocupación por ser uno de los instrumentos que más lesión a la dignidad humana.
- Oponerse a la militarización de intervenciones de apoyo humanitario.
- Exigir la transformación radical del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas para que funcione democráticamente.
- Exigir que las Naciones Unidas y los estados individuales dejen de utilizar las sanciones como instrumento de agresión que puede dañar la salud de poblaciones civiles.
- Promover iniciativas independientes y enfocadas hacia la población para declarar vecindarios, comunidades, y ciudades como áreas de paz y zonas libres de armas.
- Apoyar acciones y campañas para la prevención y reducción de conductas agresivas y violentas, sobretodo en los hombres, y el fomento de la coexistencia en paz.

- Apoyar acciones y campañas para la prevención de desastres naturales y la reducción del subsecuente sufrimiento humano.

Un sector de salud centrado en la población

Esta declaración exige la provisión de Atención Primaria en Salud universal y general, sin importar la capacidad de pago de las personas. Los servicios de salud tienen que ser democráticos, responsables y con suficientes recursos para lograrlo.

Esta declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Oponerse a las políticas internacionales y nacionales de privatización de los servicios de salud y que la convierten en una mercancía.
- Exigir que los gobiernos promuevan, financien y provean la Atención Primaria en Salud Integral como la manera más efectiva de enfrentar los problemas de salud y de organizar servicios de salud públicos que aseguren acceso gratuito y universal.
- Presionar a los gobiernos para que adopten, implementen y respeten políticas nacionales de salud y medicamentos.
- Exigir que los gobiernos se opongan a la privatización de los servicios públicos de salud y asegurar la regulación efectiva del sector médico privado, incluyendo servicios médicos caritativos y de ONG.
- Exigir una transformación radical de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que responda a los metas en salud de tal manera que beneficie a los(as) pobres, evite enfoques verticales, asegure trabajo intersectorial, involucre las organizaciones de los Pueblos en la Asamblea de Salud Mundial, y asegure independencia

Promover, apoyar ejecutar acciones que promuevan el poder y control de los pueblos en la toma de decisiones en la salud, a todos niveles, incluyendo de los derechos de los(as) pacientes o usuarios(as) y los(as) consumidores(as).

- Apoyar, reconocer, y promover sistemas y prácticas de curación tradicionales y holísticos y su integración a la Atención Primaria en Salud.
- Exigir cambios en la capacitación de personal de salud para que pueda estar más orientada a resolver problemas y basada en la práctica, puedan comprender mejor el impacto de los asuntos globales en sus comunidades, y sean animados(as) a trabajar con, y respetar la comunidad y sus diversidades.
- Desmistificar las tecnologías médicas y de salud (incluyendo los medicamentos) y exigir que estén subordinadas a las necesidades de salud de la población.
- Exigir que la investigación en salud -incluyendo la investigación genética y el desarrollo de medicinas y tecnologías reproductivas- sea llevada a cabo en una manera participativa y basada en las necesidades reales y sea realizada por instituciones responsables. Debe ser orientada hacia las personas y la salud pública y debe respetar principios éticos universales.
- Apoyar los derechos de la población a la auto-determinación sexual y reproductiva y a oponerse a todas las medidas coercitivas en políticas de población y planificación de la familia. Este apoyo incluye el derecho a la variedad de métodos seguros y efectivos de regulación de fertilidad.
- Participación de los pueblos para un mundo más saludable
- Las organizaciones y movimientos de los pueblos fuertes son fundamentales para que los procesos de toma de decisiones sean más democráticos, responsables y transparentes.

Es esencial que los derechos cívicos, políticos, económicos sociales y culturales estén garantizados. Mientras los gobiernos tienen la responsabilidad primordial de promover un enfoque más equitativo a los derechos de salud y humanos, una amplia gama de grupos y movimientos de la sociedad civil y los medios de comunicación tienen un importante rol que jugar en asegurar el poder y control de la población en el desarrollo de políticas y el monitoreo de su implementación.

Esta declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Construir y fortalecer las organizaciones de los pueblos para crear una base para el análisis y la acción.
- Promover, apoyar y ejecutar acciones que promuevan la participación de los pueblos en la toma de decisiones en servicios públicos a todos los niveles.
- Exigir que las organizaciones de los pueblos estén representadas en foros locales, nacionales e internacionales relacionados a la salud.
- Apoyar iniciativas locales hacia la democracia participativa a través del establecimiento de redes solidarias orientadas hacia los pueblos, en todo el mundo.

La Asamblea de la Salud de los Pueblos y la Declaración

La idea de una Asamblea de Salud de los Pueblos (ASP) ha sido discutida por más de una década. En 1998, varias organizaciones lanzaron el proceso de ASP y comenzaron a planificar una gran Asamblea internacional, que tuvo lugar en Bangladesh a finales del año 2000. Una variedad de actividades pre y post Asamblea fueron realizadas incluyendo talleres regionales, la recolección de relatos de personas relacionados con la salud, y la redacción de la *Declaración para la Salud de los Pueblos*.

La presente Declaración se construye sobre los puntos de vista de ciudadanos(as) y organizaciones de los pueblos de todo el mundo, y fue aprobada por primera vez y abierta para el

respaldo en la reunión de la Asamblea en Sayar, Bangladesh en diciembre 2000.

Esta Declaración es una expresión de nuestras preocupaciones colectivas, nuestra visión para un mundo mejor y más saludable, y de nuestro llamado a una acción radical. Es una herramienta para la incidencia y un punto de encuentro para un movimiento global de salud y donde otras redes y coaliciones pueden ser formadas.

Únase a nosotros(as) –respalde la coalición

Llamamos a individuos y organizaciones a unirse a este movimiento mundial y les invitamos a respaldar y ayudar a implementar la Declaración para la Salud de los Pueblos.

Secretaría PHA, correo electrónico:

phasec@pha2000.org,

Página web:

www.pha2000.org

22 de enero del año 2001

Los retos mundiales de la salud

DECLARACIÓN DEL PRIMER PROGRAMA NEW CENTURY SCHOLARS DE FULBRIGHT

*Washington, D. C.,
6 de noviembre del 2002**

Nuevos problemas, nuevos programas

En un mundo crecientemente interdependiente, la salud es un reto tanto económico y político, como médico y científico. Las

1. La traducción de este texto fue realizada por Nelly Salgado de Zinder y Marcos Cueto. El Programa fue financiado y organizado por el Council for International Exchange of Scholars de los Estados Unidos. La "líder" de este Primer Programa Fulbright "Los Retos de la Salud en un Mundo sin Fronteras" fue Ilona Kickbusch que fue profesora del Departamento de Salud Global de la Universidad de Yale, Estados Unidos. Los miembros y firmantes de la Declaración fueron (en paréntesis aparece la afiliación institucional que tuvieron cuando se realizó el programa): Gabriele Bammer (Australian National University, Australia), Marcos Cueto (Universidad Peruana Cayetano Heredia), Andrey K. Demin (Asociación Rusa de Salud Pública, Russia), David P. Fidler (Indiana University, USA), Ken Fox (Boston University School of Medicine, USA), Richard Freeman (University of Edinburgh, U.K.), Allan Hill (Harvard University School of Public Health, USA), Janes, Craig (University of Colorado, USA), Uthaiwan Kanchanakamol (Chiang Mai University, Tailandia), Anne Marie Kimball

perspectivas tradicionales para entender la salud no son suficientes para enmarcar una realidad cambiante. El programa académico Fulbright reconoce que se necesitan nuevos acercamientos de colaboración académica, y es por esto que ha creado el Programa Fulbright New Century Scholars (NSC).

Salud global

Nosotros, el primer grupo de New Century Scholars, hemos ya finalizado un año de trabajo con el tema *Los retos de la salud en un mundo sin fronteras* -un viaje de descubrimientos para todos, que incluyó investigación individual y grupal así como discusión. Nuestra tarea central ha sido el describir y analizar la relación entre la globalización y el estado de salud de la población, los servicios, y las políticas, y al mismo tiempo desarrollar nuevas maneras de pensar y actuar en este campo. El tema recurrente en todos nuestros proyectos de investigación fue la interdependencia de las fuerzas locales y globales que afectan a la salud. En esta Declaración, exponemos brevemente algunos de nuestros hallazgos más relevantes.

(University of Washington, Seattle), Peter Koehn (University of Montana - Missoula, USA), Subrata Lahiri (International Institute for Population Sciences, India), Chung Yul Lee (Yonsei University, Korea), Lori Leonard Gohns Hopkins (University Bloomberg School of Public Health, USA), Pim Martens (Maastricht University, The Netherlands), Richard Mollica (Harvard University Medical School, USA), Seggane Musisi (University of Makerere, Uganda), Constance A. Nathanson Gohns Hopkins (University Bloomberg School of Public Health, USA), Peter Ndumbe (University of Yaounde, Cameroon), James C. Riley (Indiana University, USA), Nelly Salgado de Snyder (Instituto Nacional de Salud Pública, Mexico), Richard Scott (University of Calgary, Canada), Lokendra Singh (Himalayan Ayurveda Research Institute, Nepal), Alfred Spira (Universidad Paris XI, Francia), Kearsley Alison Stewart (Northwestern University, USA), Pratiwi Sudarmono (Universidad de Indonesia, Indonesia), Borisz A. Szegal (College of Dunaujvaros, Hungria), Charles T. Viljoen (Potchefstroom University, Sudafrica), Howard Waitzkin (University of New Mexico, USA), y Yan Hai Wan (China).

Amenazas globales

Nuestra investigación confirma que la salud física y mental de la población mundial esta amenazada. Las condiciones de salud en muchos países no están mejorando. Las desigualdades entre, y al interior de las naciones siguen siendo temas de gran preocupación. Epidemias de enfermedades transmisibles y no transmisibles continúan esparciéndose por el mundo. Actualmente, más de 60 países luchan contra las consecuencias de la violencia social. La globalización incrementa el transito de riesgos para la salud a través de las fronteras, lo que frecuentemente tiene consecuencias adversas para la salud. El estigma, la discriminación y la marginalización amenazan los esfuerzos de salvaguardar los derechos humanos por la salud. La degradación del medio ambiente es una amenaza creciente para la salud humana.

Flujos locales y globales

Nuestras investigaciones ilustran los efectos en la salud, de los flujos de conocimiento, ideas, políticas, productos y tecnologías, así como la identidad y las prácticas culturales entre lo local y lo global. Nuestros hallazgos resaltan la vulnerabilidad de lo local con respecto a lo global. Las comunidades locales experimentan la globalización de diferentes maneras -a través de la resistencia y la resiliencia, así como la marginalización y alienación. Nuestro análisis demuestra la importancia de respetar las perspectivas locales y las tradiciones acerca del bienestar y la sanación.

Gobernanca Global

Nuestras investigaciones enfatizan cómo las respuestas de las políticas públicas hacia las amenazas globales de la salud están creando nuevos temas y formas de gobernanca global en salud. Históricamente, las respuestas nacionales e internacionales a los

problemas de salud estaban a cargo de agencias del estado (por ejemplo, los ministerios de salud) y de organizaciones intergubernamentales (por ejemplo la Organización Mundial de la Salud), que enfocaban a la salud, fundamentalmente como un reto técnico y biomédico. En contraste, actualmente la gobernanza global en salud incluye no sólo a instituciones estatales e intergubernamentales, sino también a entidades que no forman parte del Estado (por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales y las corporaciones multinacionales). El creciente poder e influencia de los actores que tradicionalmente no se preocupaban de la salud, representa otro nuevo y significativo cambio para la gobernanza global en salud. A su vez esta transformación requiere de nuevos acomodos de representación y rendición de cuentas.

Investigación sin fronteras

En el programa New Century Scholars cada uno de nosotros aprendió a pensar y actuar más allá de los límites tradicionales establecidos por disciplinas, metodologías, políticas y culturas. Nuestras investigaciones individuales y nuestra discusión colectiva han sido crecientemente “sin fronteras” al tiempo que han creado nuevos retos en las perspectivas académicas tradicionales y preocupaciones sobre la salud, la globalización y el trabajo académico. La necesidad de trascender los umbrales tradicionales imponer nuevos tipos de competencias transnacionales en la investigación sobre salud y en la elaboración de políticas.

Lecciones de fortaleza

A pesar de que nuestra investigación estuvo concentrada en los aspectos novedosos de la salud en un mundo globalizado, también confirmó viejas y valiosas lecciones aprendidas en el pasado. Los investigadores documentaron los efectos devastadores

de la pobreza y las guerras en la salud física y mental. Otros investigadores enfatizaron las consecuencias debilitantes de la falta de acceso a la Atención Primaria de la Salud, la inadecuada infraestructura de salud pública, la carencia de una adecuada protección del medioambiente y la falta de respeto a principios éticos y de derechos humanos. Muchas de nuestras investigaciones expusieron inequidades de salud al interior y entre naciones, así como la amenaza que tales inequidades representan para la expectativa de vida, la igualdad étnica y de género y la dignidad humana.

Recomendaciones en políticas

Hacemos las siguientes recomendaciones de política a los gobiernos, las agencias inter-gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, corporaciones multinacionales y comunidades locales. Deben evaluar responsablemente cada iniciativa política de acuerdo a sus efectos en los principales determinantes de la salud: *pobreza, inequidades económicas y étnicas, violencia, guerras, degradación del medioambiente y acceso a servicios de salud y tecnología*. Las políticas existentes no han considerado adecuadamente estos determinantes. Se requiere de nuevos tipos de políticas económicas y sociales para abordar directamente estos determinantes.

Estudios de salud global

La investigación que hemos llevado a cabo y el nuevo conocimiento que hemos generado como New Century Scholars indica que los estudios de salud global son una tarea de mucha importancia. Conforme las viejas perspectiva para entender la protección y promoción de la salud van dando paso a nuevas estrategias de investigación sin fronteras, podemos percatarnos de que los patrones, las prácticas y los principios están velozmente cambiando el concepto y la realidad de la salud. El

programa NSC nos proporcionó una plataforma académica en la que pudimos evaluar la magnitud, la rapidez y la importancia de esta transformación. Nuestro reto común es conectar esta iniciativa académica con el problema de elaborar e implementar políticas de salud en un mundo globalizado.

Recursos humanos para la salud: superemos la crisis

Resumen Ejecutivo: Informe Estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud. 4 de noviembre del 2004¹

Este análisis de la fuerza de trabajo en salud a nivel global hecho por la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto -un consorcio

1. Mas información sobre el JLI aparece en el sito de Internet:

www.globalhealthtrust.org

Los autores de este texto son los coordinadores del Programa "La Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud" (*Joint Learning Initiative, JLI*) una red independiente de más de 100 líderes de salud de todo el mundo que durante los años 2003 y parte del 2004 examinaron a través de siete grupos de trabajo (Historia, Oferta, Demanda, África, Enfermedades Prioritarias, Innovaciones y Coordinación General) el panorama del campo de los recursos humanos en salud con el fin de identificar estrategias para fortalecer el desarrollo de la fuerza laboral en salud. El Programa fue diseñado como una iniciativa abierta, cooperativa y consultiva que promovía un proceso de estudio y discusión del tema de los trabajadores de salud en el desarrollo, prestando especial atención a los países y regiones más pobres. Los coordinadores generales del Programa fueron Lincoln Chen de la Universidad de Harvard y Tim Evans, entonces funcionario de la Fundación Rockefeller. En cada grupo de trabajo existían dos coordinadores (o en ingles *cochairs*) que eran generalmente uno de un país desarrollado y el otro de un país en vías de desarrollo. Los otros seis grupos de trabajo y sus coordinadores fueron: Elizabeth Fee, del National Library of Medicine, y Marcos Cueto, de la

de más de 100 líderes de salud- propone la movilización y el fortalecimiento de los recursos humanos en salud. Esta tarea, muchas veces postergada, es crucial tanto para combatir las crisis en salud en algunos de los países más pobres del mundo como para construir sistemas de salud sustentables en todos los países. Casi todas las naciones tienen un número insuficiente de trabajadores de salud, una mala distribución de los especialistas, ambientes de trabajo sin recursos y poco estimulantes y una base de conocimientos insuficientes. Una fuerza laboral amenazada por el VIH/SIDA, migración de profesionales, y pocas e inadecuadas inversiones en este campo son crudas realidades especialmente en los países más pobres. Estrategias nacionales efectivas deberían ser emprendidas cuanto antes contando con el suficiente apoyo internacional. En última instancia, la crisis de recursos humanos es un problema de todos que requiere asumir una responsabilidad común para poder realizar una acción en conjunto. Las alianzas para la acción, que aquí se

Universidad Peruana Cayetano Heredia (Historia); Nelson Sewankambo de Makerere University, Uganda, y Giorgio Solimano de la Universidad de Chile (Oferta); Suwit Wibulpolprasert del Ministerio de Salud de Tailandia y Orvill Adams de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza; Lola Dare del Center for Health Services Training, Research, and International Development, de Nigeria y Demissie Habte del Banco Mundial (África); Gijs Elzinga del National Institute of Public Health & the Environment, de los Países Bajos y Mustaque Chowdhury de la ONG BRAC de Bangladesh (Enfermedades Prioritarias); y Jo Ivey Boufford de la New York University y Marian Jacobs de la Universidad de Cape Town, Sud África. Asimismo, jugaron un rol decisivo en esta iniciativa Ariel Pablos Mendez y Hilary Brown, entonces funcionarios de la Fundación Rockefeller y Gilles Dussault del Banco Mundial. Entre las organizaciones que apoyaron el Programa estuvieron la Fundación Rockefeller, la agencia Sueca Sida, la Fundación the Bill & Melinda Gates Foundation, Atlantic Philanthropies, Open Society Institute (OSI), la agencia Canadiense de desarrollo CIDA, la agencia alemana Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, GTZ, y la agencia de cooperación técnica de Inglaterra, DFID, Kingdom. Asimismo, la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto conto con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial.

recomiendan, están dirigidas a fortalecer y mejorar el desempeño de todos los actores existentes al mismo tiempo que motivar y crear espacios para nuevos actores en salud.

El poder de los trabajadores de salud

Después de un siglo donde se han producido los avances médicos y sanitarios más espectaculares en la historia de la humanidad, confrontamos una crisis en salud sin precedentes y de dimensiones íntimamente entrelazadas. Algunos de los países más pobres enfrentan crecientes tasas de mortalidad y caídas dramáticas de sus expectativas de vida, mientras que pandemias globales nos amenazan a todos.² Los avances logrados en la capacidad de extender la duración y la calidad de la vida de los seres humanos están perdiéndose debido a débiles sistemas nacionales de salud. En la primera línea de defensa de la supervivencia humana, se encuentran trabajadores de salud muchas veces estresados, sobrecargados de tareas, que no cuentan con el respaldo necesario y cuyo número es absolutamente insuficiente. Por ello, están perdiendo la batalla. Muchos caen víctimas de la tensión. Otros tantos están muriendo, especialmente del SIDA. Y demasiados migran hacia las naciones más ricas buscando mejorar sus vidas y encontrarse con un trabajo mejor remunerado.

Los dramáticos retrocesos en salud que se experimentan hoy en día ponen en riesgo mucho más que la supervivencia humana de las naciones más pobres. Además amenazan la salud, el desarrollo y la seguridad de todo el planeta ya que el mismo es interdependiente. La manera como la comunidad mundial responda a estos desafíos marcará el curso de la salud global por el resto del siglo veintiuno.

La crisis global de salud ocurre en un marco de pobreza masiva, desarrollo económico desigual e inestabilidad política.

2. Alex de Waal y Alan Whiteside. 2003. " 'New Variant Famine': AIDS and Food Crisis in Southern África". *Lancet* 362 (9391): 1234-37.

Tres grandes problemas afectan a los trabajadores de salud y generan una acelerada y viciosa espiral de parálisis en respuestas adecuadas a la amenaza de enfermedades. En primer lugar, la devastación del VIH/SIDA. Un número cada vez mayor de sobrecargas laborales, exponen a los trabajadores de salud a la infección y ponen a prueba su temple.³ Muchos están dejando de ser sanadores para convertirse en cuidadores de enfermos terminales. Aunque las sociedades más golpeadas son las del África Subsahariana, el virus esta difundiéndose rápidamente en lugares en riesgo en Asia, las Américas, y Europa Oriental. En segundo lugar, se esta acelerando la migración laboral, constituyéndose en una verdadera hemorragia de enfermeras y médicos que abandonan precisamente aquellos países que son los que menos pueden sobrellevar la "fuga de cerebros".⁴ En tercer lugar, hay una tradición crónica de no invertir suficientemente en recursos humanos. Dos décadas de reforma económica y sectorial han limitado los gastos, congelado los nombramientos y salarios, y restringido los presupuestos del sector público. Como resultado de lo anterior, se han reducido y deteriorado los equipos, faltan las medicinas, y los ambientes de trabajo son inadecuados.⁵ Estas fuerzas han golpeado más duramente a los países frágiles políticamente que luchan por sacar adelante su economía.

3. Linda Tawfik Linday Stephen N. Kinoti. 2003. "The impact of HIV/AIDS on the health workforce in Sub-Saharan África. Support for Analysis and Research in África Project (SARA)", setiembre 2003.
4. S. Alkire y L. Chen. 2004. "Medical Exceptionalism in International Migration: Should Doctors and Nurses Be Treated Differently?" Global Equity Initiative, USA. Joint Learning Initiative Working Paper [<http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG7/Alkirepaper.pdf>]
5. Vasant Narasimhan, Vasant, Hilary Brown, Ariel Pablos-Mendez, Orvill Adams, Gilles Dussault, Gijis Elzinga, Anders Nordstrom, Demissie Habte, Marian Jacobs, Giorgio Solimano, Nelson Sewankambo, Suwit Wibulpolprasert, Timothy Evans, y Lincoln Chen. 2004. "Responding to the global human resources crisis". *Lancet* 363 (9419): 1469-1472.

A pesar de los problemas, dedicados trabajadores de salud a través del mundo han demostrado que su compromiso y determinación van más allá del simple cumplimiento del deber. Su firme motivación está siendo finalmente compensada con nuevas prioridades políticas y mayores asignaciones financieras para salud. Ello ha ocurrido en gran parte gracias a una mayor preocupación pública por la epidemia del SIDA y al activismo social generado en relación a esta enfermedad. El dinero, a pesar que todavía está lejos de ser suficiente, está comenzando a fluir y las medicinas que ayudan a prolongar la vida de las personas seropositivas, son más baratas que hasta hace pocos años.

Esta respuesta ha sido acompañada por las Naciones Unidas con una decisión más amplia e integral. Se trata de lograr la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015. Estos objetivos globales, que tienen como un rasgo prominente a la salud, se han convertido en un punto focal de la cooperación internacional dispuesta a alcanzar metas específicas en un plazo determinado. Como consecuencia, están surgiendo nuevos actores, programas, mecanismos, y estrategias de financiamiento.

Para aprovechar estas oportunidades es esencial contar con sistemas de salud fuertes y vibrantes. Sin embargo, estos sistemas serán imposibles de conseguir sin trabajadores de salud, recurso primordial para el buen funcionamiento de los mismos. Es verdad que el dinero y las medicinas son necesarios, pero estos exigen la existencia de una fuerza laboral efectiva. Son las personas, no solamente las vacunas o medicamentos, las que previenen enfermedades y administran tratamientos. Los trabajadores son agentes activos, no pasivos, de los cambios en salud. Con sus salarios, que muchas veces representan dos tercios de los presupuestos de salud, articulan las diferentes partes del sistema y a la vez están a la vanguardia de la producción de salud.⁶

6. Peter Berman, Lisa Arellanes, Pamela Henderson, y Alessandro Magnoli. 1999. *Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean*

La evidencia demuestra que la fuerza laboral determina el desempeño de los servicios de salud.⁷ A través de la historia, los periodos de aceleración del desarrollo en salud han sido estimulados por movilizaciones populares de los trabajadores y de sus sociedades. Una mayor densidad de trabajadores de salud y mejor calidad de su trabajo - junto con la mejora de los determinantes sociales de la salud como la educación, el género, la equidad y un mayor ingreso- han incrementado la salud colectiva y la supervivencia humana. La densidad de trabajadores de salud en una población puede hacer una enorme diferencia en la eficacia de las intervenciones para lograr los ODM. Por ejemplo, las proyecciones de alcanzar una cobertura de 80 por ciento para inmunizaciones contra el sarampión y atender los partos por personal calificado, tendrían mayores posibilidades de éxito si la densidad de los trabajadores de salud excediese la tasa de 2.5 trabajadores por 1000 habitantes.⁸ Setenta y cinco países con 2.5 miles de millones de habitantes están por debajo de este umbral mínimo.⁹

Nosotros estimamos que globalmente la fuerza de trabajo en salud se compone de más de 100 millones de personas. Sumados a los 24 millones de médicos, enfermeras y parteras que comúnmente son contabilizados, existen por lo menos tres veces más individuos que informalmente realizan labores sanitarias

Nations: The First Regional National Health Accounts Network. LAC/HSR Health Sector Reform Initiative. [http://www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/Documents/Berman_1999_Health_financing_8_LAC_countries_16hrsres.pdf]

7. Anand, Sudhir y Till Baernighausen. 2004. "Human Resources and Health Outcomes: cross-country econometric study" *Lancet* 364: 1603-09 y World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*.
8. La densidad de trabajadores se refiere a la densidad de médicos, enfermeras y parteras donde exista información. Es importante señalar que la información sobre la cantidad de grupos de trabajadores de salud es limitada.
9. Basado en las estimaciones de la OMS sobre personal de salud "WHO Estimates of Health Personnel: physicians, nurses, midwives, dentists, pharmacists". WHO Headquarters, Geneva.

ya sea en la medicina tradicional, en la comunidad, o como auxiliares de los profesionales de salud. La mala distribución de los profesionales es severa y perversa. El África Subsahariana cuenta tan sólo con un decimo de enfermeras y médicos para su población en relación a los que tiene Europa. Etiopía tiene un quinto de los profesionales para su población de los que posee Italia.

Con variaciones tan extremas, cada país debe diseñar una estrategia para su fuerza laboral que sea adecuada a sus necesidades de salud y al mejor uso de sus valiosos recursos. En este proyecto hemos ordenado a 186 países en cinco grupos (ver Mapa). Para ello los hemos clasificado primero en países de baja, media y alta densidad de trabajadores de salud (considerando de baja densidad aquellos que más abajo de 2.5 trabajadores de salud por mil habitantes, los de media en el rango 2.5 y 5.0, y de alta densidad los que están por encima de 5.0 trabajadores por mil habitantes). Asimismo, hemos subdividido a los países de baja y alta densidad teniendo en cuenta la alta o baja mortalidad de los niños menores de cinco años. Entre los países de baja densidad, 45 son predominantemente de baja densidad y alta mortalidad infantil, y además son mayoritariamente del África Subsahariana, adonde existe una doble crisis de crecientes tasas de mortalidad y débiles sistemas de salud. Los restantes 30 países de baja densidad, están mayormente en Asia y América Latina. Estas regiones son además predominantes para 42 naciones que tienen una densidad media. En el grupo de países que tienen una alta densidad, 34 tienen también una baja mortalidad infantil, y todos son países ricos, generalmente miembros de la OECD. Algunas características importantes entre los restantes 35 países que tienen una alta densidad, es el de ser economías de transición o exportadores de profesionales de salud.

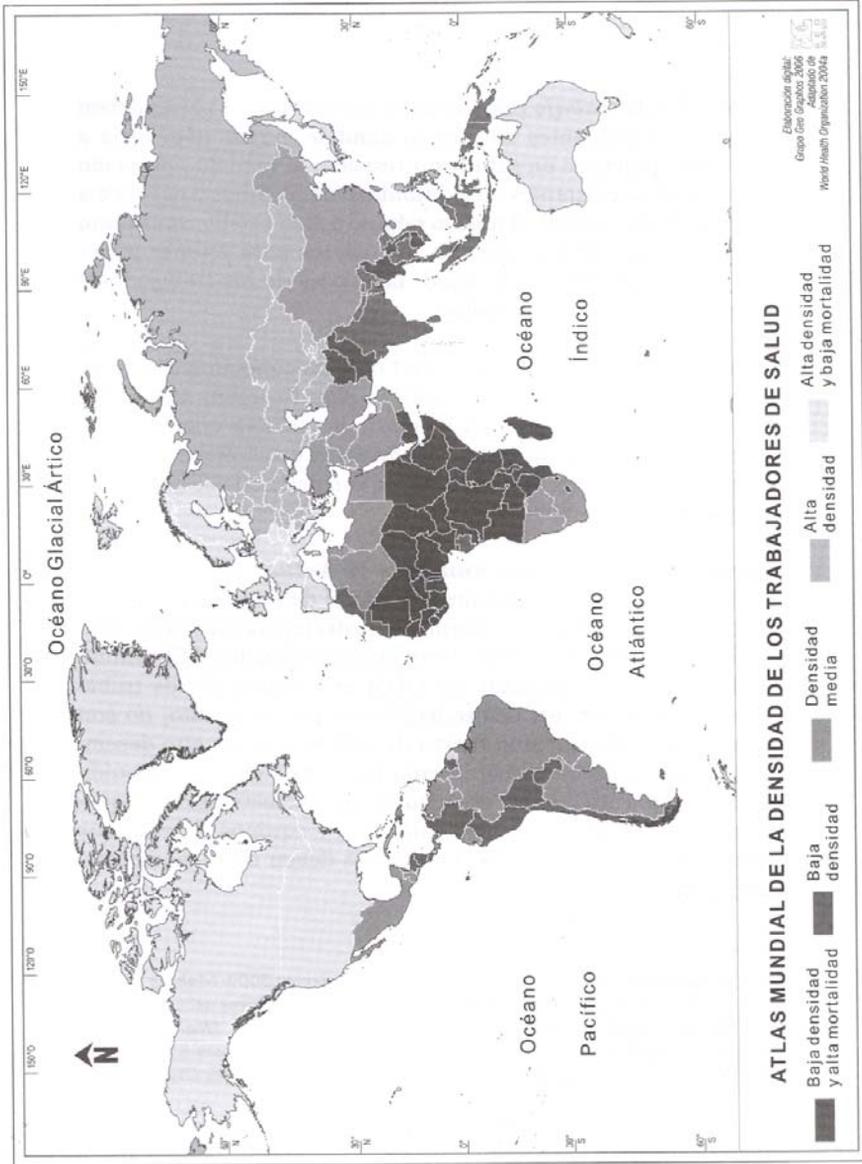
Todos estos países, ricos y pobres, sufren de desajustes y desequilibrios numéricos, geográficos, y de especialidades en su fuerza de laboral, y sin duda pueden acelerar sus logros invirtiendo y administrando su fuerza laboral sanitaria de manera más estratégica. (Ver mapa).

Manteniendo una perspectiva global, este proyecto se ha concentrado en los países de baja densidad y alta mortalidad infantil en niños menores de cinco años, debido a la gravedad de sus situaciones sanitarias. Con respecto a los retos globales nuestras conclusiones más importantes son:

Déficits globales. Existe una inmensa escasez global de trabajadores de salud. Estimaciones, todavía algo generales, permiten calcular que son necesarios más de cuatro millones de trabajadores. Los países de África Subsahariana tienen que casi triplicar el número actual de trabajadores de salud, a través de actividades de retención, reclutamiento y entrenamiento, si pretenden lograr los ODM para salud.

Desajustes en las habilidades. Casi todas las naciones sufren de marcadas desigualdades en las habilidades de sus trabajadores de salud. En algunos la mezcla de habilidades está inclinada hacia los médicos y los especialistas. En muchos se posterga el logro de una combinación donde la salud pública basada en la población sea lo prioritario. Muchos países deben renovar sus planes de salud hacia una fuerza de trabajo que refleje mejor sus necesidades, especialmente promoviendo el desarrollo de trabajadores comunitarios y auxiliares del trabajo sanitario.

Malas distribuciones. Casi todos los países sufren de una mala distribución de sus trabajadores de salud, agravada por migraciones no planificadas. Asimismo, la concentración urbana de los trabajadores es un problema generalizado. Mejorar la equidad al interior de los países requiere incorporarlos a comunidades rurales y marginales, así como retenerlos en estos lugares. En muchas naciones existe además una mala distribución entre los sectores públicos y privados. La inequidad internacional se ve agravada por la migración internacional no planificada, con la consiguiente pérdida de enfermeras y médicos, lo que debilita aún más la situación en naciones pobres que exportan estos profesionales.



ATLAS MUNDIAL DE LA DENSIDAD DE LOS TRABAJADORES DE SALUD

Baja densidad y alta mortalidad
 Alta densidad
 Densidad media
 Alta densidad y baja mortalidad

Edición de 2014
 Grupo de Expertos 2005
 Asesorado de
 OMS
 World Health Organization 2004a

Ambientes de trabajo inadecuados. Casi todos los países deben mejorar sus ambientes de trabajo dándole mayor relevancia a las buenas prácticas en salud con respecto al manejo apropiado de los recursos existentes, disponibilidad de insumos y existencia de equipos adecuados. Al mismo tiempo deben establecerse tanto incentivos monetarios como no financieros para retener y motivar a los trabajadores de salud. Las voces de los trabajadores de salud deben ser escuchadas.

Conocimiento limitado. Una débil base de conocimiento sobre la fuerza laboral en salud impide la planificación, adecuadas políticas de promoción de la misma y la efectiva operación de programas de salud. Información dispersa e insuficiente, datos fragmentados y pocas investigaciones, son deficiencias que deben ser remediadas.

Estrategias de recursos humanos en salud. Las evidencias confirman que la fuerza laboral mejora el desempeño de los sistemas de salud, cuando cuenta con estrategias efectivas. Ello puede ocurrir inclusive bajo circunstancias difíciles.¹⁰ El camino fundamental para alcanzar los ODM es a través de los trabajadores; no hay atajos. Los trabajadores, por su puesto, no son la panacea. Construir una fuerza de trabajo con un alto desempeño requiere de un esfuerzo enorme, consistente y sostenido en el tiempo. Para que los trabajadores sean efectivos en su quehacer, deben contar con medicamentos y equipos. Y para que puedan usar eficientemente los mismos deben estar motivados, calificados y debidamente apoyados.

10. Véase World Bank. 2004. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. World Bank/Oxford University Press así como World Health Organization 2000. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance* y también de WHO 2003. "The Costa Rican health system: Low cost, high value". *Bulletin of the World Health Organization*. 81(8):626-627.

La fuerza laboral sanitaria puede lograr enormes ganancias en su propia eficiencia si se cuenta con estrategias de desarrollo apropiadas. Estas estrategias para ser exitosas tienen que radicarse y ser dirigidas desde los países, enfatizando el trabajo en las comunidades locales como la primera prioridad y contando con la ayuda internacional.

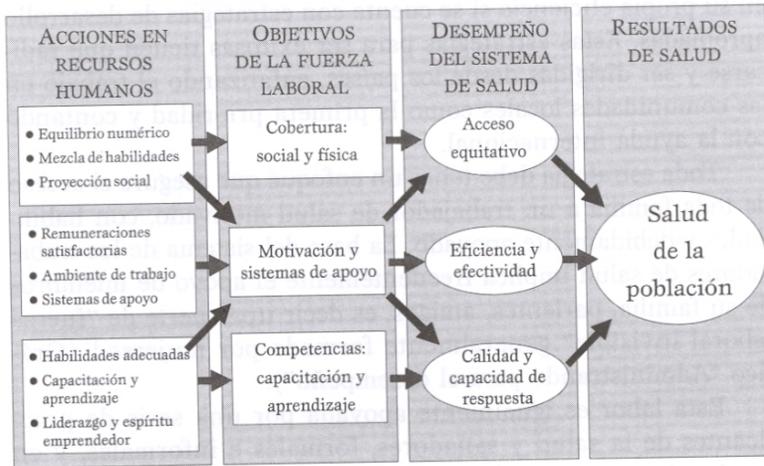
Toda estrategia debe tener un enfoque que asegure el acceso de toda familia a un trabajador de salud motivado, con habilidades y debidamente apoyado. La base del sistema de los trabajadores de salud implica frecuentemente el apoyo de miembros de su familia, parientes, amigos, es decir una suerte de "fuerza laboral invisible" generalmente formada por mujeres.¹¹ (Gráfico "Administrando para el desempeño").

Esta labor es igualmente apoyada por una serie de practicantes de la salud y sanadores, formales e informales, y en muchos lugares por una verdadera comunidad de practicantes de salud. Además de esta primera línea de proveedores de cuidados de salud, existen diversos tipos de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y administradores no médicos que permiten que la práctica de la salud sea efectiva. Reconociendo una diversidad extraordinaria en los patrones de organización de los trabajadores sanitarios, todas las estrategias deberían promover el engranaje con la comunidad, de tal manera que estas últimas contribuyan al reclutamiento y la retención de los trabajadores. Asimismo, esta relación debe servir para que los trabajadores de salud rindan cuentas a la comunidad de su desempeño.

Los puntos de apoyo para el desarrollo de la fuerza laboral de salud son los gobiernos porque establecen políticas y sientan las bases del financiamiento, la educación y la operación del sector público. Asimismo, son los gobiernos los que regulan al

11. UNDP (United Nations Development Programme). 1995. *Human Development Report 1995: Gender and Human Development*. Nueva York: Oxford University Press.

ADMINISTRANDO PARA EL DESEMPEÑO



sector privado. La diversidad de las circunstancias nacionales significa además que las soluciones deben ser adaptadas a la problemática específica de cada nación. Sin embargo, todas las estrategias deben tomar en cuenta cinco aspectos cruciales -el engranaje con líderes y otros actores locales, la planificación de las inversiones en capital humano, la gestión del desempeño en el trabajo, el desarrollo de políticas facilitadoras y la construcción de capacidades al mismo tiempo que se evalúan los resultados.

El desarrollo de una fuerza laboral adecuada no es sólo el resultado de un proceso técnico; es también un asunto político. Demanda la construcción de una coalición sólida por la acción que comprometa a todos los actores en juego que muchas veces tienen diversos intereses. Los trabajadores de salud deben estar al centro de esta coalición pero esta alianza debe ir más allá del sector de salud comprometiéndola a los sectores financieros, de educación y a otros ministerios. Al mismo tiempo, debe trascender los gobiernos para llegar a líderes académicos, asociaciones profesionales, sindicatos, instituciones educativas y organismos no gubernamentales. Todos deben estar comprometidos en el

establecimiento de metas nacionales, el diseño de estrategias adecuadas, la elaboración de los planes necesarios y la implementación de políticas y programas. Buenos bancos de datos nacionales, casi siempre inexistentes adonde más se necesitan, son esenciales para informar y guiar estos esfuerzos.

Para lograr un mejor desempeño de la fuerza laboral, se requiere aunar los esfuerzos de los sectores de educación y salud con el fin de alcanzar tres objetivos centrales: cobertura, motivación y competencias (Gráfico "Administrando para el desempeño"). Las estrategias de cobertura promueven el equilibrio numérico de los trabajadores de salud, las mezclas de habilidades más apropiadas y la llegada a las poblaciones más vulnerables. Las estrategias de motivación se centran en una remuneración adecuada, en un ambiente de trabajo positivo, oportunidades para el desarrollo laboral, y el respaldo de los sistemas de salud. Las competencias son fomentadas a través de la educación de las actitudes y las destrezas apropiadas, creando las condiciones para un aprendizaje continuo y cultivando el liderazgo, el espíritu emprendedor y la innovación. Todos estos esfuerzos deben estar orientados hacia la construcción de capacidades nacionales. Tanto los avances como los retrocesos deben ser monitoreados para poder realizar las correcciones que sean necesarias en forma oportuna.

Una responsabilidad global. Estas tareas deben ser compartidas porque ningún país puede comportarse como una isla en el desarrollo de su fuerza de trabajo. Los flujos transnacionales laborales, de conocimiento, y de financiamiento implican que estrategias nacionales exitosas dependan de un apoyo internacional apropiado. Algunos de estos flujos pueden dejar consecuencias negativas en salud; por ejemplo, "la fuga de cerebros" de los países emisores. Sin embargo, con frenos apropiados estos flujos pueden tener un gran potencial -haciendo predominantes las mejores prácticas y apelando a los mejores ejemplos de cooperación externa.

Un aspecto muy importante es un mejor manejo de los flujos transnacionales de profesionales médicos especializados. La migración de médicos y enfermeras se parece a un carrusel con múltiples posibilidades de entradas y salidas pero generalmente orientándose de regiones de bajos ingresos a las de altos ingresos.¹² Estos flujos migratorios pueden producir beneficios pero al mismo tiempo generar muchos daños. Debido a que un bloqueo del movimiento de personas es una violación a los derechos humanos y es frecuentemente imposible de imponer, un manejo global de la migración médica debería buscar proteger tanto a la salud como a los derechos humanos -amortiguando las fuerzas de impulso para retener el talento localmente y reduciendo las fuerzas de atracción, y buscando en lo posible la auto suficiencia educativa.¹³ Las oportunidades globales deben ser ampliadas masivamente incrementando las inversiones educativas en los países que son la fuente de la emigración profesional y en la aceleración de "flujos revertidos" apropiados de trabajadores de salud desde las naciones mejor dotadas a los países deficitarios.¹⁴

El enorme potencial que significaría frenar el flujo transnacional de conocimiento y fuerza laboral sigue siendo un asunto pendiente. La difusión del conocimiento explica muchos de los avances espectaculares en salud en el siglo pasado. Sin embargo, los datos sobre la fuerza laboral sanitaria e investigación sobre este tema siguen siendo insuficientes. Las estrategias deben enfocarse en establecer puentes entre el conocimiento y la acción,

12. Vease S. Alkire y L. Chen 2004, *ibid*, así como D. Ncayiyana, 1999. "Doctor migration is a universal phenomenon". *South African Medical Journal* 89 (11): 1107.

13. D. Dovlo. 2003. "Background Paper for Consultative Workshop on HRH in East Central and Southern Africa, 21-25 de julio de 2003, Arusha, Tanzania".

14. G. Mutume. 2003. "Reversing Africa's brain drain". *Africa Recovery* 17 (2): 1-9.

en promover el acceso de la información y en fortalecer una amplia base de conocimientos. De especial importancia es inculcar una cultura de la investigación y promover la difusión de la innovación en las mismas.

Después de una década de estancamiento, la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD), otro flujo transnacional de gran potencial, esta experimentando un cambio. Estimamos que para el año 2002 la AOD alcanzó un total de 57 miles de millones de dólares americanos, de los cuales 13 por ciento fueron dirigidos a salud (y hoy en día esta cifra se aproxima a los 10 miles de millones de dólares americanos). La mayoría de los nuevos recursos están dirigidos al VIH/SIDA en el África Subsahariana. Asimismo, alrededor de entre 30 y 50 por ciento, o cerca de cuatro miles de millones de dólares americanos de la asistencia para el desarrollo en salud, están dedicados a recursos humanos como salarios, beneficios, entrenamiento, educación, asistencia técnica y desarrollo de capacidades.

Los actuales patrones de gastos en recursos humanos son fragmentados e inefectivos. Para invertir de una manera más estratégica, debe mejorarse drásticamente la coherencia entre las prioridades de los donantes y las políticas que se implementan, cambiando las actitudes tradicionalmente negativas sobre el comportamiento y el significado de los trabajadores de salud para pasar a considerarlos como una inversión decisiva. Para ello se requiere armonizar las categorías de los trabajadores sanitarios pertenecientes a programas que a veces entran en competencia. Asimismo, se deberá establecer políticas fiscales que apoyen el mejoramiento de la fuerza laboral. Para países con una emergencia de salud, ciertas agencias financieras internacionales deben permitir elevar el gasto público con el fin de que un mayor aporte de otros donantes permita movilizaciones masivas de trabajadores de salud cuando sea necesario. (Gráfico "Década de los Recursos Humanos para la Salud").

DÉCADA DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD



Poniendo a los trabajadores primero

Llamamos a una acción inmediata para impulsar decisivamente el poder de los trabajadores de salud por una salud global equitativa y el desarrollo. El imperativo para la acción surge de la urgencia de la crisis de salud, de las oportunidades únicas que se presentan hoy en día, y de las posibilidades que ofrece el conocimiento existente, si es aplicado correctamente y con energía, para salvar muchas vidas. No existe duda alguna sobre el costo de la inacción: un fracaso en la consecución de los ODM, el surgimiento de epidemias sin control y las pérdidas innecesarias de muchas vidas. Lo que está en juego es nada menos que el destino de la salud global y del desarrollo durante el siglo veintiuno.

La urgencia de la situación demanda una respuesta excepcional por parte de la comunidad global. La solución debe basarse centralmente en los países y debe ser dirigida desde los países. Toda iniciativa global que quiera ser efectiva tiene que ser implementada, planeada y apropiada en contextos nacionales específicos. Esa respuesta debe ser además multinacional. Las aproximaciones técnicas por sí solas no van a resolver los problemas, requiriéndose especialmente un financiamiento adecua-

do, un liderazgo sólido y el compromiso político nacional y local. Asimismo, la respuesta debe ser inclusiva, comprometiendo a todos los actores, grupos e instituciones interesadas, incluyendo a aquellos que no pertenecen al sector salud y a los organismos no gubernamentales. En los países más pobres, la solución debe incluir también conductas apropiadas por parte de la comunidad internacional, debido a que los recursos externos siempre son necesitados para complementar los recursos locales.

Seguir haciendo más de lo mismo no va a funcionar. La credibilidad misma de las instituciones de salud nacionales, regionales y globales esta en riesgo. Las emergencias de salud, los sistemas de salud colapsando, y las crisis de los recursos humanos en salud, no pueden ser restringidas ni contenidos en los países más pobres. Estos son, en última instancia, problemas globales comunes. Fortalecer la fuerza laboral en salud es un reto que requiere de soluciones desarrolladas en conjunto, es decir constituye una responsabilidad de todos. La clave para impulsar un futuro común en salud en común es integrar la acción de todos los actores responsables tanto para combatir las crisis como para construir sistemas sustentables.

Para guiar estas actividades debe establecerse la "Década de los Recursos Humanos para la Salud" (2006-2015) e implementarla a través de alianzas centradas en la acción. Contribuir a que la fuerza laboral responda a las necesidades nacionales de salud va a requerir esfuerzos sostenidos en el tiempo, no puede ser una moda pasajera. El plazo propuesto coincide con los 10 años que quedan para alcanzar los ODM. Las agencias, las instituciones educativas, las asociaciones profesionales, los organismos no gubernamentales, y las iniciativas privadas deben orientarse por una agenda que priorice tres aspectos (Grafico "Década de los Recursos Humanos para la Salud"). Primero, el fortalecimiento de sistemas de salud sustentables en todos los países. En segundo lugar, la movilización para combatir las emergencias de salud en las naciones en crisis. Finalmente, la construcción de una base de conocimientos para todos.

El fortalecimiento de sistemas de salud sustentables

Todos los países, pobres o ricos, deberían tener un plan nacional sobre los trabajadores de salud, adaptado a su situación y adecuado a la solución de sus necesidades de salud. Estos planes deben asegurar el acceso de cada familia a un trabajador de salud motivado, apoyado y con las habilidades requeridas. Donde sea posible, ese trabajador debería ser reclutado en, responsable ante y apoyado por la comunidad. Nuestras recomendaciones más específicas son:

- Todos los países deben desarrollar un plan estratégico nacional de mejoramiento y desarrollo de la fuerza laboral sanitaria para guiar y mejorar las inversiones en recursos humanos como el componente central del fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.
- Los líderes académicos de las instituciones educativas así como los líderes de salud en los ministerios deben iniciar diálogos para desarrollar una fuerza de trabajo de salud apropiada y efectiva, para contribuir a formar núcleos articulados de trabajadores para enfrentar las necesidades prioritarias de salud.
- Todos los países deben examinar e incrementar sus inversiones para tener una educación apropiada. Asimismo, deben aumentar la producción y retención de sus recursos humanos.
- Se deben elaborar normas, e incluso legislación apropiada, internacionales que reconozca el carácter "excepcional" que tiene la migración médica, velando, al mismo tiempo, por los derechos humanos que protegen la libre circulación de las personas, y también por la salud de las poblaciones más vulnerables. Apoyamos la acción nacional tanto en los países emisores como en los receptores, pero no la "compensación" internacional debido a su poca viabilidad. En cambio, urgimos el lanzamiento de un fondo global de reinversión edu-

cativa en los países del sur. Asimismo, es imprescindible promover los "flujos revertidos" de las diásporas, incluyendo a los voluntarios, así como los intercambios de trabajadores, cuando sean apropiados.

- Los responsables de las políticas financieras y de salud deben trabajar juntos para asegurar un ambiente financiero que facilite el mejoramiento y el desarrollo de la fuerza laboral en salud. Los donantes deben armonizar sus aportes para utilizar por lo menos 10 por ciento, o sea 400 millones de dólares americanos, de los 40 miles de millones de dólares gastados en recursos humanos para fortalecer las capacidades de manejar estos recursos en los propios países. De los 400 millones, el 10 por ciento o sea 40 millones, deberían destinarse al fortalecimiento tanto técnico como de la política de cooperación relacionada con los recursos humanos, a nivel regional y global.

Movilizándose para combatir las emergencias de salud

Es urgente que en las naciones severamente afectadas por el VIH/SIDA, especialmente aquellos del África Subsahariana, se realicen movilizaciones populares para revertir la crisis de supervivencia humana. Los países en crisis deben evaluar en que medida su fuerza laboral es adecuada, y movilizar el apoyo necesario para delegar funciones esenciales de salud a trabajadores comunitarios bien entrenados. El apoyo de los donantes, los organismos regionales, y las organizaciones globales es fundamental para una efectiva implementación de estas acciones. Al respecto nuestras recomendaciones específicas aparecen en los siguientes párrafos.

En primer lugar, necesitamos urgentemente desarrollar las estrategias necesarias para movilizar, retener y capacitar a trabajadores de salud tanto para combatir el VIH/SIDA como para enfrentar otros problemas prioritarios. Ello debe ser parte de un esfuerzo amplio para construir sistemas de atención primaria de

salud. La situación exige que los países del África Subsahariana tengan que casi triplicar el número de sus trabajadores de salud. Ello significa añadir el equivalente a un millón de trabajadores. Los nuevos agentes sanitarios deben actuar en ambientes de trabajo estimulantes que los alienten y les permitan ser productivos. En segundo lugar, debemos atraer la experticia nacional, regional y global a través de redes "virtuales" o "operativas" que permitan diseminar las mejores prácticas y ofrecer apoyo técnico efectivo a acciones basadas y dirigidas desde los países. Finalmente debemos formular una política y un ambiente financiero para establecer políticas macroeconómicas que apoyen estos cambios, generando fondos sustantivos y coherentes para enfrentar el VIH/SIDA y otros problemas prioritarios. Estas políticas deben ser consistentes con los planes nacionales de recursos humanos en salud. Los programas de control de enfermedades deben alcanzar sus objetivos prioritarios a la vez que fortalecen, y no contribuyen a fragmentar, una fuerza laboral sustentable.

Construyendo la base de conocimiento

Una acción efectiva, que es urgente y debe ser sostenida, requiere de información sólida, análisis confiables y una firme base de conocimientos. Sin embargo, los datos estadísticos y las investigaciones en recursos humanos en salud están subdesarrollados, especialmente en los países de menor densidad y de mayor mortalidad infantil.

Deben iniciarse procesos de aprendizaje nacionales y globales para rápidamente construir una base de conocimientos; esencial para guiar, acelerar y mejorar la acción en este campo. Se debe difundir intensivamente una cultura científica basada en un mayor conocimiento sobre el tema de los recursos humanos. Sobre esto nuestras recomendaciones específicas aparecen a continuación.

Primero, todos los países deben fortalecer sus datos nacionales, bases de información, así como el análisis e investigación

sobre recursos humanos en salud. Se debe conocer cuántos son todos los actores sociales y cuáles son sus atributos sociales. Al mismo tiempo se debe conocer sus funciones de trabajo. Toda esta información servirá para mejorar el planeamiento, las políticas, y los programas de salud.

Segundo, se deben aumentar rápidamente la investigación sobre las normas que rigen la fuerza laboral, los estándares y las mejores prácticas de las mismas. Debemos diseminar los resultados de nuevos, y mejores estudios para elevar la efectividad de la fuerza laboral.

En tercer lugar, los donantes, tanto nacionales como internacionales, deben incrementar y mejorar de una manera significativa sus inversiones dirigidas a la obtención de información y conocimiento sobre recursos humanos. Es importante considerar que además de fortalecer las acciones nacionales, estas inversiones pueden proporcionar un bien público de interés y valor global.

Una agenda inconclusa: acción y aprendizaje

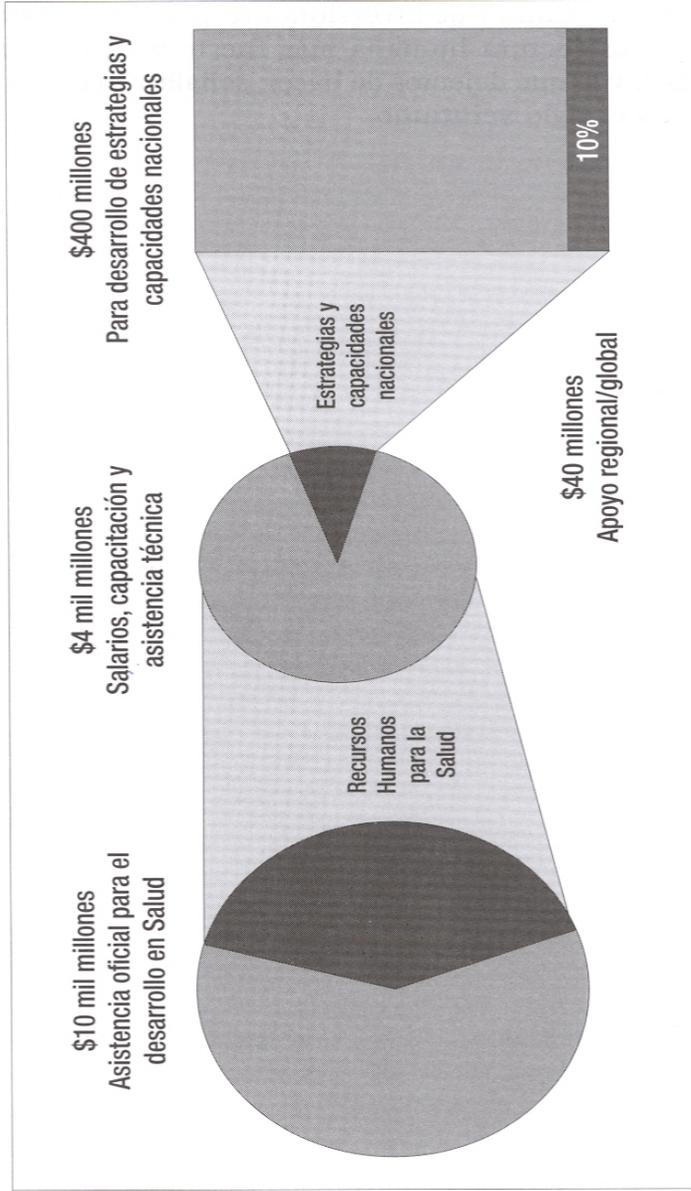
Implementar esta agenda de trabajo requiere de acciones inmediatas y respaldadas por diversos procesos de aprendizaje. Debemos iniciar un circuito virtuoso de acción, aprendizaje, ajuste y crecimiento, aun cuando no tengamos ahora todas las respuestas ya que debemos actuar con lo que sabemos debido a que la situación es urgente. Teniendo en cuenta que las acciones claves corresponden a los gobiernos nacionales, llamamos a los líderes nacionales a implementar estas recomendaciones. Asimismo, hacemos un llamado a las agencias internacionales, especialmente a la Organización Mundial de la Salud, al Banco Mundial y también a la UNDP, UNESCO, al Fondo Global contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, a la Alianza Global de Vacunas e Inmunizaciones (GAVI), al Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para asistir el SIDA y a otros, a apoyar acciones nacionales coherentes. Podemos fortalecer

sistemáticamente estas alianzas para la acción, mediante una planificación realizada en colaboración y de una retroalimentación regular. De esta manera, los actores internacionales podrán jugar un rol más efectivo en el desarrollo de los recursos humanos por la salud tanto en el nivel nacional como en el comunitario.

Nuestra propuesta también incluye además establecer un organismo no gubernamental por cinco años denominado: "Iniciativa de Acción y Aprendizaje". Este organismo servirá para impulsar las recomendaciones de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto y realizar abogacía, promoción del aprendizaje compartido y monitoreo de los progresos alcanzados. Operando a través de redes con nodos en la mayoría de las regiones del mundo, esta iniciativa de acción-aprendizaje estará "al pie del cañón" para mantener la llama viva en todos los grupos que tienen una responsabilidad en este campo.

La ventaja de una alianza para la acción es que las actividades más críticas pueden ser realizadas por las organizaciones existentes, sin crear un programa oficial o una alianza global adicional que además de burocrático puede resultar demasiado caro. Sin embargo, el éxito depende, en cuanto las instituciones existentes estén dispuestas a mejorar significativamente sus capacidades y rendimiento. Las agencias oficiales requieren urgentemente asumir roles de liderazgo en las áreas en que son fuertes, mientras que las instituciones académicas no ligadas al gobierno, las asociaciones profesionales y las organizaciones sociales deben ser estimuladas a unirse a este trabajo, tanto directamente como ayudados por la Iniciativa de Acción y Aprendizaje. Es imposible subestimar la importancia que tiene la respuesta afirmativa a este llamado de acción. Lo que esta en juego es nada más ni nada menos que la "agenda inconclusa" del siglo pasado y el enfrentamiento con los retos sin precedentes en salud de este nuevo siglo. Millones de personas en todo el mundo están atrapados en una espiral viciosa de enfermedad y muerte. Para muchos de ellos no hay mañana sin acción efectiva ahora. Mucho puede alcanzarse a través de una rápida movilización de la fuerza

ASISTENCIA OFICIAL PARA EL DESARROLLO
EN RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD



de trabajo en salud y de inversiones responsables para construir una infraestructura humana más fuerte y sustentable. La que hagamos, y lo que dejemos de hacer, señalará el curso de la salud global en el siglo veintiuno.

AGRADECIMIENTOS

UN ASISTENTE PUNTUAL y diligente que hizo posible este estudio fue Julio Nuñez Espinoza, estudiante graduado de historia de la Pontificia Universidad Católica del Perú, quien ayudó a depurar los artículos y a recopilar la información para la investigación que aparece en el capítulo de Víctor Zamora Mesía. A él queremos darle muchísimas gracias. Asimismo Víctor Zamora debe agradecer a Patricia Mostajo y al Proyecto Iniciativa de Políticas en Salud de USAID que hicieron posible el estudio que resultó en su capítulo. También queremos agradecer a Ellenore Hibon, estudiante de historia de la Pontificia Universidad Católica, quien tradujo varios de los capítulos que aparecen en este libro.

Marcos Cueto debe mencionar su agradecimiento al Programa de la Fulbright titulado *New Century Scholar "Challenges of Health in a Borderless World"*, que a lo largo del año 2001 hizo posible la investigación para el capítulo sobre los orígenes de la Atención Primaria de Salud (una descripción del programa aparece en <http://www.cies.org/NCS/>). Este Programa no hubiera sido posible sin el liderazgo de Iлона Kickbusch, una académica alemana que ha trabajado notablemente en temas relacionados a la Promoción de la Salud y de la Salud Global, y sin la valiosa asistencia de Micaela Iovine y Patti McGill Petterson del Council for the International Exchange of Scholars, así como de Herman Hamman de la Comisión Fulbright en el Perú. Gracias a este programa Marcos Cueto pudo no sólo realizar sus investigaciones sino que participó en productivas reuniones de discusión con 30 expertos en salud global de diferentes países. Al final

estos expertos elaboraron una "Declaración" sobre lo que es la salud global, que aparece en la sección de Documentos de este libro, y cuya traducción del inglés al español se hizo gracias a la ayuda de Nelly Salgado de Snyder, profesora del Instituto de Salud Pública de Cuernavaca, México y de Marcos Cueto.

Asimismo, Marcos Cueto quiere agradecer al Programa consultivo *joint Learning Initiative* denominado "*Human Resources for Health and Development*", auspiciado por la Fundación Rockefeller, entre otras agencias, que durante el año 2004 trató el importante tema de los retos que significa la globalización para los trabajadores de Salud. Este programa también permitió la investigación para el trabajo que Marcos Cueto elaboró junto con Theodore Brown, del Departamento de Historia de la Universidad de Rochester, y Elizabeth Fee de la Sección de Historia de la Medicina, del National Library of Medicine, ubicada en Bethesda, Estados Unidos. De este programa queremos agradecer al coordinador general Lincoln Chen de la Universidad de Harvard, Estados Unidos, a Ariel Pablos-Mendez y Tim Evans, entonces funcionarios de la Fundación Rockefeller y que ahora están trabajando en la sede central de la Organización Mundial de la Salud de Ginebra. Este programa concluyó en un informe en inglés y un resumen ejecutivo que fue traducido al español (este último también aparece en la sección de Documentos de este libro).

Una mención especial también debe ser hecha para los editores del *American Journal of Public Health*, especialmente a Ellen Meyer, que permitieron incluir en este libro una versión en español, generalmente ampliada y adaptada para los lectores de habla castellana, de los siguientes artículos: Marcos Cueto, "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care" *American Journal of Public Health* 94: 11 (2004): 1864-1874; Theodore M. Brown, Marcos Cueto y Elizabeth Fee, "The World Health Organization and the transition from 'international' to 'global' public health", *American Journal of Public Health* 96:1(2006):62-72 y Jennifer P. Ruger, "The changing role

of the World Bank in global health", *American Journal of Public Health* 95:1 (2005):60-70. Asimismo, debo agradecer a Jennifer P. Ruger, profesora de la Universidad de Yale y exfuncionaria de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial, por autorizar a que su valioso trabajo aparezca en castellano. Víctor Zamora Mesía debe agradecer el permiso para publicar una versión extendida del artículo que apareciera como "Enfermedades emergentes como un reto para la salud pública en el Perú", en los *Anales de la Facultad de Medicina* 59: 4 (1998) de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Asimismo los editores quieren dar gracias a Victor Cuba Ore, Decano de la Facultad de Salud Pública y Administración por las facilidades prestadas para hacer posible esta publicación. Gracias especiales a Patricia Garda Funegra, profesora principal del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y directora del Proyecto Salud Global (*Global Health Demonstration Program in Peru*) auspiciado por el Fogarty International Center de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, que hicieron posible la impresión de este libro, como parte de las actividades que realizan promoviendo el desarrollo de docencia e investigación en Salud Global. Gracias a Ken Rose del Rockefeller Archive Center que nos autorizo a utilizar la foto de la carátula. Gracias también a Martin Tanaka, director del Instituto de Estudios Peruanos, IEP, que tiene una amplia y sólida trayectoria en la edición de libros académicos en el país y en Latinoamérica. En el IEP queremos agradecer además la valiosa asistencia de Victor Vich, su director de publicaciones, a Mercedes Diones que hizo posible la composición del texto y a Rossy Castro.

SOBRE LOS AUTORES

MARCOS CUETO obtuvo un doctorado en historia en la Universidad de Columbia en los Estados Unidos. Es autor de varios libros entre los que destacan: *El regreso de Las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX* (Lima, 1997) y *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud* (Washington, 2004). Es investigador del IEP y profesor principal del Departamento de Salud y Ciencias Sociales de la Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca" de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

VÍCTOR ZAMORA MESÍA es médico, con una maestría en Gerencia, Planificación y Políticas de Salud y ha sido funcionario del Ministerio de Salud del Perú, Asesor de Sectores Sociales del Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional- DFID y actualmente es representante auxiliar del Fondo de Población de Naciones Unidas en el Perú. Es, además, profesor auxiliar del Departamento de Salud y Ciencias Sociales de la Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca" de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

THEODORE BRROWN es historiador de la medicina y jefe del Departamento de Historia de la Universidad de Rochester en Estados Unidos. Es autor de numerosos trabajos que incluyen [coeditado con Elizabeth Fee] *Making Medical History: The Life and Times of Henry E. Sigerist* (1997).

ELIZABETH FEE es historiadora de la medicina y jefa de la Sección de Historia de la Medicina del National Library of Medicine, la más importante biblioteca médica de los Estados Unidos, ubicada en Bethesda. Es autora de numerosos trabajos y editora junto con Dorothy Porter] de *Public*

health, preventive medicine, and professionalization: Britain and the United States in the nineteenth century, 1990.

JENNIFER P. RUGER es profesora de la Universidad de Yale y codirectora del Centro Colaborador Health Promotion, Policy and Research que funciona en esa Universidad. Ha sido funcionaria del Banco Mundial y es autora de valiosos artículos sobre la salud internacional y global.

Bibliografía

Archivos y Bibliotecas

Geneva, Switzerland

WORLD HEALTH ORGANIZATION ARCHIVES (WHO ARCHIVES)
WORLD HEALTH ORGANIZATION LIBRARY (WHOL)

Nueva York, USA

UNICEF ARCHIVES
UNICEF LIBRARY

Pittsburgh, USA

UNIVERSITY OF PITTSBURGH ARCHIVES

Sleepy Hollow, NY, USA

ROCKEFELLER ARCHIVE CENTER (RAC)
ROCKEFELLER FOUNDATION ARCHIVES (RAP)
BEILAGIO POPULATION AND HEALTH PAPERS

Periódico

THE NEW YORK TIMES 1988, 1992

Artículos y Libros

ABBASI, K.

1999 "The World Bank and World Health: Interview with Richard Feachem". *British Medical Journal* 318: 1206-1208.

1999 "The World Bank and World Health: Under Fire". *British Medical Journal* 318: 1003-1006.

ABRAMOVITZ, M.

1956 *Resource and Output Trends in the United States Since 1870*, Occasional Paper 52. Nueva York: National Bureau of Economic Research.

ABRASCO

1984 (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO.

AINSWORTH, M. Y M. OVER

1997 Development Research Group. World Bank. "Confronting AIDS: Government Priorities for prevention and coping". V PanAmerican Conference on AIDS, dic. 3-6. Lima.

ANAND, S. Y K. HANSON

1998 "DALYs. Efficiency Versus Equity". *World Development* 2: 307-310.

ANAND, S. y Till BAERNIGHAUSEN

2004 "Human Resources and Health Outcomes: cross-country econometric study". *Lancet* 364: 1603-1609.

ARCE, Melitón

1985 "Comentarios". En: *Políticas de salud en el Perú: medidas de urgencia*, editado por Laura Morales la Torre, p. 21. Lima: Fundación Friedrich Ebert.

ARNOLD, David (ed.)

1996 Warm climates and Western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900. Amsterdam: Rodopi.

ARROYO LAGUNA, Juan

2000 Salud, la reforma silenciosa: políticas sociales y de salud en el Perú de Los 90. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

AYKROYD, W R.

1968 "International health-a retrospective memoir". Perspectives in Biology and Medicine 11: 273-285.

BANCO MUNDIAL

1953 The Economic Development of Nicaragua. Baltimore, MD: Imprenta de la Universidad Johns Hopkins.

1980 World Development Report, 1980. Nueva York: Imprenta de la Universidad de Oxford.

1984 World Development Report, 1984: Population and Development. Nueva York: Oxford University Press.

1990 Adjustment Lending: Policies for Sustainable Growth. Washington DC.: Banco Mundial.

1993 World Development Report, 1993: Investing in Health. Nueva York: Oxford University Press.

2001 World Development Report, 2000-2001: Attacking Poverty. Nueva York: Oxford University Press.2004

Comprehensive Development Framework. <http://wehworldbank.org/WBSITE/EXTERN AL/PROJECTS/STRATEGIES/CDF/0,,pagePK:6044 7~theSitePK: 140576.00.html>

2004 "Pages from World Bank History: Excerpts from the 1973 Annual Report". <http://web.worldbank.org/WBSITE/eXTERNALIEXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O,, content MDK:20108747~pagePK:36726 ~ piPK:36092 ~theSitePKj29506,00. html>

- 2004 "Pages from World Bank History: The Fight Against Riverblindness".
[http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O/contentMDK; 20098846~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK: 29506,00. html](http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O/contentMDK;20098846~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00.html)
- 2004 "Pages from World Bank History-Bank Pays Tribute to Robert McNamara".
[http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTLJS/EXTARCHIVES /O,.,content MDK;20100171~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK: 29506,00html](http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTLJS/EXTARCHIVES/O,.,contentMDK;20100171~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00.html)
- 2004 "Pages from World Bank History-Bank's 57th Birthday Retrospective".
[http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O"content MDK:20116771~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK: 29506,00.html](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O/contentMDK:20116771~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00.html)
- 2004 "Ten Things You Never Knew About the World Bank":
<http://www.worldbank.org/tenthings/index.html>
- 2004 "What is the World Bank?" [http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/O" contentMDK; 20040558~menuPK;34559 ~pagePK;34542~piPK: 36600 ~the-SitePK;29708,00.html](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/O/contentMDK;20040558~menuPK:34559~pagePK:34542~piPK:36600~theSitePK:29708,00.html)
- 2004 "World Bank Group Historical Chronology 1944-1949". [http://web.worldbank.org/WBSTE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES /O,.,contentMDK;20035657~menuPK;56307~pagePK;36726~piPK:36092~the-itePK; 29506,00.html](http://web.worldbank.org/WBSTE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O,.,contentMDK;20035657~menuPK;56307~pagePK;36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00.html)
- 2004 "World Bank Group Historical Chronology 1970-1979".[http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O" coment MDK; 20035661~menuPK:56317~pagePK:36726~piPK: 36092~theSitePK:29506,00A.html](http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/O/contentMDK;20035661~menuPK:56317~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00A.html)

2004 "World Bank Group Historical Chronology 1980-1989". <http://web.worldbank.org/AVBSITE/EXTERNAL/EXTABOLTLJS/EXTARCHIVES/O,,contentMDK;20035663>"menuPK:56318~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK: 29506,00 .html

BANTA, James E.

2001 "From International to Global Health". *Journal of Community Health* 26: 73-76.

BARRETO, M. L.

2004 "The Globalization of Epidemiology: Critical Thoughts from Latin America": *International Journal of Epidemiology* 33:5: 1132-1137.

BASCH, Paul F.

1991 "A Historical Perspective on International Health". *Infectious Diseases Clinics of North America* 5:2: 183-196.

BEILAMY, C., P. ADAMSON, S. B. TACON, K. GAUTUM, R. JOLLY, N.NYI, M. RACEILIS, R. REID Y J. ROHE

2001 *Jim Grant: UNICEF Visionary*. Florencia: UNICEF Innocenti Research Ctr.

BHAGWATI, Jagdish N. (ed.)

1977 *The New International Economic Order: The North South Debate*. Cambridge, Mass: MIT Press.

BIRN, Anne Emanuelle

1996 "Eradication, Control or Neither? Hookworm Versus Malaria Strategies and Rockefeller Public Health in México". *Parassitologia* 40: 137-147.

2005 "Gates's Grandest Challenge: Transcending Technology as Public Health Ideology": *Lancet* 366:9484: 514-519.

BIRSDALL, Nancy

2006 *A Stormy Day on an Open Field: Asymmetry and Convergence in the Global Economy*. <http://www.rba.gov.au/PublicationsandResearch/Conferences/2002/Birdsall.pdf>

BLACK, Maggie

1996 *Children First: The Story of UNICEF, Past and Present*. Oxford: Oxford University Press.

1986 *The Children and the Nations: The Story of UNICEF*. Nueva York: UNICEF.

BOARD ON INTERNATIONAL HEALTH, INSTITUTE OF MEDICINE

1997 *America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests*. Washington, DC.: National Academy Press.

BOURDREAU, Frank G.

1929 "International Health". *American Journal of Public Health and the Nation's Health* 19: 863- 878.

1944 "International Health Work". En: Favis, Harriet Eager, ed. *Pioneers in World Order: An American Appraisal of the League of Nations*. Nueva York: Columbia University Press; 193-207.

BRACHMAN, Philip S. *etal.*

2001 *Perspectives on the Department of Defense Global Emerging Infections Surveillance and Response System*. Washington DC.: National Academy Press.

BRANDT, Willie

1980 *North-South: A Program for Survival*. Cambridge: MIT Press.

BREILH, J.

1979 "Community Medicine under Imperialism: A New Medical Police". *International Journal of Health Services* 9: 1: 5-24.

BROWN, P.

1997 "The WHOS Strikes Mid-Life Crisis". *New Scientist* 153:12.

BRYANT, J. H.

1969 *Health and the Developing World*. Ithaca: Cornell University Press.
Mejoramiento mundial de la salud pública. México: Editorial Pax-México.

BUNYAVANICH, Supinda y Ruth B. WALKUP

2001 "US Public Health Leaders Shift toward a New Paradigm of Global Health".
American Journal of Public Health 91: 1556-1558.

BUSS, Paulo Marchioiri

2002 "Globalization and Disease: In An Unequal World, Unequal Health!"
Cadernos de Saúde Pública 18:6: 1783-1788.

CALDERWOOD, Howard B.

1963 "The World Health Organization and its Regional Organizations". *Temple Law Quarterly* 37:1: 15-27.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

1994 *Addressing Emerging Infectious Disease Threats: A Prevention Strategy for the United States*. Atlanta: US. Dept. of Health and Human Services.

1998 *Preventing Emerging Infectious Diseases: A Strategy for the 21st Century*. Atlanta: CDC.

CHEN, Lincoln, Jennifer LEANING y Vasant NARASIMHAN (eds.)

2003 *Global Health Challenges for Human Security*. Cambridge: Harvard University Press.

CHENERY, H. B.

1955 "The Role of Industrialization in Development Programs". *American Economic Review* 45: 40.

COHEN, J.

2006 "Global Health. The New World of Global Health". *Science* 311:5758: 162-167.

218/ MARCOS CUETO Y VÍCTOR ZAMORA (EDITORES)

COLE, G. D. H.

1952 *Introduction to Economic History, 1750-1950*. Londres: Macmillan.

COMISION NACIONAL DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

1981 *Atención Primaria de Salud en el Peru*. Lima: Ministerio de Salud.

COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTHII

2001 *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*.
Ginebra: OMS.

COOPER, F. y R. PACKARD (eds.)

1997 *International Development and the Social Science, Essays in the History and
Politics of Knowledge*. Berkeley: California University Press.

CORNIA, G., R. JOLLY y F. STEWART (eds.)

1987 *Adjustment with Human Face*. Oxford: Clarendon Press.

"CORRESPONDENCE"

1980 *New England Journal of Medicine* 302:13: 757-759.

CUETO, Marcos

2004 *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*.
Washington, DC.: OPS.

2004 "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care".
American Journal of Public Health 94: 1864-1874.

CUETO, Marcos (ed.)

1994 *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation and Latin America*.
Bloomington: Indiana University Press.

CUNNINGHAM, Andrew y Birdie ANDREWS (eds.)

1997 *Western Medicine as Contested Knowledge*. Manchester: Manchester University Press.

CURRIE, L.

1981 *The Role of Economic Advisors in Developing Countries*. Seattle, WA: Greenwood Press.

DEATON, Angus

2004 *Health in an Age of Globalization*. Washington DC.: The Brookings Institute.

DECLARATION OF ALMA-ATA

1978 *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 septiembre*. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

DEUTSCH, Albert

1958 *The World Health Organization: Its Global Battle Against Disease*. Nueva York: Public Affairs Committee.

DIAMOND, Jared

2001 *Guns, Germs and Steel: The Fates of Human Societies*. Nueva York: W.W. Norton.

DJUKANOVIC, V. y E. P. MACH (eds.)

1975 *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries, a Joint Unicef/WHO study*. Ginebra: OMS

1976 *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo: estudio conjunto UNICEF/ OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

DODGSON, R., K. LEE Y N. DRAGER

2006 *Global Health Governance. A conceptual Review*. Geneva: World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine.

220/ MARCOS CUETO Y VÍCTOR ZAMORA (EDITORES)

DOLLAR, D. y P. COLLIER

2002 *Globalization, Growth, and Poverty: Building an Inclusive World Economy*. Washington DC.: The World Bank.

DONALDSON, Peter J.

1990 "On the Origins of the United States Government's International Population Policy". *Population Studies* 44:3: 385-399.

DROTMAN, D. P.

1998 "Emerging Infectious Diseases: a Brief Biographical Heritage". *Emerging Infectious Diseases*, 4:3: 372-373.

DUBIN, Martin David

1995 "The League of Nations Health Organisation". En: Weindling, Paul (ed.). *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press: 56-80.

EDITORIAL

1993 "World Bank's Cure for Donor Fatigue". *The Lancet* 342 (10 de julio): 63-64.

ENKE, S.

1963 *Economics for development*. Londres: Dennis Dobson.

EVANS, J. y K. HALL WARFORD

1981 "Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice". *New England Journal of Medicine* 305:19: 1117.

FARLEY, John

2003 *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford: Oxford University Press.

FENNER, Frank, Donald A. HENDERSON, Issao ARITA, Zdeněk JEZEK, Ivan DALINOVICH LADNYI

1988 *Smallpox and its Eradication*. Geneva: OMS.

FOEGE, William H.

1998 "Commentary: Smallpox eradication in West and Central Africa revisited".
Bulletin of the World Health Organization 76: 233-235.

FRENK, Julio

1990 "First Contact, Simplified Technology or Risk Anticipation? Defining Primary
Health Care". Academic Medicine 65: 676-679.

FRENK, Julio y Óscar GOMEZ-DANTES

2002 "Globalization and the Challenges to Health Systems". Health Affairs 21:3:
160-165.

GARRETI, Laurie

1994 The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World out of Balance.
Nueva York: Farrar, Straus and Giroux.

GEILERT, G.A.

1990 "Global Health Interdependence and the International Physicians' Movement".
Journal of the American Medical Association 264: 610-613.

GIDDENS, A.

1999 Runaway World: How Globalization is Reshaping Our Lives. Nueva York:
Routledge.

GISH, O.

1982 "Selective Primary Care: Old Wine in New Bottles". Social Science and
Medicine 16: 1049-1054.

GLYNN, Ian y Jennifer GLYNN

2004 The Life and Death of Smallpox. Nueva York: Cambridge University Press.

GODLEE,

Fiona

1994 "WHO in Retreat; is it Losing its Influence?" *British Medical Journal* 309: 1491-1495.

1995 "WHO's Special Programmes: Undermining from Above?" *British Medical Journal* 310: 178-82.

GOODFIELD, J.

1991 *A Chance to Live*. Nueva York: McMillan International.

GOODMAN, Neville M.

1946 "The World Health Organization and its Interim Commission". *The Lancet* (7 septiembre): 358-359.

1952 *International Health Organizations and their work*. Philadelphia: The Blakiston Company.

GOUVEIA, Nelson, Renato ROCHA LIEBER y Lia Giraldo DA SILVA AUGUSTO

2004 "Os verdadeiros desafios da saude global". *Cadernos de Saúde Pública* 20:4: 1125-1126.

HAINES, Andrew J.

1991 "Global Warming and Health". *British Medical Journal* 302: 669-670.

HAINES, Andrew J., Paul R. EPSTEIN y Anthony J. MCMICHAEL

1993 "Global Health Watch: Monitoring Impacts of Environmental change". *The Lancet* 342 (11 de diciembre): 1464-1469.

HENDERSON, Donald A.

1998 "Eradication: Lessons from the Past". *Bulletin of the World Health Organization* 76: Supp12: 17-21.

HILL, T., R. KIM-FARLEY y J. ROHDE

1993 "Expanded Programme on Immunization: A Goal Achieved Towards Health for All". En: Rohde, J., M. Chatterjee, D. Morley, eds. *Reaching Health for All*. Delhi: Oxford University Press: 403-422.

HOGWOOD, Brian y Lewis GUNN

1984 *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press.

HOSKINS, L. A.

1981 "The New International Economic Order, A Bibliographic Essay". *Third World Quarterly* 3:3: 506-527.

HOWARD JONES, Norman

1978 *International Public Health Between the Two World Wars: The Organizational Problems*. Geneva: WHO.

IANNI, O.

1996 *A Era do Globalismo*. Río de Janeiro: Civilização Brasileira.

ILLICH, Ivan

1975 *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. Londres: Calder & Boyars.

1997 *Nemesis médica: la expropiación de la salud*. Mexico: Editorial Joaquín Mortiz

INSTITUTE OF MEDICINE

1992 *Emerging Infections: Microbial threats to health in the United States*. Washington DC.: National Academy Press.

1997 *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests*. Washington DC.: National Academy Press.

IRIARTE, Cecilia, Howard WAITZKIN, Jaime BREILH, A. ESTRADA y E. MERRY

2002 "Latin American social medicine: contributions and challenges". *Revista Panamericana de Salud Pública* 12:2: 128-136.

JOHNSTON, B. F. y J. W. MEDOR

1961 "The Role of Agriculture in Economic Development". *American Economic Review* 51:566-93.

224/ MARCOS CUETO Y VÍCTOR ZAMORA (EDITORES)

KAPUR, D., J. P. LEWIS y R. WEBB

1997 The World Bank. Its First Half Century, Volume 1: History. Washington DC.:
Brookings Institution.

KICKBUSCH, Ilona

1998 "Global Public Health: Revisiting Healthy Public Policy at the Global Level".
Health Promotion International 14:4: 285288.

2000 "The Development of International Health PrioritiesAccountability Intact?"
Social Science and Medicine 51: 979989.

KNOWLES, John H. (ed.)

1977 Doing Better and Feeling Worse. Nueva York: WW. Norton and Company,
INC.

KRAUSE, Richard M. (ed.)

1998 Emerging Infections: Biomedical Research Reports. San Diego: Academic
Press.

KUCZYNSKI, Pedro-Pablo y John WILLIAMSON (eds.)

2003 After the Washington Consensus: Restarting Growth and Reform in Latin
America. Washington, DC.: Institute for International Economics.

KUZNETS, S.

1955 "Economic Growth and Income Equality". American Economic Review45: 1-
28.

LABONTE, R., T. SCHRECKER y Sen GUPTA

2005 Health for Some: Death, Disease and Disparity in a Globalization Era.
Toronto: Centre for Social Justice.

LALONDE, Marc

1974 A New Perspective on The Health of Canadians: a Working Document/
Nouvelle Perspective de la Sante des Canadiens, un Document de Travail.
Ottawa: Canada: Department of National Health and Welfare.

LAST, John M.

1993 "Global change: ozone depletion, greenhouse warming, and public health".
Annual Review of Public Health 14: 115-136.

LEDERBERG, J., R. E. SHOPE Y S. C.Jr. OAKS (eds.)

1993 Investing in Health. World Development Report. World Bank Oxford:
Oxford University Press

LEE, Kelley

1999 "Globalization and the need for a strong public health response". European
Journal of Public Health 9: 249-250.

2003 Globalization and Health: an introduction. Nueva York:

2003 Health Impacts of Globalization. Towards Global Governance. London:
Palgrave. Palgrave Macmillan.

LEE, Kelley, Kent BUSE y Suzanne FUSTUKIAN (eds.)

2002 Health Policy in a Globalizing World. Nueva York: Cambridge University
Press.

LEWIS, WA.

1954 "Economic Development with Unlimited Supplies of Labour". Manchester
School of Economic and Social Studies 22: 131-191. Theory of Economic
Growth. Londres: George Alien and Unwin

LITSIOS, Socrates

2002 "The Long and Difficult Road to Alma-Ata: a personal reflection".
International Journal of Health Services 32:4: 709732.

2004 "The Christian Medical Commission and the development of WHO's
Primary Health Care approach". American Journal of Public Health 94:
1884-1893.

MAHLER, H. T.

1975 "Health-a Demystification of Medical Technology". The Lancet (1 de noviembre) 829-833.

1978 "Salud con justicia". Salud mundial (mayo).

1978 World Health is Indivisible, Address to the Thirty-first World Health Assembly. Ginebra: OMS.

1979 What is the health for all?World Health (November): 3-5

1980 Primary Health Care, An Analysis of some constraints, an address delivered to the Special Congregation for the Conferment of an Honorary Degree on Dr. Half an T. Mahler at the University of Lagos. Lagos: University of Lagos Press.

MARTIN, Raymond

2006 "Christians Pioneer International Health Concepts". <http://www.ccih.orgiforum/OOI-03.htm>

MASON, E. S. y R. E. ASHER

1973 The World Dank Since Bretton Woods. Washington DC.: Brookings Institution.

MCCARTHY, Michael

2000 "A conversation with the leaders of The Gates Foundation's Global Health Program: Gordon Perkin And William Foege". Lancet 356 (8julio): 153-155.

MCKEOWN, Thomas

1976 The Modern Rise of Population. Nueva York: Academic Press.

1979 The Role of Medicine. Dream, Mirage or Medicine. Oxford: Blackwell.

McMICHAEL, Anthony J.

1993 "Global environmental change and human population health: a conceptual and scientific challenge for epidemiology". International Journal of Epidemiology 22: 1-8.

1993 Planetary Overload, Global Environmental Change and the Health of the Human Species. Cambridge: Cambridge University Press.

MCMICHAEL, Anthony J. y Andrew HAMES

1997 "Global climate change: the potential effects on health". British Medical Journal 315: 805-809.

McMICHAEL, Anthony J., Andrew J. HAINES, R. SWOF y S. KOVATS

1996 Climate Change and Human Health. Geneva: WHO.

MCMICHAEL, Anthony J. y R. BEAGLEHOLE

2000 "The changing global context of public health". The Lancet, 356: 577-582.

MINISTERIO DE SALUD

1996 Lineamientos de política de salud 1995-2000. Lima: Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

1980 Programa de Extensión de Cobertura. Atención Primaria de Salud con participación comunitaria. Quito: Ministerio de Salud Pública.

MORALES LA TORRE, LAURA (ED.)

1985 Políticas de salud en el Perú: medidas de urgencia. Lima: Fundación Friedrich Ebert.

MORRIS, J.

1963 The road to Huddersfield. Nueva York: Pantheon.

MORSE, Stephen S.

1995 "Factors in the emergence of infectious diseases". Emerging Infection Diseases 1:1: 7-15.

MOSTORINO, Rosa, Angel ROSAS y Victoria GUTIERREZ et al.

2002 "Manifestaciones clínicas y distribución geográfica de los serotipos del dengue en el Perú - Año 2001", Revista peruana de medicina experimental y salud pública, 19:4; pp.171-180.

MULLER, F.

- 1993 "Participation, Poverty and Violence: Health and Survival in Latin America".
En: Rohde, Jon, M. Chatterjee, D. Morley, eds. Reaching Health for All.
Delhi: Oxford University Press: 103-129.

MURASKIN, William

- 1998 The Politics of International Health: The Children's Vaccine Initiative and the
Struggle to Develop Vaccines for the Third World. Albany, NY.: State
University of New York Press.

MUSCAT, R. J.

- 1990 Thailand and the United States: Development, Security, and Foreign Aid.
Nueva York: Columbia University Press.

MUTUME, G.

- 2003 "Reversing Africa's brain drain". Africa Recovery 17:2: 1-9.

NÁJERA, Jose A.

- 1989 "Malaria and the Work of WHO". Bulletin of the World Health Organization
67: 3: 229-243.

NARAYAN, D., R. CHAMBERS, M. K. SHAH y P. PETESCH

- 2000 Voices of the Poor: Crying Out for Change. Nueva York: Oxford University
Press.

NARAYAN, D., R. PATEL, K. SCHAFFT, A. RADEMACHER y S. KOCH-
SCHULTE

- 2000 Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us? Nueva York: Oxford University
Press.

NAVARRO, Vicente

- 1986 Crisis, Health and Medicine. A Social Critique. Londres: Tavistock
Publications.

- 1998 "Neoliberalism, "Globalization", Unemployment, Inequalities, and The
Welfare State". International Journal of Health Services 28:4: 607-682.

1999 "Health and equity in the world in the era of 'globalization'". International Journal of Health Services 29:2: 215-26.

NAVARRO, Vicente, J. SCHMITI y J. ASTUDILLO

2004 "Is Globalization Undermining The Welfare State? The Evolution of the Welfare State in Developed Capitalist Countries During The 1990s": International Journal of Health Services 34:2: 185-227.

NCAYIYANA, D.

1999 "Doctor Migration is a Universal Phenomenon". South African Medical Journal 89: 11: 1107.

NEWELL, Kenneth W

1975 La salud por el pueblo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. "Selective Primary Health Care: the Counter Revolution". Social Science and Medicine 26:9: 903-906.

NOSSAL, G.

2002 "Protecting our Progeny: The Future of Vaccines": Perspectives in Health Magazine 7: 8-13.

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIENE PUBLIQUE

1933 Vingt-Cinq Ans d'Activite de L'Office International D'Hyggune Publique, 1909-1933. Paris: Office International de D'Hygitme Publique.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

1992 Pro Salute, Novi Mundi: Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS.

1997 Salud para Todos en el Siglo Veintiuno. Washington DC.: OPS.

OSAKWE, Chris

- 1972 *The Participation of the Soviet Union in Universal International Organization, a political and Legal Analysis of Soviet Strategies and Aspirations inside ILO, UNESCO and WHO*. Leiden: A. J. Sijthoff.

PACKARD, Randall M.

- 1971 *The Politics of Global Health*, Prepared for the Subcommittee on National Security Policy and Scientific Developments of the Committee on Foreign Affairs, U.S. House of Representatives. Washington: U.S. Government Printing Office

- 1997 "Malaria dreams: post-war visions of health and development in the Third World". *Medical Anthropology* 17: 279-296.

- 1998 "'No other logical choice': global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era". *Parassitologia* 40: 217-229.

PACKARD, Randall M. y Peter J. BROWN

- 1997 "Rethinking health, development and malaria: historicizing a cultural model in international health". *Medical Anthropology* 17: 181-194.

PANG, T. y E. GUINDON

- 2004 "Globalization and Risks to Health". *European Molecular Biology Organization Reports* 5: 11-16.

PARKER, A. W., J. M. WALSH y M. A. COON

- 1976 "Normative Approach to the Definition of Primary Health Care". *Milbank Memorial Fund Quarterly* 54: 415-438.

PARRAN, Thomas

- 1958 "The First 12 Years of WHO". *Public Health Reports* 73: 879883.

PASTOR, R. A.

- 1980 *Congress and the Politics of U.S. Foreign Economic Policy, 1929-1976*. Berkeley: California University Press.

PATEL, M.

1986 "An Economic Evaluation of Health for All": Health and Policy and Planning
1:1: 37-47.

PATERSON, Gillian

1998 "The CMC Story, 1968-1998". Contact 161-162: 3-18.

PEARSON, Lester B.

1969 Partners in Development. Nueva York: Praeger.

PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT, GEGA AND MEDACT

2006 Global Health Watch 2005 -2006. An alternative World Health Report.
Londres: Zed Books.

PLANK, S. J. y M. L. MILANESI

1973 "Infant Feeding And Infant Mortality In Rural Chile". Bulletin of the World
Health Organization 48: 203-210.

PRAH RUGER, Jennifer

2005 "Changing Role of the World Bank in Global Health in Historical
Perspective". American Journal of Public Health 95: 60-70.

RAO, M. (ed.)

1999 Disinvesting in Health: The World Banks Prescriptions for Health. Thousand
Oaks, CA: Sage Publications.

REID, Michael A. y E. Jim PEARCE

2003 "Whither the World Health Organization?" The Medical Journal of Australia
178: 9-12.

RIFKIN, S. B., F. MULLER y V. BICHMANN

1988 "Primary Health Care: on Measuring Participation". Social Science and
medicine 26:9: 931-940.

RIFKIN, S. B. y G. WALT

1986 "Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive
Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'". Social Science and
Medicine 23: 559-566.

232/ MARCOS CUETO Y VÍCTOR ZAMORA (EDITORES)

ROCKEFELLER FOUNDATION, The

1984 Protecting the World's Children: Vaccines and Immunization within Primary Health Care. Conference report. Nueva York.

ROEMER, Milton y Ruth ROEMER

1990 "Global Health, National Development, and The Role Of Government". American Journal of Public Health 80: 1188-1192.

ROTHSTEIN, Robert L.

1979 Global Bargaining: UNCTAD and the Quest for a New International Economic Order. Princeton, NJ.: Princeton University Press.

RUBEL, A. J.

1966 "The Role of Social Science Research in Recent Health Programs in Latin America". Latin American Research Review 2:1: 37-56.

RUGER, J. P.

1998 "Aristotelian Justice and Health Policy: Capability and Incompletely Theorized Agreements". [Tesis de doctorado, Harvard University].

1999 "Health Financing and Insurance in Morocco". Informe presentado en el Simposio sobre El Financiamiento del Sector Salud en Marruecos, Rabat, Marruecos, junio.

2003 "Catastrophic Health Expenditure". Lancet 362:996-997.

2003 "Health and Development". Lancet 362:678.

2004 Combating HIV / AIDS in Developing Countries". British Medical journal 329: 121-122.

2004 "Ethics of the Social Determinants of Health". Lancet 364: 1092-1097.

2004 "Health and Social Justice". Lancet 363:1075-1080

2004 "Millennium Development Goals For Health: Building Human Capabilities".
Bulletin of the World Health Organization 82:12: 951-952.

RUGER, J. P., D. JAMISON Y D. BLOOM

2001 "Health and the Economy": En: Merson, M., R. Black, A. Mills (eds.).
International Public Health: Disease, Programs, Systems and Policies. Nueva
York: Aspen Publishers: 617-66.

RUXIN, J.

1991 "Magical Bullet: The History of Oral Rehydration Therapy". Medical
History 38: 363-397.

SARTORIUS, R. H. y V. W. RUTTAN

1989 "The Sources of the Basic Needs Mandate". Journal of Developing Areas 23:
331-62.

SAWYER, Wilbur A.

1947 "Achievements of UNRRA as an International Health Organization":
American Journal of Public Health and The Nation's Health 37:1: 41-58.

SCHIEBER, G. J., J. P. RUGER, N. KLINGEN, A. M. PIERRE-LOUIS y Z. E.
DRISS

1999 Morocco Health Financing Brief Washington, DC: Banco Mundial.

SEN, A.K.

1999 Development as Freedom. Nueva York: Knopf.

SHARPLESS, John

1995 "World Population Growth, Family Planning and American Foreign Policy".
Journal of Policy History 7: 1: 72-102.

SHULTZ, T. W.

1961 "Investment in Human Capital". American Economic Review 51: 11.

SIDDIQI, Javed

1995 World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System. Londres: Hurst and Co.

SIDEL, Ruth y Victor SIDEL

1982 Health Care and Traditional Medicine in China, 1800-1982. Londres: Routledge and Kegan.

SIDEL, Victor W

1972 "The Barefoot Doctors of the People's Republic of China". The New England Journal of Medicine 286: 1292-1300.

SILVER, George

1998 "International Health Services Need An Interorganizational Policy". American Journal of Public Health 88: 727-729.

SOPER, Fred L.

1977 Ventures in World Health: The Memoirs of Fred Lowe Soper. Washington DC.: PAHO.

STENSON, Bo y Goran STERKY

1994 "What future WHO?" Health Policy 28: 235-256.

STIGLITZ, Joseph E.

2002 Globalization and its Discontents. Nueva York: W. W. Norton.

STREETEN, P. y ShahidJ AVED BURKI, et al.

1981 First Things First: Meeting Basic Human Needs in Developing Countries. Oxford: Oxford University Press.

SZE, Szeming

1982 The Origins of The World Health Organization: A Personal Memoir 1945-1948. Boca Raton: L.I.S.Z. Publications.

TAYLOR, Carlos E. (ed.)

1976 Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges. Nueva York: Asia Publishing House.

TEJADA DE RIVERO, David

1985 "Atención Primaria de Salud y Ampliación de la Cobertura", en: Políticas de Salud en el Peru: Medidas de Urgencia, editado por Laura Morales la Torre. Lima: Fundación Friedrich Ebert, p.15.

2003 "Alma-Ata Revisited". Perspectives in Health Magazine: The Magazine of the Pan American Health Organization 8: 1-6.

TESTA, M.

1988 "¿Atención Primaria o primitiva de Salud?". En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutierrez: 75-90.

THE HUMAN DEVELOPMENT NETWORK

1999 Safe Motherhood and the World Bank: Lessons From 10 Years of Experience. Washington, DC.: Banco Mundial.

THE HUMAN DEVELOPMENT NETWORK, HEALTH, NUTRITION & POPULATION

1997 World Bank Sector Strategy Paper. Washington DC.: Banco Mundial.

TURSHEN, M.

1999 "Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs". Social Science and Medicine 21:1: 41-53.

UGALDE, A.

1985 Privatizing Health Services in Africa. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

UNDP (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME)

1995 Human Development Report 1995: Gender and Human Development. Nueva York: Oxford University Press.

1999 Human Development Report 1999: Globalization with a human face. Oxford: Oxford University Press.

236/ MARCOS CUETO Y VÍCTOR ZAMORA (EDITORES)

UNGER, J. P. y J. KILLINGSWORTH

1986 "Selective Primary Health Care: a Critical Review of Methods and Results".
Social Science and Medicine 10: 1001-1002.

UNICEF

1989 The State of the World's Children. Nueva York: Oxford University Press.

1983 The State of the World's Children: 1982/1983. Nueva York: Oxford
University Press.

VAN DER GAAG, J. y T. BARHAM

1998 "Health and Health Expenditures in Adjusting and Non Adjusting Countries":
Social Science and Medicine 46: 9951009.

VENEDIKTOV, D. D.

1981 "Primary Health Care: Lessons from Alma Ata": World Health Forum 2:3:
332-340.

VIEIRA, César

2002 "Globalización, comercio internacional y equidad en materia de salud".
Revista Panamericana de Salud Pública 11:5-6: 425-429.

VILAS, Carlos M.

2002 "Globalization as Imperialism". Latin American Perspectives 29:6: 70-79.

WAAL, Alex de y Alan WHITESIDE

2003 "'New Variant Famine': AIDS and Food Crisis in Southern Africa". Lancet
362:9391: 1234-1237.

WAGSTAFF, A.

2000 "Economics, Health and Development: Some Ethical Dilemmas Facing the
World Bank and the International Community". Journal of Medical Ethics 27:
262-267.

WAITZKIN, Howard H.

2003 "Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a Summary and Critique". *The Lancet* 361 (8 febrero): 523-526.

2005 "Global Trade and Public Health". *American Journal of Public Health* 95:2: 192-193.

WALSH, J. A. y K. S. WARREN

1979 "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy For Disease Control In Developing Countries". *New England Journal of Medicine*, 301: 907-94.

WALSH, J. y K. S. WARREN (eds.)

1986 *Strategies for Primary Health Care, Technologies Appropriate for the Control of Disease in the Developing World*. Chicago: The University of Chicago.

WALT, Gill

1993 "WHO Under Stress: Implications For Health Policy": *Health Policy* 24: 125-144.

WARREN, K. S.

1988 "The Evolution of Selective Primary Health Care". *Social Science and Medicine* 26:8: 891-898.

WATER, W.E

2006 "Globalization and Local Response to Epidemiological Overlap in 21st Century Ecuador". *GlobalHealth* 19:1-2: 8.

WEINDLING, Paul (ed.)

1995 *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press.

WERNER, D. y D. SANDERS

1990 "Round Table: Phc-what Still Need To Be Done?" *World Health Forum* 11: 359-366.

1997 *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*, with an in-depth critique of Oral Rehydration Therapy. Palo Alto: Health Rights.

WILSON, T. W.

1974 *World Population and a Global Emergency*. Washington, DC: Aspen Institute for Humanistic Studies, Program in Environment and Quality of Life.

WILLIAMS, Glen

1988 "WHO - the days of the mass campaigns". *World Health Forum* 9: 7-23.

WOLF, C.

1960 *ForeignAid: Theory and Practice in Southern Asia*. Princeton, N.J: Princeton University Press.

WOODWARD, D. et al.

2001 "Globalization and health: a framework for analysis and action". *Bulletin of the World Health Organization* 79:9: 875-881.

WOODWARD, D., N. DRAGER, R. BEAGLEHOLE y D. LIPSON

2001 "Globalization and health: a framework for analysis and action". *Bulletin of the World Health Organization* 79:9: 875-881.

WORKING GROUP ON EMERGING AND RE-EMERGING INFECTIOUS DISEASES, COMMITTEE ON INTERNATIONAL SCIENCE, ENGINEERING, AND TECHNOLOGY, NATIONAL SCIENCE AND TECHNOLOGY COUNCIL

1995 *Infectious Disease – a global health threat*. Washington DC.: U.S. Government Printing Office.

WORLD BANK

1980 *World Development Report 1980*. Washington, DC.: World Bank.

1987 *Financing Health Services in Developing Countries: An agenda for Reform*. A *World Bank Policy Study*. Washington DC.

- 1993 World Development Report, 1993: Investing in Health. Washington DC.: The World Bank.
- 2004 World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. World Bank: Oxford University Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

- 1958 The First Ten Years of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
- 1968 The Second Ten Years of the World Health Organization, 1958-1967. Geneva: World Health Organization.
- 1972 "Organizational study of the Executive Board on methods of promoting the development of basic health services". Ginebra: OMS.
- 1973 Executive Board 49th Session, document EB49/SR/14 Rev. Geneva: WHO.
- 1978 Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization.
- 1983 "In memory of Dr. M. G. Candau". WHO Chronicle 37: 144-147.
- 2000 World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization.
- 2003 "The Costa Rican Health System: Low Cost, High Value". Bulletin of the World Health Organization 81:8: 626-627.
- 2004 "Information. Former Directors-General of the World Health Organization. Dr. Marcolino Gomes Candau" <http://www.who.int/archives/whoSO/en!directors.htm>

YACH, Derek y Douglas BENCHER

1998 "The globalization of public health, I: threats and opportunities". American Journal of Public Health 88: 735-738.

1998 "The globalization of public health, II: the convergence of self-interest and altruism". American Journal of Public Health 88: 738-741.

ZAMORA, Victor

1998 "Enfermedades emergentes como un reto para la salud Pública en el Peru". Anales de la Facultad de Medicina 59:4.

ZWI, Anthony

2000 "Introduction to Policy Forum: The World Bank And International Health". Social Science and Medicine 50: 167.

Diagramada en el
Instituto de Estudios Peruanos
por MERCEDES DIOSES
Impreso en los talleres gráficos de
TAREA ASOCIACIÓN GRAFICA EDUCATIVA
Psje. María Auxiliadora 156 – Breña
Telfs.: 332-3229/424-8104
Lima-Perú